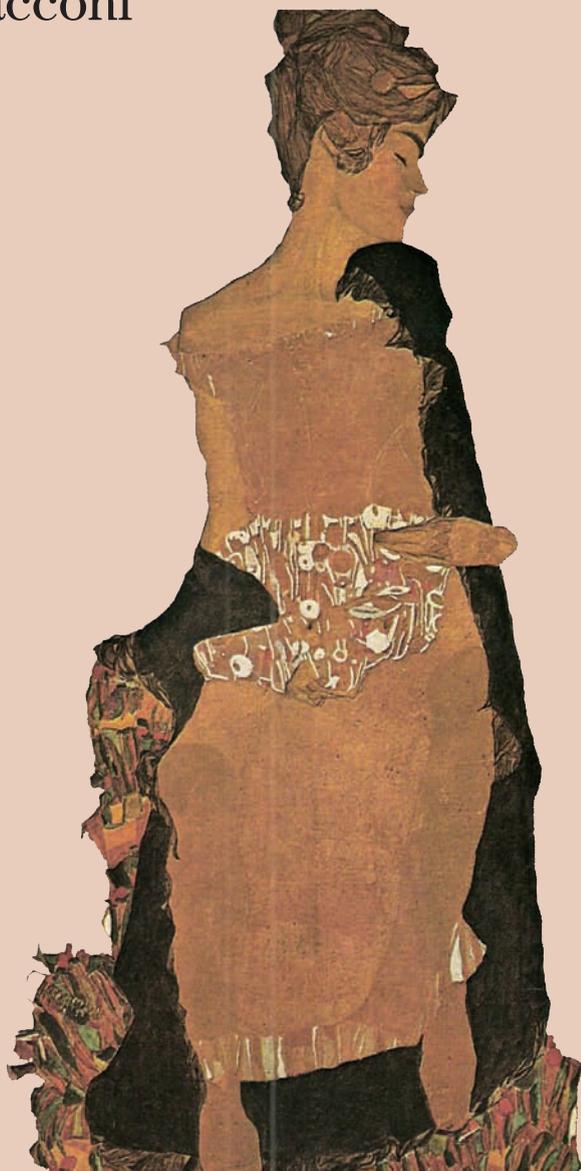


# Mente e inconscio nella disabilità intellettuale

*a cura di*  
Franco Lolli, Stefania Pepegna  
e Fabio Sacconi

PSICOTERAPIE

**FrancoAngeli**





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

# **Mente e inconscio nella disabilità intellettiva**

*a cura di*

Franco Lolli, Stefania Pepegna  
e Fabio Sacconi

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

*In copertina: Egon Schiele (1890-1918), Ritratto di Gertrude Schiele (II)*

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it)*

## *Indice*

<b>L'Istituto di Riabilitazione S. Stefano</b>	pag. 7
<b>Lo CSeRIM</b>	» 8
<b>Introduzione</b> , di <i>Franco Lolli</i>	» 9
<b>1. Handicap e soggettività</b> , di <i>Angelo Villa</i>	» 11
<b>2. La relazione con il disabile mentale: questioni di transfert</b> , di <i>Franco Lolli</i>	» 28
<b>3. Debilità e psicosi</b> , di <i>Roberto Cavasola</i>	» 41
<b>4. L'in/audito. Un discorso sociale intorno alla disabilità</b> , di <i>Damiano Previtali</i>	» 62
<b>5. L'intervento educativo nel caso di soggetti con disabilità intellettive: metodi e strumenti</b> , di <i>Alain Goussot</i>	» 81
<b>6. Adulti e disabilità intellettive</b> , di <i>Serafino Buono</i>	» 111
<b>7. Psico(pato)logia della disabilità intellettiva</b> , di <i>Gianluigi Mansi</i>	» 135

<b>8. La clinica del ritardo mentale: psicopatologia e insufficienza mentale, di <i>Carlo Muzio</i></b>	pag. 145
<b>9. Disabilità intellettiva, salute mentale e case management, di <i>Stefano Lassi</i></b>	» 162
<b>Gli autori</b>	» 175

## L'Istituto di Riabilitazione S. Stefano



Una lunga storia di trasformazioni, di adeguamenti ai bisogni della gente, ha portato l'Istituto di Riabilitazione S. Stefano a essere ciò che è oggi.

