

Elogio del rischio. Oltre la psichiatria difensiva verso la responsabilità democratica in Comunità – Omaggio a Marcel Sassolas” . (Montefiascone, 2/11/19)

*Andrea Lorenzo Michelozzi, psicologo-psicoterapeuta – Coordinatore Comunità Terapeutica – Cooperativa Gruppo Incontro Pistoia**

PREMESSA

L'argomento della giornata di oggi ci confronta, come gruppo di lavoro che si occupa di Comunità Terapeutiche e servizi affini nel campo della salute mentale, con l'attualità in cui ci troviamo e con la *congiuntura* che stiamo attraversando come Istituzione. E' stata l'occasione per rimettere in fila ed in discussione alcuni principi che dovrebbero guidare gli interventi ed i trattamenti all'interno dei vari servizi che offriamo per rispondere alle domande e alle richieste sempre più complesse dei nostri interlocutori principali (servizi sanitari e sociali del territorio, famiglie, ospiti). Ci siamo assunti la responsabilità, e quindi il rischio, di rimettere a lavoro l'Istituzione, in particolare l'Area Minori della nostra cooperativa che fino a poco tempo fa si muoveva in maniera disarticolata nonostante le buone intuizioni e la buona capacità di lettura dei contesti, dei bisogni e delle richieste del territorio. A ciò si aggiunge, in questo momento, l'apertura di una Comunità Terapeutica a media intensità per adolescenti psichiatrici che ci vede coinvolti, da circa un anno, nella sua impostazione e costruzione. Tutto ciò ci ha messo a lavoro come gruppo, ci ha consentito di rivedere assetti consolidati, ci ha permesso di attingere ad altre esperienze interne ed esterne, prendendone spunto e, al tempo stesso, spingendo in avanti i paradigmi di riferimento per adeguare la prassi terapeutica ai nuovi adolescenti ed ai loro contesti di interazione.

CRITICITA' E LINEAMENTI TEORICI NEL LAVORO ISTITUZIONALE CON I MINORI

Siamo partiti dal ripensamento degli atti e delle procedure nel lavoro terapeutico Istituzionale, (Comunità Terapeutiche e Servizi affini) comprendendone il valore difensivo e rassicurante per gli operatori nonché il Discorso che li guida. Seguono altri punti relativi agli ostacoli interni al lavoro Istituzionale (l'indugiare in uno stile ossessivo o immaginario) e dei possibili approcci che possiamo utilizzare per far funzionare le Istituzioni rispetto al loro ruolo terapeutico-educativo con i minori. Se questi suggerimenti, fondati su una coerente teoria della cura, non vengono declinati nell'esperienza quotidiana e nella realtà della Comunità o in altri ambiti di presa in carico rischiano di impedire l'aggancio, bloccare i percorsi terapeutici, far perdere il senso del trattamento e inaridire il desiderio di tutti gli attori coinvolti (dell'equipe, degli ospiti, dei familiari, etc.).

Ripensare gli atti e le procedure nel lavoro istituzionale

Spesso ci imbattiamo in quello che possiamo sintetizzare come il *bisogno di fare degli atti e dover rispondere a dei significanti (cioè a qualcosa che ci rappresenta al posto di qualcos'altro) della Comunità Terapeutica o di altre tipologie di servizi*, e sempre meno alla esperienza, alla prassi della Comunità Terapeutica ed ai soggetti che la abitano, siano essi ospiti in trattamento o operatori, alle prese con se stessi e con gli scambi che in quel contesto si costruiscono. Siamo tutti, o quasi

tutti, inseriti in quelle procedure, vincoli, dettate dall'accreditamento sanitario (standard regionali in materia di comunità terapeutica, indicatori progressivi da seguire per giustificare l'operatività, far combaciare le prestazioni alla retta, e via dicendo) che prendono spunto da un contesto, quello sanitario ospedaliero, che usa un linguaggio e si rifà ad un discorso diverso. Tale *discorso sanitario*, partendo da logiche diverse della cura e del trattamento, offre dei significanti che ci confondono, ci inquinano di linee guida protettive e proceduralizzate, facendoci inevitabilmente assumere una posizione diversa nella cura. Cadiamo così in alcuni tranelli efficientisti, l'illusorietà e l'inadeguatezza dei quali ci fanno evitare un autentico incontro con l'altro e con l'angoscia che questo comporta. Prendendo spunto dall'esperienza del "Visiting", e guardando l'altra faccia della medaglia, queste formule e linee guida potrebbero dare una inquadratura corretta al Discorso comunitario solo se cercano di corrispondere a ciò che veramente avviene dentro la Comunità ed ai criteri che la definiscono dall'interno. E ciò dipende da noi, da quanto riusciamo a farci i conti, da come li utilizziamo e li inseriamo dentro la nostra prassi terapeutica. Se ripensiamo questi significanti-atti, li decostruiamo, li sciogliamo dentro la Comunità, nell'esperienza quotidiana, nella realtà, e li reinseriamo in un Discorso appropriato possiamo operare con meno pregiudizi, pressioni, compiacimento, sensi di inadeguatezza, ed evitare di esserne assoggettati e bloccati. Inoltre, attraverso l'utilizzo singolare di queste procedure da parte di ogni Comunità, l'atto terapeutico verrà rivestito e connotato non solo in termini di costi (o meglio non solo stretto nel binomio prestazione-costi) mantenendo di conseguenza il suo valore *etico*.

