

Nome file	data	Contesto	Relatore	Liv. revisione	Lemmi
000408TU_RC1.pdf	08/04/2000	SPP/TU	R Colombo	Trascrizione	Casistica Cura Diagnosi Difesa Futuro Handicap Trattamento

**STUDIUM *SCUOLA PRATICA DI PSICOPATOLOGIA* 1999-2000
CORSO *SCUOLA TUTOR*
IL TUTOR DELLA SALUTE**

8 APRILE 2000

4° LEZIONE

*ESPOSIZIONE E DISCUSSIONE DI CASI CLINICI E DI PERCORSI TUTORIALI.
L'ACCENTO SULLA STORIA INDIVIDUALE*

DISTINZIONE FRA INTERVENTO DEL TUTOR E INTERVENTO DI CURA

RAFFAELLA COLOMBO

Visto il poco tempo, presento per esemplificare, il tema su cui vorrei portare l'attenzione. Un caso solo, o più precisamente un aspetto di questo caso. Il tema è già stato anticipato ed è la distinzione fra intervento del tutor e intervento di cura. Cura medico-sanitaria riabilitativa, e cura nel senso della cura della malattia psichica.

Come porre queste distinzioni e in che cosa consiste? In particolare nel caso di Angela Cavelli, il bambino difeso dal tutor passa a un rapporto privilegiato in cui il tutor stesso nomina la cura.

L'esempio che voglio portare è quello di una bambina che oggi ha 9 anni ed è seguita da una tutor cui l'ho inviata a un certo momento.

L'ho vista per la prima volta quando aveva tre anni, nel mio studio. La famiglia vive fuori Milano e ho svolto un lavoro di tutor a tutti gli effetti, cioè dando indicazioni, incontrando gli insegnanti, portandomi io nella città in cui abitavano, vedendo i genitori, a volte vedendo la bambina. La bambina, primogenita, con una sorellina minore di un anno, presentata come bambina con ritardo di crescita, al primo anno di scuola materna non parlava bene, si isolava, si muoveva a occhi bassi, a passettini ravvicinati, aveva un comportamento infantile. Ed era brutta. A osservarla meglio, non era di per sé brutta, non aveva i lineamenti sgraziati, ma era sgraziata. Aveva una mimica che molto spesso si trasformava in smorfie. Molto spesso portava i capelli in avanti: tipico di questa bambina. Muoveva poco le mani, toccava soltanto sfiorando l'oggetto e parlava continuamente della sorella minore di un anno, bellissima, bravissima, la pupilla degli occhi dei genitori.

Io stessa ero all'inizio del lancio della professione di tutor, ma mi sono subito accorta che non bastava la consulenza ai genitori, l'orientamento dei professionisti che avevano rapporto con il caso. Ma un rapporto con la bambina stessa era utile.

Arrivata in prima elementare, intanto non si sapeva se i genitori né le insegnanti della scuola materna sapevano se mandarla a scuola o no. Per come si comportava sembrava destinata al fallimento e al rifiuto. Nella scuola in cui sarebbe stata iscritta non c'erano neppure insegnanti di sostegno e da parte mia pensavo questo come una fortuna, perché dal punto di vista organico questa bambina non presentava nessun danno che potesse far pensare a un ritardo come conseguenza di danno cerebrale. Visto che dal punto di vista motorio era in ordine, c'era veramente solo una riduzione: era una bambina che si riduceva in tutto.

Grazie alla conoscenza che avevo di lei per averla vista da me, io potevo assicurare che la bambina era in grado di frequentare la scuola, ma non ci si poteva attendere da lei ciò che ci si era sempre atteso, cioè la pretesa di una risposta. Io ho indicato ai genitori e agli insegnanti di trattarla come un qualsiasi altro

allievo della classe lasciandole il tempo di rispondere. A Natale non aveva ancora fatto niente. L'unica cosa accettabile era che per lo meno stava seduta nel suo banco e non dava troppo fastidio. Ma non aveva ancora fatto un disegno, men che meno aveva scritto, neanche una lettera, e non parlava.

Durante le vacanze di Natale, da sola, a casa, ha iniziato a scrivere parole e frasi, frasi brevi di tre o quattro parole, sgrammaticate e con errori di ortografia. Ma gli errori che comunemente un bambino fa nel primo trimestre della prima elementare. Rientrata a scuola si è astenuta come nel primo trimestre, tanto che le insegnanti pensavano come a una farsa dei genitori. Tutta la produzione fatta a casa veniva presa dalle insegnanti come una produzione indotta dai genitori: la bambina guidata con la mano, etc.

Il mio intervento, intanto anche nei confronti dei genitori che stavano gettando la spugna, perché rientrando la bambina da scuola insistevano per incontrare la madre, per farle fare i compiti che di volta in volta le davano a scuola, e il compito e il lavoro non fatto a scuola, per cui i lavori da fare aumentavano di giorno in giorno.