Una grande azienda sanitaria che si occupa quasi esclusivamente, ma non solo, di riabilitazione dopo che dal primo dopoguerra agli anni Settanta, in particolare nella sede storica e tuttora principale di Porto Potenza Picena, il S. Stefano è stato prima un ospedale con reparti di Medicina e Chirurgia, poi un grande centro per la cura medica e chirurgia della tubercolosi ossea e più in generale extrapolmonare, e infine, prima dell'ultimo, decisivo passaggio, un'istituzione per l'accoglienza, l'istruzione e l'avviamento professionale e delle persone disabili.

Da questa vocazione il passaggio alla rieducazione funzionale è stato naturale, senza che si perdesse l'idea guida di restituire le persone al mondo fuori, ovvero di restituire una vita fuori dalle istituzioni alle persone disabili, creando una rete di centri ambulatoriali che portasse la riabilitazione fino dentro le case delle persone assistite, adeguando progressivamente i protocolli assistenziali in modo da garantire dimissioni precoci e protette dopo programmi di riabilitazione intensiva post-acuzie, rinnovando la tradizione della formazione professionale per le persone disabili attraverso progetti per lo più orientati verso gli obiettivi dell'unione europea e da essa finanziati.

Oggi il S. Stefano è una realtà complessa che, fedele alla propria tradizione, ha moltiplicato le proprie sedi sul territorio estendendo la gamma dei servizi erogati a coprire tutti i bisogni assistenziali, da quelli delle persone dimesse dai reparti di terapia intensiva a quelli degli anziani, delle persone con disabilità permanenti o evolutive, dai servizi ambulatoriali per i bambini disabili alla veggenza per le persone in stato vegetativo permanente.

Tutto questo in 6 sedi di ricovero e 12 centri ambulatoriali dove operano équipe multi professionali i cui componenti (medici, psicologi, fisioterapisti, terapisti occupazionali, infermieri, educatori professionali, operatori specializzati nell'assistenza, assistenti sociali) hanno l'opportunità di mantenere le proprie conoscenze e abilità in linea con gli standard di riferimento grazie all'impegno che l'Istituto dedica alla formazione, impegno di cui è espressione la nuova struttura del Centro di Formazione Permanente.

Il ritratto è quello di un'organizzazione che è già un punto di riferimento clinico e culturale nel panorama della sanità italiana, che aspira a mantenere e rafforzare il proprio ruolo rinnovando e differenziando le proprie attività, sempre al servizio delle persone malate e disabili. Dal 2007 il S. Stefano è entrato a far parte di HSS (Holding Sanità e Servizi).

[www.sstefano.it](http://www.sstefano.it)

[sstefano@sstefano.it](mailto:ssstefano@sstefano.it)

## Lo CSeRIM

Il Centro Studi e Ricerca sull'Insufficienza Mentale è un luogo di elaborazione del sapere medico, psichiatrico, psicologico, educativo e riabilitativo sul tema dell'Insufficienza Mentale.

La sua nascita e il suo sviluppo intendono contribuire a colmare una carenza nell'attuale riflessione teorica che confina la problematica della disabilità intellettiva – soprattutto in soggetti in età adulta – in una marginalità i cui effetti riverberano nella presa in carico del malato e della sua complessità troppo spesso approssimativa e inadeguata. Lo CSeRIM, attraverso l'organizzazione di seminari, convegni, conferenze, giornate di studio, eventi ECM ecc., punta a mettere a confronto le esperienze di vari professionisti, al fine di istituire, nell'assoluta libertà di orientare la propria pratica clinica coerentemente alla formazione già acquisita, un linguaggio comune e un patrimonio culturale condivisibile. Il Centro – che ha sede all'interno dell'Istituto di Riabilitazione “Santo Stefano” di Porto Potenza Picena (Mc) – si configura, pertanto, come uno spazio di confronto teorico animato dalla passione per la clinica riabilitativa di operatori che, a vario titolo, prestano la loro opera professionale nell'ambito dell'IM.

## *Introduzione*

Questo libro presenta il materiale di insegnamento raccolto e organizzato al termine del percorso di formazione che lo CSeRIM ha realizzato nell'anno 2007-2008.

La problematica della disabilità intellettiva costituisce il tema che connette tra loro i diversi interventi, i quali, sebbene fondati su prospettive teoriche differenti, risultano tutti accomunati dall'attenzione rigorosa al dettaglio clinico e dallo sforzo di comprensione di un'espressione patologica complessa e per certi versi ancora sconosciuta.