Altro punto critico, sul quale tuttora non abbiamo risposte ma di cui prendiamo atto, è quello che si riferisce ad un modo di lavorare che rientra in una *logica dell'appalto*, cioè la tendenza a farci distrarre dalle voci amministrativo-aziendali che dettano i criteri economici, indicatori prestazionali, elementi quantitativi a cui aderire per fornire un determinato servizio. A ciò aggiungiamo il timore delle voci contrastanti e confuse dei Servizi invianti che, esercitando un controllo pervasivo del nostro operato basato più su criteri economici che terapeutici, minacciano interruzioni del trattamento o modifiche del percorso che velano il vero motivo dovuto alla revisione della spesa sanitaria. Questi timori spostano la nostra attenzione sui bilanci interni, riducendo così la possibilità di inventare soluzioni alternative o particolari al problema del soggetto aderendo, invece, ad un mandato strettamente riabilitativo. All'opposto capita invece che ci viene accordata una delega totale del soggetto da parte dei servizi e, seppur essendo seducente per la nostra operatività sganciata dall'Altro sanitario-sociale, ci espone alla conseguente solitudine e difficoltà che emerge dal non poter contare su una rete curante che supporti lo stesso soggetto in tutte le fasi del percorso terapeutico (ad esempio nella fase delicata del dopo Comunità).

Evitare di indugiare in alcuni stili nel lavoro istituzionale

Un altro ostacolo, tutto interno al lavoro Istituzionale, deriva dall'impostare il nostro lavoro su uno *stile immaginario*, ossia uno stile terapeutico che si rivolge ed aderisce all'Altro del Sapere mettendo in secondo piano l'emergenza del "reale", dell'imprevedibile, dell'ingovernabile, che ogni soggetto porta con sé. E' la questione delle categorie diagnostiche, dei protocolli evidence based, dei tests, della psicoterapia specifica in Comunità, delle letture psicologizzanti e

comprehensive del caso che mantengono tra questi due piani uno iato consistente. Tale iato viene spesso colmato esclusivamente da "slogan immaginari" che hanno funzione compensatoria più che simbolica e, quindi, terapeutica (ad esempio categorie come disturbo borderline oppure concetti come identificazione proiettiva, scissione, attacco, o ancora termini come schema cognitivo-emotivo, diade sé-altro, etc., a seconda dell'orientamento teorico di turno, tendono ad essere fuorvianti, basati sulle proiezioni dell'operatore, lontani dall'esperienza e dal discorso più intimo e soggettivo del paziente). L'altro elemento che può ostacolare il lavoro istituzionale è quello di indugiare in uno *stile ossessivo*, ossia un'eccessiva adesione all'Altro del Codice in cui tutto deve essere regolato, calcolato, perfino il desiderio dell'operatore, la sua creatività, la sua "follia costruttiva". Spesso ne abbiamo prova quando tendiamo ad allinearci troppo alle regole, alle norme, o a quegli Universali della Comunità a discapito dell'Altro del Desiderio (la ricerca singolare, l'attenzione al particolare, la risposta specifica, l'accoglienza dell'inatteso, dell'imprevedibile, di un mutamento). Impostare la comunità su queste basi non permette al soggetto (adulto o minore che sia) di trovare un accordo possibile con ciò che lo determina a monte, con i significanti fondamentali che lo hanno prodotto (parole, frasi, traumi), con il suo godimento che tuttora lo mantiene dentro la ripetizione dello stesso. E' proprio questa rigidità difensiva, una Comunità che non accetta l'imprevisto e l'ingovernabile, che alimenta lo stesso ingovernabile che travolge con tutta la sua forza il soggetto Comunità oltre al soggetto che ne prende parte. Il soggetto Comunità ha due possibilità: può nascere, emergere, crescere, può soggettivarsi attraverso l'incontro con questo Altro e con il "reale" che lo attraversa, che andrà lavorato in equipe oltre che con il soggetto stesso, oppure può chiudersi sull'Istituzionalizzazione che, attraverso la sua rigida forma ossessiva, opera con l'arroganza, la presunzione, l'espulsione e il controllo dell'altro. Allora, quale accordo possibile? Non vogliamo asserire che si deve lasciare il "campo istituzionale" ad una libertà sregolata, esclusivamente desiderante, e sganciata da tutto il resto (le regole, i tempi, gli spazi, gli universali, la Legge simbolica), non vogliamo permettere che tra paziente e comunità si strutturi una certa collusione pulsionale e si ingaggi una relazione immaginaria-speculare con effetti sul "reale". Intendiamo invece rendere particolare ogni situazione, ogni minore, ogni gruppo affinché ogni equipe possa dare risposte specifiche e favorire un annodamento tra spinte pulsionali contrastanti e la Legge, tra istanze che si presentano spesso slegate l'una dall'altra, oppure per trovare un ritmo tra le stesse. Di solito è un operatore, che funge da "operatore logico", che viene chiamato in causa per tentare questa operazione; se è sostenuto dall'equipe questa operazione può avere un esito positivo, in caso contrario c'è il rischio di produrre ulteriori slegamenti e identificazioni immaginarie. Sarebbe importante che l'Istituzione, nel suo complesso, si metta in questa funzione di "operatore logico" sia per stabilizzare il soggetto sia per permettergli di individuare percorsi, strategie, variazioni sintomatiche in grado di aiutarlo a trovare un accordo possibile con se stesso e con le proprie pulsioni.

Questo comporta, per l'Istituzione, transitare l'inevitabile angoscia, stare lì dove c'è trauma, dove c'è pulsazione, dove il corpo è incontenibile o catatonico. In sostanza comporta prenderci dei rischi non calcolati e non contemplati dall'Altro del Codice, della Legge, del Sapere.

Stando a queste considerazioni pensiamo quindi che il Sapere e il Codice vadano letti, appresi, trattiene quanto basta, e messi da una parte in modo da sentirsi liberi, meno vincolati, nel seguire la “direzione della cura” che tenga conto del soggetto che abbiamo di fronte, delle sue caratteristiche, della struttura del sintomo, del momento del percorso, del posto che occupa nel rapporto con l’Altro.