Il suo andamento scolastico è stato tale che io l'ho definito un andamento molto personale, molto individuale della bambina. Cioè periodi in cui si asteneva totalmente e momenti, due o tre settimane, in cui si lanciava nel lavoro e nella partecipazione anche a scuola.

Così è andata anche nel secondo anno di scuola: periodi in cui non faceva nulla e momenti in cui partecipava attivamente. Rimaneva un grave ritardo-rifiuto per quanto riguardava ...

I genitori, la madre in particolare era diventata purtroppo a casa la sua insegnante privata, malgrado i miei inviti a non fare questo, e le insegnanti chi più, chi meno, non sostenevano, non si fidavano più del mio appoggio.

Alla fine della seconda, o all'inizio della terza elementare, adesso non ricordo, la bambina segnala un disturbo mai avuto fino a quel momento. Ricordo che ho avuto già modo di descrivere questo episodio brevissimo. La bambina, giorno dopo giorno, nel giro di due settimane, aveva i due anulari piegati su se stessi e girava sempre così, tanto che poteva fare pochissimo. Toccava delicatamente con pollice e indice usandoli come una pinza. Non poteva vestirsi da sola, mangiava come poteva, non faceva nulla e non doveva neanche chiedere aiuto perché chi la vedeva in questo modo interveniva aiutandola. Se si tentava di aprirle le dita, cosa che i genitori avevano fatto, anche esortandola prima, poi forzandola, ottenevano che lei diceva che aveva male.

Venuti da me allarmati, io all'inizio non sapevo che cosa dire: ma da subito ho osservato che questo fenomeno di contrazione simmetrica, di soltanto due dita, era molto curioso.

I genitori avevano già una visita dall'ortopedico, perché non c'era verso di smuovere questo fenomeno. La bambina diceva che aveva male: allora io l'avevo fasciata con un fazzoletto, massaggiata, e mi ero presa un po' cura di questo male. Curato il male che aveva la bambina, allora ho cominciato a far altro. Questo mi ha insospettito, mi ha messo sulla via: la bambina aveva bisogno di un'attenzione da parte mia su questa sua pena, che lei aveva localizzato lì nelle mani, nell'anulare per altro, una bambina che giocava sempre a mamma e papà, e alla bambina, e alla nascita dei fratellini.

Questo mi ha messo sulla via dell'origine del disturbo. Era un modo per difendersi e per ottenere da parte dell'adulto un intervento di cura, o di accudimento e di sostegno e non di pretesa. Era praticamente ormai l'unico intervento che gli adulti nei suoi confronti esercitavano: pretendere che realizzasse quello che doveva realizzare, che mostrasse che non era handicappata come ormai tutti stavano cominciando a concludere.

L'ortopedico indica che questa contrazione sta durando da troppo tempo e occorre intervenire per evitare una lesione irreversibile. I genitori mi telefonano che hanno già fissato con l'ortopedico la data dell'intervento chirurgico. Io li invito a un consulto con un altro ortopedico, che però conferma il fenomeno e la via della cura chirurgica.

L'ultima chance per me è quella di pensare. Se è un disturbo organico ed è irreversibile non si presenta saltuariamente. Al di là della curiosità del fatto che fosse simmetrico. Prima dell'intervento chirurgico, se c'è una contrazione deve essere tale da essere continua. Una spasticità, neanche nel sonno viene meno, si rilassa completamente. Ho chiesto ai genitori di appurare se nel sonno la bambina avesse le dita contratte oppure no. E mi dicono che ha le mani chiuse, il che sembrava confermare la situazione spastica. Chiedo loro di provare ad aprirle e notare se il dito anulare si allinea al palmo. Mi telefonano entusiasti il giorno dopo riferendomi che in effetti aprendole la mano nel sonno, le dita si rovesciano all'indietro, come ognuno di noi può fare e dunque non c'era nessun accorciamento dei tendini, niente di niente. E gli ortopedici sono stati i primi ad annullare l'intervento.

Questo è un esempio che va nel senso in cui diceva Sandro Alemani di un'ignoranza medica. Inammissibile. Ci si potrebbe chiedere in questo caso, come negli esempi portati da Mara, come in un certo