Il lettore potrà agevolmente rendersi conto di tale pluralità di approccio alla medesima questione; alcuni interventi, infatti, privilegiano l'aspetto classificatorio e nosografico, altri si soffermano su aspetti clinici specifici, altri ancora provano a far luce in alcuni territori in parte inesplorati, nell'intento di isolare una logica psichica in fenomeni che ne sembrano sprovvisti. Il risultato è uno scenario articolato e dialettico, nel quale il quadro morboso dell'insufficienza mentale è rappresentato in maniera corretta e, aggiungerei, onesta.

Si tratta, dunque, di un testo che, proprio in virtù della sua struttura "polifonica", costituisce uno strumento di grande versatilità, utile a chi si occupa di interventi riabilitativi ed educativi nel campo della disabilità mentale, sia per quel che riguarda la precisazione di contenuti terapeutici e di buone condotte di cura, sia per quel che riguarda il versante etico del lavoro con persone svantaggiate.

Come fondatore e responsabile scientifico dello CSeRIM, sono particolarmente soddisfatto della realizzazione di questo primo progetto editoriale e, in un'occasione così altamente significativa che segna una sorta di battesimo simbolico, non posso non manifestare la mia profonda gratitudine a chi ha reso possibile che un tale sogno si avverasse: un ringraziamento riconoscente e ammirato al dottor Enrico Brizioli, che ha generosamente creduto nel progetto e ne ha consentito lo sviluppo dedicandogli, nella ge-

stione manageriale illuminata e sapiente che ne contraddistingue l'azione e lo stile, le risorse necessarie al suo consolidamento; un ringraziamento speciale a Paolo Moscioni, che ha accolto senza esitazione l'idea di dar vita a un luogo strutturato di elaborazione teorica dell'immenso patrimonio clinico depositato nel corso di anni di lavoro con persone disabili, manifestando, come sempre, la sua capacità di riconoscere e valorizzare spunti creativi e innovativi e di accompagnarne con attenzione e premura i "primi passi"; vorrei, infine, esprimere un profondo ringraziamento al dottor Mario Ferraresi, per la fiducia che mi ha da sempre accordato, per l'incoraggiamento puntuale e confortante con il quale ha sostenuto ogni mia iniziativa professionale e per l'onore che ricevo nel percepire l'intensità del legame di stima reciproca e di amicizia che ci unisce.

*Franco Lolli*

## *1. Handicap e soggettività*

di *Angelo Villa*

Mi proponevo di reperire un punto di partenza per il mio intervento che fosse in stretta sintonia con quanto cercherò poi di sviluppare in rapporto al tema scelto, quello cioè inerente il rapporto tra handicap e soggettività. Tale esigenza mi costringe, di conseguenza, a imporre sin da subito un legame immediato e conseguente tra l'inizio di questa relazione e, in fondo, l'approccio alla questione della soggettività nel disabile.

Di solito, infatti, l'*incipit* di un intervento rileva di un *escamotage* retorico, contrae un debito con una seduzione benevola che ha lo scopo di attrarre l'attenzione di chi ascolta. Una via d'entrata suscettibile di condurre in un discorso vieppiù articolato e complesso. Per quel che mi riguarda, invece, in virtù dell'argomento scelto, mi sono trovato nella condizione di cercare un inizio che, non solo mi conducesse direttamente al nodo focale del problema, ma che potesse già indicare la direzione che le cose che intendevo dire erano sollecitate a imboccare. Insisto su questo particolare perché mi appare tutt'altro che secondario a questo proposito. Dove e come inizia, prende avvio, prima, e si sostiene, poi, la soggettività nell'essere umano? E più, ancora, per non evitare di aggirare la drammaticità del problema, prendendolo eccessivamente in generale allo scopo di diluire o procrastinare il misurarsi con le indubbe difficoltà che presenta al suo interno, la soggettività nell'handicap grave? O quel che della stessa resta, cerca di manifestarsi?

Sono domande che, senza scomodare l'autorità di Aristotele, interrogano il tema della causalità, come motore, stimolo, origine attività della soggettività. Ciò presuppone, sin da subito, una considerazione aggiuntiva, importante anche se a taluni potrebbe suonare, forse, come estremamente banale: la soggettività non si fa, non si produce da sola, autonomamente, attraverso un processo sostanzialmente autarchico. Nel suo avvio, ma, anche poi, in seguito, nella memoria che implicitamente conserva della sua genesi, la soggettività dell'essere umano si genera e si sviluppa nell'ambito di una dialettica con un interlocutore.

Si tratta, allorché si pensi al piccolo dell'uomo, di una dialettica necessariamente e fortemente sbilanciata, poco o nulla egualitaria. Il bambino dipende dall'adulto, il suo potere è debole, quanto più è piccolo, tanto più è nelle mani dell'altro. Dei suoi fantasmi, delle sue idee, della sua domanda, in larga parte inconsci.