Partire dalle proprie mancanze per assumere una posizione diversa nella cura

Questi interrogativi, queste domande, questa ricerca affannosa di un modo per trattare il soggetto portatore di un disturbo in Comunità Terapeutica a nostro avviso mettono in evidenza la *mancanza strutturale di ogni soggetto e di ogni sistema di cura* (nel senso di una mancanza radicale, di castrazione, come buco di sapere, come impossibilità di rispondere a tutto) che va necessariamente assunta se vogliamo aprirci a qualcosa di nuovo o di diverso. Questo lo diciamo perché ci troviamo, come gruppo di lavoro, in un momento congiunturale connotato da angoscia e desiderio di sapere che ci muove, non senza perplessità e prudenza, verso l’incontro con qualcosa di sconosciuto ed imprevedibile. In particolare l’incontro con l’adolescente (ma del resto con ogni soggetto) mette in evidenza le difficoltà di inquadramento, di concettualizzazione, di categorizzazione. Lacan ha definito la *“clinica a partire dal reale come impossibile da sopportare”*. Il tempo adolescente, di cui ci occupiamo in questo lavoro, mette in evidenza l’incontro con queste dimensioni, con il trauma, con il corpo, con il sesso, per cui chi opera in questo campo si trova inevitabilmente a fare i conti con una condizione che spesso mette in scacco la capacità di simbolizzazione. Ci troviamo dentro una *“clinica dell’agito”*, in una tensione continua tra la vita e la morte, una clinica che si scopre nella sua *“fallibilità ineluttabile”*. Siamo consapevoli che occorre non farci sedurre dall’onnipotenza del pensiero comprensivo (quello neuropsichiatrico che individua delle categorie diagnostiche, quello psicologizzante che si confonde in processi genetico-evolutivi o si difende dietro schemi cognitivo-comportamentali, quello sociale che rincorre fenomeni alla moda o eccessivamente lontani dalle realtà con cui ci confrontiamo) che può diventare un rituale de- colpevolizzante che maschera un necessario smarrimento. Tutti questi *“Discorsi”*, che hanno l’ambizione di vedere più in là, di comprendere tutto, di difendersi dall’errore, di scansare l’ostacolo, diventano dell’ordine della chiacchiera intramondana e delimitano un campo che non ha più niente di terapeutico. C’è insomma, e questo lo vediamo mentre ci stiamo preparando all’incontro con l’adolescente, un’esclusione, un mascheramento, una negazione dell’angoscia che scaturisce da questo incontro. Scrive Oury facendo riferimento all’uso della psicoterapia in alcune istituzioni psichiatriche: *“l’angoscia è ben riposta in un cassetto e, in tutta tranquillità, si può tentare l’applicazione di queste tecniche di psicoterapia nelle strutture ospedaliere più alienanti senza che questo ponga alcun problema fondamentale. Perché laddove è esclusa la presenza dell’angoscia, dove questa viene denegata, sorge un sistema costituito da interrelazioni di prestanza, o prestazione, dove domina l’imitazione, la ripetizione, la competizione, tutte dimensioni che non permettono di interrogare a fondo le questioni e dare risposte particolarizzate o specifiche.”* Da questo insegnamento, ed in questa fase nascente, traiamo che per avere nella cura una posizione diversa da quella descritta sarà importante fare i conti con questa mancanza fondamentale, con questo non sapere, e sempre con Oury *“avanzare*

nell'angoscia, che non significa padroneggiarla, nel senso di controllarla, ma accettarla e spingerla sino alla sua causa, seguirla come una strada che non inganna”.

Da qui scaturiscono alcune domande che riguardano l'Istituzione, quanto mantenere o meno la Comunità così com'è, le sue abitudini, le sue narrazioni e consuetudini: *quanto possiamo tener conto di questo approccio interessato al particolare, allo specifico, al trovare soluzioni singolari senza che debbano sempre prevalere l'efficienza e la produttività? quanto possiamo arrischiarci, mantenere viva questa passione e questa libertà senza soccombere nell'Istituzione? quanto possiamo spingerci in questa direzione senza entrare in una dimensione di sregolatezza, fuori discorso comunitario o ingenua della cura? per quanto tempo possiamo tollerare questa angoscia, il desiderio ad essa legato, senza rifugiarsi dentro un sapere erudito, pieno, conclusivo, comprensivo, che non vuol saperne della verità? può allora un'istituzione promuovere un cammino che non eluda la questione dell'angoscia, che favorisca la creazione di luoghi per dire, per attendere, per dimenticare?* Una possibile risposta emerge sempre da Oury, ispiratore del nostro pensiero e capace di metterci a lavoro per fare i conti con le nostre mancanze invece di negarle: *“L'angoscia è un serbatoio straordinario che mette in movimento ogni cosa..... E' importante che l'istituzione, la comunità terapeutica, per essere tale si ponga come luogo di parola, di attesa, di oblio, che favorisca quei campi di transfert dove si possa sostare ai bordi, passare per vie traverse, ostinati nel cercare una via d'accesso e continuando in ogni momento a domandarci semplicemente: cosa ci faccio qui?..... senza fuggire di fronte alla follia, alla morte, al reale traumatico e al proprio desiderio continuando a dirsi soltanto non ho tempo, scusa non ho tempo!”.*

Provare ad essere semplici e trovare una chiave d'accesso al sintomo del soggetto

Quindi il punto è quello di trovare una chiave d'accesso al sintomo del soggetto, in questo caso del minore, e non al disturbo che esso arreca all'Altro (familiare, sociale, istituzionale). Si tratta di interrogare il non sapere sull'altro, come trattare la propria impazienza riuscendo per quanto possibile a mantenersi a galla nella noia, nella turbolenza, nel non capire niente. Questo vale anche per quanto concerne la nostra posizione rispetto all' Istituzione, cioè quanto riusciamo ad interrogarla rispetto ai suoi luoghi, alle sue regole, ai suoi principi, alla sua struttura spazio-temporale, alla sua grammatica di fondo, al posto che ogni operatore vi occupa. Significa non impigrirci per far sì che l'Istituzione si mantenga dentro quel *campo transazionale* (Winnicott) all'interno del quale potersi dar da fare, operare cambi di registro, e permettere alla parola dell'adolescente di essere ricevuta e riconosciuta, di passare da un investimento ad un altro, da un luogo ad un altro. E' importante che la Comunità si faccia laboratorio, una sorta di scuola, dove si possano sperimentare nuovi approcci oppure dove essere semplicemente testimoni di variazioni, deviazioni, snodi della ripetizione sintomatica di ogni soggetto. Tutto ciò mantenendo quelle coordinate simboliche che permettono scansioni, tagli o interdizioni in grado di aprire a nuove significazioni o ad altri movimenti desideranti. Crediamo sia importante saper conservare, soprattutto nella clinica dell'adolescente, una certa libertà di approccio e *saper prendere delle vie traverse* per trovare, insieme al soggetto, un nuovo *montaggio della pulsione* (G.O. Pozzi, 2015),

cioè un sintomo meno invalidante conseguenza del fatto che ne sono variati gli elementi strutturali.

Pensiamo che la difficoltà maggiore per operare in questa direzione stia nell'essere semplici, semplici nel darsi da fare in questo spazio di transfert, che inevitabilmente si viene a creare nel contesto comunitario, semplici nel non applicare tecniche o attività iperdefinite, semplici nel non caricare il minore del nostro desiderio-bisogno di gratificazione, semplici nel non colmare il minore di senso, per evitare di toccare la nostra mancanza. Probabilmente questo atteggiamento si traduce, per noi operatori, nello stare in un punto di attesa e dimenticanza che lascia che qualcosa si manifesti e svanisca nello stesso momento, nell'ascoltare e seguire la parola del minore in ogni tornante del suo percorso terapeutico. Tutto ciò sembrerebbe un procedimento freddo, asettico, contemplativo, casuale, ingenuo ma se ci entriamo più dentro, e sempre seguendo Oury, *“riusciamo a scorgere l'altro, benché scoppiato, nelle sue coordinate soggettive e possiamo trovare una chiave d'accesso al suo sintomo”*.

Dal discorso dell'Altro ad un luogo per vivere e parlare

Siamo consapevoli che le istituzioni che producono regole per il “bene del soggetto” sono quelle che rifiutano di mettersi in discussione oppure durano nel tempo solamente se tolgono la parola al soggetto. L'esperienza clinica ci ha messo in evidenza che il minore risponde alla crescente specializzazione dell'adulto creando situazioni completamente nuove, come se dovesse inventare sintomi non ancora codificati per eludere i protocolli terapeutici, le pratiche riabilitative standard, le sollecitazioni amministrative-aziendali in uso, e sfuggire a ciò che gli adulti tendono a prevedere per lui. Il minore, bambino o adolescente che sia, ma anche l'adulto, chiedono di parlare ma sono presi in un discorso in cui non riescono a riconoscere ciò che dal suo dire, dalla sua parola, salta fuori anche in maniera contraddittoria. Normalmente l'adolescente non riesce a differenziare il proprio desiderio da quello dell'Altro (familiare, culturale, sociale), è preso in un discorso che lo impiglia, lo trattiene, lo assoggetta. Compito nostro, come operatori, è restituiregli quella parola che gli è divenuta estranea. Ma come possiamo farlo se siamo collusi con l'istituzione? Con quell'istituzione sociale, familiare, scolastica il cui “Discorso” attiene al conforme, all'adattamento e alla rieducazione? Oppure ad istituzioni le cui logiche sono di controllo sociale o puramente economiche?

Come ci ricorda anche S. Berti in un interessante articolo, e ripercorrendo il pensiero di Maud Mannoni, *“troppo spesso il soggetto trova come interlocutore alla propria angoscia un discorso da professionisti che non fa altro che accentuare quel senso di isolamento che trovava espressione nel sintomo. L'istituzione stessa potrebbe offrire una scena sulla quale la follia ha mezzo di esprimersi, farsi creativa, di trasporsi in una creazione. Mannoni parla dell'eploedere dell'istituzione come un'occasione che l'adolescente e lo psicotico possono cogliere perché permette loro una fuga dal luogo, appositamente costituito per accogliere la follia e cercare un punto di riferimento di amicizia e lavoro con un adulto. Si tratta di vedere quanto insieme si lasceranno modificare – l'adolescente e l'adulto - dalla situazione così creata”*.

In questo passaggio la Comunità Terapeutica viene considerata come un *luogo per vivere e parlare*, dove siamo sollecitati a non dimenticare che ogni malessere è inerente ad ogni vissuto e che non bisognerebbe farsi troppo specialisti per essere capaci di accompagnare quotidianamente, e per un certo periodo, l'adolescente alle prese con il suo sintomo. Un luogo non iperdefinito in tutte le sue parti, non iperspecialistico nelle competenze, ma uno spazio dove la sofferenza, la distruttività, l'imprevedibilità, le bizzarrie, il godimento dell'adolescente possono essere accolti e trattati per mezzo di una risposta specifica che parta da un suo riconoscimento.