In questo caso, tuttavia, appare alquanto semplice presupporre una causalità. Il bambino vive delle suggestioni, dell'amore che il genitore gli indirizza e che costituiscono il fondo indispensabile intorno a cui si dipana la comunicazione tra i due. La causalità si iscrive in un ordine temporale piuttosto evidente e che segue, passo dopo passo, lo sviluppo evolutivo del minore. Nel bene come nel male, ogni progresso o ogni battuta d'arresto portano impresso il marchio di un'esperienza che si è costruita attorno a questa forma particolare di "scambio". Tra chi proponeva, imponeva o magari lasciava perdere, da una parte, e chi, dall'altra, era sollecitato a rapportarsi con le manifestazioni che lo investivano in prima persona. La storia di ogni singola persona, a partire proprio dall'infanzia, è la storia di come questo incontro si è svolto. Incontro tra due persone, certo.

O meglio, tra un adulto e un bambino, tra un essere parlante e un *in-fans*. Ma, comunque sia, se proviamo a de-psicologicizzare un po' l'intera questione, tra un soggetto agente, portatore di una sua causalità inconscia e un soggetto che entra nel mondo rispondendo, "dialogando" con essa.

Occorre, però, aggiungere che il rimando al bambino se risulta, in un certo senso, scontato rischia però di introdurre una nozione limitativa della causalità. Come se la stessa si esaurisse alle soglie dell'infanzia. Passato quel periodo di vita, il problema sarebbe sostanzialmente chiuso. E il soggetto sarebbe diventato causa a se stesso o di se stesso. Novello Robinson Crusoe, senza alcun bisogno di nessun "stimolo" esteriore che orienti lui e il suo desiderio. La psicoanalisi si incaricherà di smentire una simile illusione, per quanto l'uomo sedicente normale fatiche alquanto a dividerne il pensiero.

Segregare il tema della causalità nel mitico regno dell'infanzia conforta il suo narcisismo. Supportando l'intuizione che la stessa si associa a una cronologia ormai superata e niente abbia a che vedere con una dimensione più propriamente logica e quindi immanente al funzionamento del soggetto.

L'handicap, dal canto suo, non sfugge a questa dubbia regola. Forgiata dai cosiddetti normali ed estesa, proiettivamente, ai disabili. Non senza, ovviamente, il ricorso a qualche forzatura ideologica di troppo. Così, per esempio, Vito Mancuso nel suo testo *Il dolore innocente* separa l'handicap, inteso come male, dalla persona handicappata, intesa come bene. È un'operazione che, salvo qualche lieve differenza, non è difficile

reperire nell'ambito dei discorsi sulla disabilità. In un modo o in un altro, il disabile è istituito a pieno titolo individuo formalmente autonomo. Come tutti, più di tutti. Presupponendo, in questa maniera, se non si vuole fare del riferimento alla persona un contenitore vuoto, una soggettività già al lavoro. Viva e operante.

Perché?

## **1. Lo specchio rovesciato**

Un soggetto nasce due volte, si potrebbe dire riprendendo il titolo di un celebre romanzo di Giuseppe Pontiggia sull'handicap. Anzi, sarebbe meglio precisare nasce come soggetto la seconda volta. Non la prima, quella che lo lega alla sua nascita biologica. Ma, per l'appunto, la seconda quella, cioè, che lo interpella su un piano di non puro accadimento di bisogni. Perché ciò accada è necessario che l'altro, poniamo la madre, metta in gioco un suo desiderio. Parli con il bambino, giochi con lui. Gli dedichi dell'attenzione sincera e così via.

Il bambino vive, presta interesse al mondo nell'esatta misura in cui vive, si nutre del desiderio materno. Ben più di quanto si alimenti del cibo. Ma cosa succede nel momento in cui una madre, un padre "normali" scoprono che il figlio tanto atteso è segnato da un handicap invalidante, un handicap che lo marchierà per tutta la vita, inficiando la sua soggettività?