La comunità dovrebbe avere queste caratteristiche, a volte può bastare una certa accoglienza, una certa disponibilità e la sicurezza di trovare un adulto che non domanda di cambiare, che non insiste affinché il minore smetta di barricarsi dietro le proprie difese e si lasci andare al rischio di un cambiamento di registro e di gioco. Questo vale anche per noi operatori, bisogna cioè guardarsi dalla domanda sottile o pressante dell'Altro che ci chiede di cambiare per essere efficienti, produttivi, sempre capaci, pieni di competenze. Così come l'adolescente potrà avere la possibilità di un nuovo investimento e mobilitare le energie imbrigliate nelle proprie "fissazioni", l'equipe potrà disporsi ad essere investita dal soggetto e mobilitare a sua volta le proprie energie bloccate nelle proprie "ripetizioni". In particolare uscendo dalle "ripetizioni" magiche, rassicuranti e preconcezionali a cui concorrono i significanti dell'Altro (etichette diagnostiche, protocolli, linee guida, nominazioni identitarie) ed il proprio stile di godimento come gruppo di lavoro (cioè il sintomo e la quota di godimento ad esso legato dell'equipe).

Ancora come l'articolo di S. Berti ci suggerisce *"a volte il migliore intervento può essere addirittura l'astensione ma un'astensione in un quadro che non sia l'abbandono e possa portare il soggetto a riappropriarsi di nuovo della propria vita che rischiava di essere confiscata dalle istituzioni curanti, in nome di un'illusoria esigenza terapeutica. In questo contesto il discorso analitico cerca di sostare in un improbabile equilibrio tra l'attivismo più o meno altruistico e la passività pseudo neutrale"*.

QUESTE DIREZIONI TRADOTTE NELLA PRATICA

Seguendo questa linea ci siamo resi conto che i classici progetti, servizi, percorsi per minori incontrano attualmente un fallimento dovuto all'emergenza, nel contesto sociale contemporaneo, di nuove tipologie di famiglia e nuovi fenomeni sintomatici. *Sul lato delle famiglie* assistiamo all'emergenza di nuclei monogenitoriali, bi-genitoriali oppure nuclei con transazioni frammentate dove la cosiddetta nominazione del padre (in tutte le sue declinazioni simboliche) sembra essere evaporata o dislocata in più posti. A ciò si aggiunge l'emergenza delle nuove povertà e fragilità, famiglie o nuclei dove è presente un certo disagio economico e culturale e dove la caratteristica saliente sembra rappresentata da modalità di cura, relazionali ed educative, trascuranti e disorganizzate al punto che gli stessi minori non vengono visti nei loro bisogni e riconosciuti nei loro desideri. *Sul lato del minore* osserviamo un'alta frequenza di manifestazioni, già nel bambino e pre-adolescente, di iperattività ed incontenibilità comportamentale che possono assumere, strada facendo, forme più o meno conclamate di devianza e/o disturbi comportamentali resistenti. In questi casi la parola sembra assente oppure, dov'è presente in minima parte, non viene riconosciuta e validata, mentre il sintomo prende possesso del corpo. Il tratto comune sembra essere un senso pervasivo di vuoto ed una modalità frenetica di entrare in rapporto con

l'oggetto e con l'Altro. Altri fenomeni che osserviamo sono il ritiro sociale, condotte di isolamento, distacco dalla realtà, la presenza frequente di video-dipendenze, che possono portare più tardi ad esordi e disturbi psico-affettivi di una certa gravità. I recenti e profondi cambiamenti del contesto sociale fanno emergere una sempre più marcata presenza di bambini e adolescenti con difficoltà di apprendimento dove, più che un deficit cognitivo (come certi approcci vorrebbero sponsorizzare), sembra implicato l'ambito simbolico: l'Altro del simbolico che dovrebbe differenziare, limitare, interferire nell'indifferenziato (ad esempio tra lettere diverse) sembra decaduto ed ognuno deve fare con quello che ha. In linea generale questi giovani appartengono a nuclei familiari carenti dal punto di vista della simbolizzazione, della nominazione del padre, e dove, invece, permane una indifferenziazione delle funzioni genitoriali che limita la separatezza e la soggettivazione di ogni componente. Del resto questa situazione sembra attraversare la nostra epoca, le istituzioni, i servizi, le famiglie decretando quella mancanza di punti di riferimento simbolici che iscrivevano il soggetto minore e non nel legame sociale.

Questi sono i motivi che ci hanno indotto a rivedere il nostro modo di lavorare, a modificare l'impostazione di alcuni progetti, a tentare di integrare maggiormente la rete dei nostri servizi in modo da individuare risposte diversificate alle domande-richieste che ci vengono poste cercando di reperire il posto e la funzione di ciascuno nella domanda che ci viene indirizzata (del servizio, della giustizia, della famiglia, del minore). Questa *"revisione e ridisegnatura"* rappresenta per noi un'apertura al rischio, in quanto non più inserita nelle classiche pratiche apprese e non più supportata dal Grande Altro Istituzionale. Un modo di operare che non può sostenersi su una pratica già formattata, piena, satura, sapiente, iper-specialistica ma, al contrario, su una pratica che sia disponibile ad incontrare quella quota di angoscia e desiderio insopprimibile che l'adolescente (o se vogliamo il nuovo) porta con sé e che sia rispondente ad ogni singolo caso. *Per la nostra realtà operativa questo rischio si è tradotto nell'individuare varianti e percorsi alternativi di presa in carico dell'adolescente "difficile" di cui riportiamo due esperienze, una già avviata ed una in fase di studio e applicazione.*

L'esperienza del Progetto Con-Tatto: "dal centro semiresidenziale al territorio e ritorno"

La prima esperienza che prendiamo come riferimento riguarda l'analisi e le modifiche apportate ad un Centro semiresidenziale socio-educativo (Con-Tatto) che accoglieva minori di età compresa tra i 13 e 18 anni che presentavano problemi di uso di sostanze, bullismo, condotte aggressive e autolesionistiche, varie forme di dipendenza (da internet e gioco d'azzardo), ed erano a rischio di cronicizzazione. Circa due anni fa ci siamo trovati a fare i conti con il limite di quelle classiche forme di intervento socio-educative che offrivano e garantivano un luogo stabile di aggregazione ed incontro. Ci riferiamo al Centro semiresidenziale come luogo di accoglienza, socializzazione, supporto educativo e aggancio terapeutico. L'esperienza ha fatto emergere, come si dice, una certa incongruità tra la domanda e l'offerta educativo-terapeutica. La domanda di questi minori si è sempre di più rivelata precaria, confusa, a volte assente, o ancora spostata sull'Altro (familiare, istituzionale) più che su un appello o desiderio personale. Ciò spingeva gli stessi minori ad evitare di presentarsi all'appuntamento giornaliero, creava un certo malessere contagioso nel gruppo e alimentava le fughe ed i comportamenti provocatori. Insomma c'erano degli impedimenti al

passaggio dal fuori al dentro, dalla strada o dalla casa al centro semiresidenziale, dall'indifferenziato ad un contesto istituzionale che poteva avere qualche valenza simbolica e aprire ad un'altra appartenenza. Questa condizione, che si ripeteva nel tempo, ci ha indotti a modificare l'approccio di aggancio e la fase dei preliminari: questi non si davano più in un luogo già definito, apparecchiato e scontato ma in una *zona* che potremo chiamare "*di frontiera*", non più in un luogo fisico strutturato (dove poter accogliere, ascoltare e supportare il minore alle prese con le sue problematiche) ma *in più luoghi provvisori sul territorio (luoghi dis-locali)*. L'idea è stata quella di "ridisegnare" alcuni spazi e luoghi di aggregazione allestiti normalmente per l'accoglienza di minori e famiglie con disagio psico-sociale presenti sul territorio pistoiese. Abbiamo così trasformato il servizio cercando di costruire e "mettere in fila" vari luoghi di aggregazione sul territorio dove poter effettuare le varie attività ed i diversi interventi al fine di poter arrivare, senza forzature o aspettative immaginarie, a costituire un luogo simbolico stabile e con determinate scansioni spazio-temporali. Quindi gli operatori incontrano i minori direttamente sul territorio, nei luoghi e spazi che questo offre (al luna park, al cinema, al bar, nei vari laboratori o atelier presenti, in biblioteca, a domicilio). Minori ed operatori non si incontrano quasi mai nello stesso posto, seguono una programmazione in funzione del desiderio di ogni minore o in funzione della composizione del gruppo e dei suoi interessi. Lo scopo è quello di lavorare la domanda del minore, non anticiparla, non saturarla, non imporla, ma attendere che provenga da lui, che possa essere formulata in maniera più chiara. Comunque sia, una domanda indirizzata, non importa di quale genere, l'importante è che esca dalla latitanza o dall'alienazione e, seppur contraddittoria, possa diventare un appello all'operatore che la riceve e che, in tal caso, ne dovrà cogliere le sfumature. L'operatore fa inizialmente da supporto, da supplente di qualcosa, disponendosi al gioco immaginario con il minore e favorendo delle identificazioni, successivamente, con il suo "operare nella precarietà" (con la sua "mancanza"), introduce quell'alternanza necessaria di "assenza e presenza" (con il suo andare e venire, con il mettere in fila gli scambi di parola che avvengono nell'incontro tra lui ed il minore) affinché si producano delle significazioni che poi danno il via a dei movimenti desideranti del minore o ad una domanda di aiuto. Ovviamente questo rappresenta un intervento "a cielo aperto" ma che, grazie al lavoro sapientemente condotto dall'operatore (soprattutto il maneggiamento del transfert immaginario nella relazione duale), per alcuni minori ha favorito il passaggio ad una residenzialità più leggera, cioè ad un Centro semiresidenziale con una struttura ed una cornice più stabile e continua. Per altri, questo incontro nei vari luoghi itineranti, ha permesso la maturazione di una domanda diversa, ad esempio la domanda di ingresso nella Comunità socio-educativa. Altri abitano tuttora, seppur precariamente, questo spazio, altri ancora hanno semplicemente trovato un "appoggio" per continuare ad andare e venire mantenendosi comunque dentro uno "spazio transazionale" che può permettere ulteriori movimenti. Questa variazione tiene conto di una quota di rischio per l'assenza di protezione e di struttura che questo tipo di minori ha sempre richiesto ma, al momento, sembra la strada più percorribile per arrivare a costituire quei riferimenti e quelle iscrizioni.

L'avvio della Comunità Terapeutica NaVe 13: "dal territorio alla Comunità"