Uno psicoanalista come Otto Rank aveva, a suo tempo, teorizzato un trauma originario nella venuta al mondo del soggetto. Lo aveva denominato trauma della nascita. Vedendo in esso il paradigma dei traumi successivi che l'individuo avrebbe incontrato nella sua crescita, il modello delle perdite che, nel passaggio da una fase all'altra di sviluppo, avrebbe accompagnato il suo diventare grande o, altrimenti, il calco fondamentale delle perdite che la persona si sarebbe trovata a sperimentare. Freud, a più riprese, contestò la teoria di Rank, in ragione della sua patente astoricità e indimostrabilità. Ciò non toglie che un eco della medesima appare più che riscontrabile nel riferirsi alla nascita del soggetto portatore di un grave handicap. Per quanto, decisamente, più dal lato del "normale" che dell'handicappato. È lui, infatti, a essere traumatizzato, lui per primo. Le risposte dei "normali" a un evento del genere portano impresse la cifra del dramma che li sconvolge. Non sono solo le aspettative frustrate che si dissolvono come neve al sole. È una vita, la loro, che viene letteralmente mutata, cambiata di prospettiva. Non è un caso se qualcuno, nel punto più alto della sua disperazione, invochi la morte del figlio appena nato come una liberazione in-

confessabile che sciolga una sofferenza insopportabile. Paradosso dei paradossi, la vita domanda la morte, sua acerrima antagonista, per poter continuare a vivere... Lo chiede a mezza voce, perché non può fare in altro modo. Il sentimento di colpa sarebbe insostenibile. La tragedia ha inizio.

Ribadiamolo: inizio, cioè la nascita, che coincide con la tragedia. E che si abbatte sul “normale”, non senza una ricaduta, il più delle volte, in termini depressivi. È un trauma che, tuttavia, non si esaurisce al momento della nascita. O, quanto meno, è una ferita che non si cicatrizza così in fretta, tanto più che, forse, per la verità non si risana mai.

Per altri versi, inoltre, corre l'obbligo di aggiungere come la dimensione traumatica che l'handicap grave finisce per rendere presente alla coscienza “normale” non manca di riattivarsi nell'incontro che il disabile sperimenta con persone differenti. Niente è più frequente, in quest'ultimo caso, della reiterazione di quel trauma, per quanto la situazione, il contesto siano mutati. Lo si legge spesso sui quotidiani, lo si ritrova nei mass media. Il rigetto di cui l'handicappato è fatto oggetto da parte degli individui “normali” negli ambiti più disparati testimonia del ripetersi, in forma differita, dell'evento proprio alla nascita. L'handicappato si affaccia, nell'accezione più letterale del termine, sulla scena del mondo, ma l'altro, il “normale”, non lo vuole vedere, lo ricaccia (o, se potesse, vorrebbe ricacciarlo) indietro. È la sua apparizione che disturba il “normale”, il perturbante che l'angoscia.

Il “normale” vorrebbe vedersi, specchiarsi in colui che gli sta di fronte. Ma, qui, il suo dirimpettaio gli restituisce un'immagine nella quale non si riconosce, in cui non osa vedersi. E dalla quale vuole prendere le distanze. Sia pure a costo di distruggere colui che rovina il suo specchio, ponendogli vicino lo spettro della devastazione, della malattia, della morte. Come scrive T. S. Eliot nei suoi *Quattro quartetti*: “il genere umano/Non può sopportare troppa realtà”. E l'handicap pone il “normale” dinnanzi alla percezione di un'alterità che rompe brutalmente con ogni immagine narcisisticamente compatibile con il suo amor proprio. Un'immagine che buca l'immagine stessa, mandandola in frantumi. Il “normale” è chiamato a vedere dietro l'immagine, senza quegli orpelli che la (buona) immagine gli garantiva. Il trauma è violento. Perché la rappresentazione dell'handicap pecca di un realismo estremo, intollerabile. C'è troppa, troppa realtà. Una realtà deforme, dolente, senza veli. Lo specchio va in frantumi.

Lo psicoanalista francese Jacques Lacan introdusse, prima nel 1936 e poi nel 1949, nella sua formulazione definitiva, la cosiddetta fase dello specchio come esperienza primaria costitutiva dell'identità del soggetto. Secondo uno psicologo come Baldwin, tale esperienza si verifica nel bambino

intorno ai sei mesi. Lacan precisò che la fase dello specchio manteneva una sua prestanza sino ai diciotto mesi. Assegnando, tuttavia, progressivamente una valenza sempre più strutturale e meno contingente alla fase o stadio qui in questione. Per Lacan, infatti, lo “specchio” segnala un passaggio decisivo nel prendere forma dell’Io del soggetto. Partecipa dell’assunzione di un’immagine che l’infante ritrova fuori di sé, che gli sfugge e che, nel contempo, è la sua. E che gli rinvia il modo in cui viene visto dagli altri, senza che possa, a sua volta, vedersi.