La seconda esperienza che prendiamo come riferimento per argomentare rispetto al nostro "rischio" concerne l'avvio di una Comunità Terapeutica a media intensità terapeutico-riabilitativa per adolescenti con disturbi comportamentali e problematiche psico-affettive. Abbiamo costruito un'ipotesi di Comunità Terapeutica e di intervento che andremo a verificare strada facendo, quindi *ci riferiamo soltanto a degli intenti*. I punti e le domande che ci hanno messo a lavoro ruotano intorno a questi temi: a) l'accoglienza della precarietà, reticenza e rifiuto del minore ad entrare in Comunità Terapeutica; b) la tenuta del minore in Comunità; c) la nostra posizione come Altro curante; d) gli strumenti da mettere in campo per aiutare il minore ad arginare e/o articolare la propria angoscia e la propria pulsione; e) come coinvolgere la famiglia, i genitori, e che spazio dar loro; f) la segregazione del minore ed il problema del legame sociale evitando di scadere nei soliti significanti, ad esempio l'integrazione, l'inclusione, etc. (G.O.Pozzi, 2016). Su queste basi abbiamo cercato di riprendere e mantenere alcuni presupposti della Comunità Terapeutica che si rifanno alla "psicoterapia istituzionale" e alla psicoanalisi applicata ai minori nei contesti residenziali inserendo metodologie originali e transdisciplinari derivate dallo psicodramma, dal teatro sociale e musicale, dalle arti terapie e dallo sport. Questo modello di lavoro ci permette di introdurre varianti e deviazioni che possano tener conto sia del caso singolo sia del gruppo adolescente. Tenendo presente le tendenze del soggetto minore, e prendendo spunto dall'esperienza e dalle impasse incontrate negli altri servizi (Con-Tatto e Comunità Socio-Educativa Eidos) abbiamo ipotizzato di costituire la Comunità Terapeutica come un luogo che contenga al suo interno più luoghi per vivere e parlare. Luoghi ancora da sviluppare, in sospensione, da costituire semmai insieme al minore e dentro i quali esso possa iniziare ad edificare qualcosa per sé. Normalmente la Comunità rappresenta, per l'adolescente con problemi psichiatrici, un luogo minaccioso, invadente, costrittivo, manipolativo, assillante a cui lo stesso cerca di opporre la sua resistenza per non cedere a questo presunto vivere assoggettato e segregato. *Pensiamo quindi che sia importante mantenere, da subito, un'apertura con il territorio non solo attraverso la via classica unidirezionale che tipicamente consente al minore di fare esperienze di integrazione in quel contesto ma anche nella direzione inversa, ossia attraverso la partecipazione del territorio alla vita di Comunità. Così chi vi entra potrà restarne spiazzato e prendere qualcosa di nuovo, avvicinarsi a qualcosa di sconosciuto oppure immettere qualcosa di differente.* Quando pensiamo a questo passaggio immaginiamo di rendere la Comunità disponibile ad accogliere, e ad iscrivere, alcune attività e iniziative che provengono da fuori (laboratori musicali, artistici, mostre, eventi, intrattenimenti) oppure ad invitare persone che portino esperienze umane capaci di aprire alla scrittura di nuove storie. Oltre ad arricchire l'ambiente terapeutico, ad introdurre un differenziale umano importante, a ridurre la segregazione, questo approccio inconsueto potrà, indirettamente, intervenire su alcuni punti critici: sul mobilitare l'aggancio del minore e condividere il motivo per cui lui è lì, sul motivare lo stesso a trattare qualcosa di sé che è diventato ingestibile, sull'aprire ad altre interrogazioni ed, infine, sul mettere in moto il desiderio del minore e dell'equipe di un "incontro fortunato" (G.O. Pozzi, 2016). In questo caso, ed in aggiunta, permettere ad entrambi di trovare una "finzione" ed un "montaggio" alla propria angoscia e pulsione, ossia di individuare strumenti per trattare il "reale" ingovernabile, riprendere a sperare ed a camminare secondo il

proprio ritmo. L'idea è anche quella che la Comunità metta a disposizione i suoi spazi, laboratori ed atelier, per quegli adolescenti che, seppur non in carico ai servizi per qualche problema, vogliono sperimentarsi in qualcosa di diverso ed attrattivo che non riescono a trovare in altri posti. Questa apertura non vuole essere una disposizione libertaria ed ingenua della cura, ma andrà sostenuta e bilanciata con elementi prudenziali e protettivi che il contesto comunitario deve comunque mantenere. Per le nostre prassi consolidate questo approccio rappresenta un rischio in quanto siamo ancora abituati a considerare l'Istituzione come luogo vietato a chi proviene da fuori, e che potrebbe contaminarlo negativamente, oppure come luogo esposto al solo godimento voyeuristico. Ovviamente questa modalità operativa andrà collaudata, verificata e tarata gradualmente soprattutto in funzione del livello di turbamento e disagio che può generare nell'equipe e nel gruppo degli ospiti. Altro elemento su cui far leva per avvicinare l'adolescente "difficile" è *tenere presente l'intera rete di servizi in cui operiamo (Area minori)*: abbiamo la possibilità che ognuno dei servizi di questa rete (Centro semiresidenziale, Comunità Socio-Educativa, Comunità Terapeutica) diventi l'avvio, il supporto, la continuazione, la definizione dell'altro, ipoteticamente il minore preso in carico potrà scivolare da una struttura all'altra, da un servizio all'altro. E ciò potrà realizzarsi sia nel periodo preliminare e di entrata in Comunità, sia nella fase del reinserimento, sia nel periodo di transito, sia come momento di "appoggio" a cui potranno seguire altre svolte.

In conclusione

Mettere in evidenza e parlare della nostra pratica, quella in corso e quella ipotizzata e da verificare, non è senza rischio poiché essendo inclusa nell'esperienza c'è sempre una parte che attiene al caso, all'imprevedibile. Da una parte come gruppo di lavoro, come equipe, cerchiamo di ordinare lo svolgimento di un trattamento, mettendolo in logica, coprendo così quella "mancanza strutturale" con la costruzione del caso; dall'altra, prendiamo atto, siamo testimoni, di quella parte di irriducibile che sfugge al senso, giacché la nostra pratica (soprattutto se orientata dal metodo psicoanalitico) non è una psicologia della comprensione che riduce il soggetto ad un senso. Per cui, a nostro avviso, l'impostazione di una comunità o di un servizio, la costruzione di un caso, si appoggia su di una logica, ma una logica del *non-tutto*. Questo indica che mancherà sempre qualcosa, che non c'è verità assoluta dell'esperienza. Abbiamo la consapevolezza operativa che il nostro lavoro implica un "navigare a vista" (che tra l'altro è il nome che abbiamo dato alla nuova Comunità Terapeutica con l'acronimo NaVe 13), nella tempesta, con l'alta marea, con la bassa marea, in presenza di scogli e ostacoli che si possono presentare improvvisamente durante la navigazione. Per cui, pur avendo una bussola a bordo, non dobbiamo pretendere rotte e direzioni chiare o predefinite da una mappa iper-collaudata. Ciò vuol dire sottrarsi, mancare, essere-un-meno, creare o preservare un "posto vuoto" affinché si possano accogliere le sorprese che spiazzano le aspettative terapeutico-educative. Bisogna evitare di occupare o mantenere quella posizione dominante, presuntuosa, di sapere, che solitamente l'Adulto per il minore e l'Equipe per il soggetto-paziente vuole avere nell'educazione e nella cura, e lasciare uno spazio vuoto affinché sia lui stesso a fare dei tentativi di abitare in modo nuovo, diverso, quello spazio. L'azione terapeutica tuttavia non è una finzione, i risultati sono dimostrabili ed il cambiamento del soggetto la sua miglior dimostrazione. *Insomma l'Istituzione è bucata, l'Altro dell'Altro non esiste,*

bisogna operare dentro la mancanza a partire da essa, questo è il rischio che dobbiamo correre invece di continuare a gonfiare programmi terapeutici di protocolli, interventi, approcci sempre più derivati dal campo del commercio neuroscientifico e psicoterapeutico che stanno invadendo la clinica attuale in nome della loro scientificità.

“Per condurre a buon fine il lavoro clinico e psicosociale, per uscire dalla cultura del malessere e della disperazione, occorre....un po’ di coraggio! E’ il cammino da scegliere, perché accompagna i nostri pazienti verso una dimensione di fragilità, in cui l’immaginario brutale che divide il forte e il debole non vale più, e in cui va riconosciuta e assunta questa realtà ontologica: siamo salpati tutti sulla stessa barca e, nella tempesta, nessuno può salvarsi da solo. E’ il cammino che abbiamo imboccato e di cui vogliamo condividere la costruzione. Questo è il nostro invito”.

“Oggi Julien non è né più forte, né più debole. E’ una persona che, grazie alla creazione di legami con gli altri, attraverso la sua arte, abita lo spazio della fragilità, quello della situazione, nel quale tutti dipendiamo dagli altri. Questa dipendenza non è né una condanna né un limite: è invece la base di ciò che Spinoza contrappone alle passioni tristi, la base della gioia, delle passioni gioiose. Sono queste passioni che dischiudono nuove dimensioni della vita, al di là della nostra piccola vita individuale” (M. Benasayag e G. Schmit, L’Epoca delle Passioni Tristi).

**Ringraziamenti*

Siamo riconoscenti a quanti hanno contribuito alle idee e spunti di riflessione emersi rispetto al tema del convegno (Elogio del rischio. Oltre la psichiatria difensiva verso la responsabilità democratica in Comunità – Omaggio a Marcel Sassolas”.) ed all’orientamento che, insieme al sottoscritto, stanno dando per mettere a lavoro l’Istituzione di cui fanno parte. Un grazie doveroso a Patrizia Di Napoli (Responsabile Area salute Mentale e Minori della Cooperativa Gruppo Incontro) per aver creduto in questa revisione, per aver accolto un nuovo paradigma di riferimento ed aver sostenuto e dato impulso alla nuova impresa in cui siamo direttamente coinvolti. Siamo particolarmente grati a Luciano Mocci (Psicoterapeuta e Atelierista con competenza in metodi espressivi attivi e psicodramma analitico della Cooperativa) e Francesco Rimediotti (Coordinatore della Struttura Socio-Educativa Eidos e del Centro Semiresidenziale Con-Tatto) che stanno mettendo impegno e costanza nel lavoro clinico con i minori partendo dall’esperienza sul campo e dalla creatività di ogni singolo ospite. Questo loro approccio ha aperto a diversi interrogativi, ha permesso nuove invenzioni e dato il via a nuove sperimentazioni nelle aree di loro competenza. Un ringraziamento particolare a Benedetta Ronzoni (Psicoterapeuta del Servizio territoriale denominato Pon-Inclusione) per alcuni suggerimenti e la correzione di questo articolo. Infine, ma non ultimo, esprimiamo un sentimento di riconoscenza a chi ci ha permesso di prendere spunto dalla propria prassi terapeutica, a chi ci ha illuminato la strada con la propria posizione desiderante e ci ha sostenuto in questa nuova scommessa (l’apertura di una Comunità Terapeutica per adolescenti con problemi psichiatrici) orientati dalla psicoanalisi cosiddetta del Campo Freudiano “applicata ai contesti istituzionali” e al servizio della “Clinica nel sociale”. La nostra riconoscenza va a Giuseppe Oreste Pozzi e Giuseppe Salzillo, rispettivamente Direttore Terapeutico e Coordinatore Clinico-organizzativo della Struttura Residenziale Terapeutico Riabilitativa di Neuropsichiatria “Antenna G. Beolchi” di Milano.

Riferimenti bibliografici

M. Benasayag e G. Schmit, L’Epoca delle passioni tristi. Edizioni Feltrinelli (2013)

S. Berti, Ai bordi e per vie traverse: un luogo per dire, per attendere e per dimenticare. In “Le

stanze del corpo. Istituzioni e disabilità". A cura di P.G. Curti – Edizioni ETS (2007)

J. Lacan, Ouverture de la section clinique". In "Questions et réponses", testo stabilito da J.A. Miller – "Ornicar?", n.9 (aprile 1977, pp 7-14)

M. Mannoni, Un luogo per vivere. Edizioni Emme (1977)

J. Oury, La psicosi e il tempo. Edizioni Spirali (1980)

J.Oury, Psichiatria e psicoterapia istituzionale. Editore Marsilio (1976)

G.O. Pozzi, Il Soggetto dell'inconscio e la cura. Autismo e psicosi nell'incontro quotidiano con il reale. Edizioni Franco Angeli (2015)

G.O. Pozzi, Una clinica nelle istituzioni per dare un indirizzo simbolico al soggetto. In www.artelier.org.2016/01, Bilancio-14 Allegati

D.W. Winnicott, Gioco e realtà. Edizioni Armando (2001)