Lo psicoanalista francese pensa a un simile processo strutturato in tre tappe essenziali. Nella prima, il bambino percepisce il riflesso dello specchio come un essere reale che tenta di afferrare o di avvicinare. Nella seconda, lui coglie che l’altro dello specchio è un’immagine e non un essere reale. Nella terza, infine, il bambino riconosce l’immagine riflessa nello specchio come la propria. La complessa dialettica tra essere e apparenza approda alla conquista di un’identità individuale che si costituisce alienandosi nella percezione interiorizzata dell’immagine totalizzante e anticipatoria del proprio corpo.

Lo specchio, ricorda Baltrusaitis, è sempre un prodigio dove realtà e illusione si sfiorano e si confondono. Una superficie lucida e sgombra, ma anche una metafora. Come la parola riflessione suggerisce. Riflettere è guardarsi dentro, come se ci si specchiasse. Non c’è bisogno tuttavia di uno specchio per farlo. Basta, per l’appunto, guardarsi all’interno, cioè volgere uno sguardo, più o meno mentale, verso se stessi. Ecco il punto, ancor più enigmatico, cui ci conduce il tema dello specchio: lo sguardo.

Lo sguardo non è lo specchio. È al di là dello specchio, come la sua anima più sensibile. E, ovviamente, invisibile. È lo sguardo che fa esistere lo specchio. Nel caso del bambino, lo sguardo della madre. Non l’occhio, ma quel che filtra dietro e attraverso l’organo visivo. Uno sguardo che chiama, che trasmette, che “parla” d’amore. O, forse, più semplicemente che è l’amore, nella sua manifestazione più sottile, impalpabile e pregnante. Lo specchio senza lo sguardo è il vuoto, semplicemente. Osservate un bambino psicotico davanti alla superficie che lo riflette e ne avrete la prova istantanea...

Torniamo all’handicap. Se proviamo a considerare il trauma dal lato del normale possiamo ben cogliere come i passaggi in progressione ipotizzati da Lacan si ritrovino drasticamente rovesciati.

Lo specchio, insomma, si decompone, si decostruisce, sfaldandosi all’incontrario. Riprendiamolo dalla fine: è questo il momento in cui il “normale” incontra l’altro. Metaforicamente, la madre coglie il figlio come identico a sé, una sua immagine narcisistica. È, tuttavia, il fallimento di

quest'illusione, per come si manifesta nell'impatto con il figlio disabile che diventa suscettibile di introdurre una regressione alla fase antecedente. L'altro è, forse, solo un'immagine, una rappresentazione dolorosa ma effimera. Simile a quella che affolla i sogni carichi d'angoscia.

La madre può stentare a credere alla realtà, sino al punto di non ritrovarsi più in essa. Confondendo, scambiando apparenza e sostanza, ombre ed essere. Da qui, l'ultimo passaggio, quello che il neonato incontra per primo nel processo di costituzione della sua identità, l'altro è disinvestito d'ogni orpello narcisistico. Si rivela nudo e crudo nella sua realtà: corpo, carne. Non a caso, l'operazione finisce per assomigliare a quel realismo così caratteristico delle posizioni psicotiche.

Come si può, allora, pensare a un desiderio, a "qualcosa" che stimoli e sostenga la soggettività del disabile, motivi la sua iniziativa, dia conforto al suo stare nel mondo? Su cosa può contare il suo già di per sé faticoso affacciarsi sulla scena sociale?

## **2. Cronicità**

Sono domande che non riguardano solo le prime persone che si occupano di lui, in famiglia o al momento della nascita. La disabilità ferma il tempo. La rottura dello specchio trascina con sé la rottura di un altro oggetto emblematico dell'ontologia dell'umano: l'orologio. Ciò condanna la relazione con il disabile a ripetere, a riproporre, in maniera più massiccia e assillante di altre, una sorta di situazione quasi originaria, quasi di partenza. Esattamente come quella che si è venuta a creare al momento della nascita. Di conseguenza, dalla famiglia o da quel tempo primo di venuta al mondo del soggetto, il discorso si ripresenta e si amplifica in contesti differenti. Come se ogni volta, la disabilità convocasse il "normale" intorno a quella scena. Eternizzata nel tempo. Una questione, quindi, che riguarda tutti. I familiari del disabile, ma non solo. Penso, in particolar modo, agli operatori che lavorano nelle cooperative, nei centri socio educativi e così via.

La disposizione del "normale" nei riguardi del disabile risulta qui decisiva a tutti gli effetti. La prenderei in considerazione in rapporto a un fenomeno particolare, proprio al propagarsi e all'incistarsi di una "patologia" riconducibile al funzionamento istituzionale. In termini clinici, è quella che si chiama cronicizzazione. È un tema che potrebbe indirettamente richiamare la critica al discorso istituzionale sviluppata intorno agli anni Sessanta, a partire dall'analisi teoriche di figure come Basaglia, Goffman, Guattari, Laing e così via. La tesi di fondo che animava speculazioni concettuali, an-

che non omogenee tra di loro, era quella che individuava nell'istituzione una struttura che svolgeva non solo un ruolo di segregazione sociale, ma anche di aggravamento patologico della sua condizione. Come se un nuovo male, in definitiva, si andasse ad aggiungere a quello che il soggetto portava con sé, raddoppiando o la sua sofferenza o la sua invalidazione. L'istituzione schiacciava ulteriormente il soggetto nei suoi ingranaggi, condannandolo a un'ulteriore alienazione. Lo stravolgimento, l'uscita dall'istituzione fu, per taluni, la soluzione adottata per cercare di cambiare una situazione ritenuta incresciosa, nociva per i pazienti che la frequentavano. Per questi, infatti, la soppressione della dialettica istituzionale rappresentava in sé un atto terapeutico, un'apertura positiva verso il mondo. Per quanto, a dire il vero, troppo spesso, specie nel nostro Paese, la rottura con l'istituzione si configurò esclusivamente nei termini di un rottura "geografica", di un allontanamento dai muri che definivano il perimetro all'interno del quale si esercitava il potere istituzionale.

Inutile sottolineare come tale interpretazione basata su un'equivalenza stretta tra luogo, nel senso più riduttivo delle mura, e patologia scontasse il limite teorico di una semplificazione eccessiva. Ma, soprattutto, evitasse di interrogare la posizione soggettiva dei "curanti", il loro ruolo e il loro contributo nel processo di aggravamento delle condizioni degli individui più svantaggiati.

Il superamento storico di buona parte dei processi di istituzionalizzazione, nel senso che si è detto, ha finito per mettere in chiara evidenza come il deterioramento della patologia del singolo risponda di una logica più sottile e complessa, meno schematizzabile in una forma così oggettivabile e facile come quella che l'ideologia tendeva a privilegiare.

Come collocare, in un simile quadro, la cronicità? Di solito, la si considera come un esito nefasto dell'incontro tra la malattia e il tempo. Più passano i mesi, gli anni, più lo stato del paziente, in questo caso il disabile, peggiora. Le sue capacità, talvolta già limitate, si deteriorano progressivamente. Capita sovente che si tenda a considerare l'acuirsi di una simile situazione come il prodotto ineluttabile dello scorrere del tempo, sino al punto da non farci nemmeno più di tanto caso. Equiparando la cronicità a una sorta di stadio evolutivo "naturale", e quindi scontato, del patologico.

Così facendo, però, si presta poca attenzione al fatto che il peggioramento della condizione del disabile risponde non solo del trascorrere del tempo, ma anche di come questo stesso tempo viene vissuto e speso negli ambienti che il soggetto quotidianamente sperimenta. In genere, nella disabilità la cronicizzazione si manifesta attraverso due tratti essenziali, macroscopici. Il primo è quello rappresentato dalla progressivo ritrarsi del sog-

getto dalle relazioni con gli altri. Abusando eccessivamente di un linguaggio psicologico, si potrebbe tradurre questo movimento regressivo come una chiusura in sé, se non fosse questo stesso “sé” parte in causa dell’intera questione. Il ripiegamento del soggetto su di “sé” non assume, infatti, in nessun modo la forma di un’operazione di stampo introspettivo. Si denomina impropriamente “sé” qualcosa che, per la verità, non si riesce a designare altrimenti, dato che il ritrarsi del soggetto sembra rinviare a un aldilà della rappresentazione che indica piuttosto un territorio disabitato, silente, dove solo le sensazioni hanno diritto di cittadinanza. E, ancora, dove ogni referenza soggettiva pare dissolversi, come se l’individuo “tornasse” a essere puro corpo. Il secondo tratto essenziale è quello costituito dall’accentuarsi dei fenomeni di stereotipia. Atti, comportamenti, gesti prendono una valenza tanto automatica quanto scontata. Se, per il primo tratto, il riferimento ultimo era la natura, qui, al contrario, sembra essere la macchina. Entrata nella stereotipia la condotta del soggetto sembra prodursi in maniera indipendente da qualsiasi causalità, come se il soggetto la subisse. Esecutore di gesti che lo dominano e rispetto ai quali il senso sembra totalmente smarrito. Come se una volta attivato un movimento, lo stesso continuasse a perpetrarsi, puntualmente, sebbene svuotato di una vera energia, dissociato da ogni possibile soddisfazione. Chi muove, allora, quel corpo che non pare più rispondere, in nessun modo, a chi lo abita?

La cronicità è la cessione sempre più massiccia del proprio corpo all’Altro malato. La soggettività vi è interessata. Banalmente, più la cronicità prende posto, più la soggettività si trova esiliata. L’insediarsi esclusivo della prima, nell’economia di funzionamento del disabile, ha infatti come suo correlato il depotenziamento della seconda e viceversa. Ciò non si attua senza il concorso di un processo di progressiva disattenzione nei riguardi dell’handicappato che apre la strada alla cronicità.

È, infatti, ipotizzabile che quando i primi segnali di un comportamento anomalo nel soggetto siano poco letti, interpretati da parte del “normale” come rappresentativi di una sua possibile risposta a qualcosa che è accaduto, dentro o fuori di lui, essi siano condannati a disperdersi in una ripetizione fine a se stessa. Si può, infatti supporre che se le manifestazioni originarie di disagio mantenevano un certa valenza di messaggio, essendo potenzialmente riconducibili a reazioni del soggetto a eventi che gli facevano perdere i suoi abituali punti di riferimento. Il processo di cronicizzazione del “normale” costituisce in questo caso l’elemento cardine che lavora per svuotare il messaggio di ogni potenzialità oscuramente comunicativa. Il disinteresse nei confronti dell’handicappato favorisce contemporaneamente il percorso di dissociazione dell’espressione della condotta del soggetto dal

suo valore di messaggio e risposta, più o meno adeguata all'accadimento che l'ha mobilitata. L'atto precipita in una sospetta naturalità o stramberia, cui viene prontamente associato dalla "stanchezza" o dall'indifferenza del "normale". Il corpo o il corpo macchina diventano gli unici destinatari di quello che era originariamente un tentativo involontario di testimoniare soggettivamente di un'esperienza.

La cronicizzazione del "normale" verso l'handicappato rinforza la crisi. Per il primo niente fa più sorpresa, nulla lo stupisce. Nel mentre il "normale" scivola nella sua cronicità fatta di apatia e insoddisfazione, in parallelo il disabile precipita in quel baratro cui lo consegna l'abulia di colui che dovrebbe essere il suo interlocutore. O, più veridicamente, la persona incaricata di mantenere vivo il debole rapporto del disabile con la sua soggettività. Il tempo abbandona così la sottile complicità che intratteneva con quest'ultima. Nessuno vede, nessuno ascolta. O, quando si vede, quando si ascolta, si fa come se nulla fosse accaduto. Come se niente fosse stato rilevato. Il cronicizzarsi del "normale" trova la sua forma più compiuta nell'aderire a una ritualità scontata: è il piccolo burocrate dell'Altro malato. Il disabile soccombe all'handicap, riassorbito totalmente in esso. In ogni luogo istituzionale, non mancano esempi in proposito...

### **3. Invenzione e creazione**

Veniamo, ora, al problema della soggettività nel disabile. Si tratta di una questione particolarmente complessa e, aggiungiamo pure, faticosa. La psicoanalisi ha permesso di ripensare il tema della soggettività rapportandola non solamente o non tanto all'Io e alle sue manifestazioni narcisistiche quanto all'inconscio e alle sue produzioni. L'inconscio non è la pura istintualità. È l'Altra scena, come la chiamava Freud: quella dei sogni, dei lapsus, degli atti mancati, dei sintomi, dei desideri sconosciuti ecc. Comunque sia, è una scena. Cioè, letteralmente, una rappresentazione. Ciò significa che l'inconscio è costruito, tessuto attraverso le rappresentazioni. E, quindi, in una parola, è impastato, istituito grazie al linguaggio. Ma, non è proprio qui, nel rapporto tra il soggetto e il linguaggio, tra il disabile e le rappresentazioni che l'handicap fa sentire tutto il suo peso? La devastazione che l'handicap introduce tocca questo punto nevralgico, essenziale. Costitutivo non solo del campo più specificatamente cognitivo o intellettuale della vita mentale dell'individuo, ma del suo stesso essere.

Si coglie, qui, drammaticamente come il tema della soggettività circoscriva il vero cuore dell'intera questione della disabilità. A volte, per ragio-