senso quello descritto da Angela Cavelli e gli interventi di Nietta, il tutor deve avere queste competenze, per svolgere la sua funzione. Se io non avessi avuto un minimo di conoscenze di ortopedia e di neurologia forse non sarei arrivata a concludere quello? Io penso di sì. Chiunque di noi sarebbe arrivato a concludere che un fenomeno che si esenta in due settimane in questo modo è quanto meno curioso. E non sapendolo fare io, chiederei, insisterei fino a ottenere una risposta valida. E questo ogni tutor lo può fare, indipendentemente dalle conoscenze. È ciò che segnalavo quando parlavo delle competenze di un Tutor: una prima competenza è quella di un giudizio, formulare un giudizio negativo, cioè «non è malato». Non può il tutor, nel suo essere tutor, emettere diagnosi. Ma un tutor può emettere un giudizio negativo; nella sua competenza laica, laica rispetto alla medicina, e rispetto alla psicopatologia può segnalare «non c'è...», cioè questo disturbo non c'è, avvalendosi delle informazioni che deve recuperare, deve ottenere, per arrivare a questo giudizio, informazioni che può ottenere nella supervisione, che ogni tutor deve avere, e nei contatti con professionisti di cui deve avere un carnet, un'agenda abbastanza ricca. Quindi, questi era il primo fatto che volevo segnalare. Il tutor non emette diagnosi, ma spetta al tutor arrivare a formulare un giudizio avvalendosi di diagnosi altrui per procedere a stipulare un contratto con la famiglia.

Secondo punto importante: distinzione tra l'intervento del tutor, intervento di difesa, e un intervento di cura.

Non c'è cura senza diagnosi. Il tutor non formulando una diagnosi neanche cura. Però noi vediamo che soprattutto nel bambino, nei bambini tutelati da un tutor avviene che il bambino che non ha domandato l'intervento del tutor, così come un bambino di solito non domanda esplicitamente una cura — a volte sì — ma il bambino malato è fortunato se ha dei genitori che lo inviano da qualcuno. Se un bambino è malato e non è handicappato, di solito questo avviene, i genitori lo segnalano. Il bambino che viene inviato da un tutor inizialmente può essere anche diffidente: il caso di Moreno Manghi ne era un esempio. I bambini che hanno già praticato gli studi degli psicologi, sanno dei trattamenti psicologici. Qui c'è Carmelo Greco che ha una lunga esperienza in questo senso: lavora con bambini che frequentano da anni gli studi degli psicologi e questi bambini conoscono il prontuario, sanno anche spiegare ai più giovani, su come bisogna fare con lo psicologo: lo psicologo non parla, tu non parli, e dopo mezz'ora è tutto finito. Quando poi certi bambini ottengono due psicologi, perché certi bambini ne ottengono addirittura due, saranno loro stessi a dire «con uno parlo, con l'altro vado avanti a calci».

Bene, i bambini sono diffidenti: «Non sarà l'ennesimo psicologo?». Il tutor che prende le difese del bambino viene a un certo momento scelto dal bambino stesso. E capita che inizi a raccontare, a dire, a volere un rapporto, a volere tornare lì, a volere andare dal tutor, andare personalmente. Cosa dobbiamo dire in questo caso? Che si è passati a una psicoterapia? Noi abbiamo escluso che ci sia psicoanalisi infantile. La cura è della malattia, ma la psicoanalisi è quella tecnica adatta a trattare la malattia nella nevrosi.

...non è costruito attivamente per la difesa quell'apparato che l'ha fatto passare alla psicopatologia, tanto da richiedere questa felice tecnica che è la psicoanalisi. Il bambino dice ed è pronto, facilitato da un curante, che ha da essere psicoanalista, che deve avere le competenze di un analista. Il bambino è pronto alle domande o alle sollecitazioni o alle interpretazioni dell'analista. Ma non sta facendo un'analisi. Sta riprendendo l'orientamento che si era smarrito del suo pensiero. Non c'è psicoanalisi infantile. Allora recuperiamo la parola psicoterapia, visto che è qualcosa di generico, e diciamo che allora il bambino farà una psicoterapia? Manteniamo la parola più neutra, ma precisa, che è cura, cura della malattia. Io concluderei così questo problema: il tutor che ha le competenze di un analista viene riconosciuto da un bambino malato e il passaggio che avviene a una cura non è la fine del lavoro del tutor e l'inizio di un altro lavoro, perché le altre mansioni del tutor, cioè la difesa del bambino verso l'esterno, verso gli altri, soprattutto la scuola, i genitori stessi, vengono mantenuti. Ma il tempo dedicato al bambino assumerà in certi periodi, a volte a cicli, a serie di appuntamenti, più importanza.

Ma allora è il tutor che ha una competenza da psicoanalista. Su questo poi apriamo una discussione.

Quanto alla scuola, nel caso presentato da Angela Cavelli c'era addirittura la documentazione. L'insegnante di sostegno è il punto su cui molto spesso coloro che ricevono un incarico di tutor si imbattono. Occorre o non occorre l'insegnante di sostegno? Dalla documentazione, prima di Nietta e poi di Angela Cavelli, si nota che insegnante di sostegno vuol dire giudizio di persona handicappata sul modulo del Provveditore. Non c'è indicazione per l'insegnante di sostegno che non corrisponda alla formulazione, all'individuazione medica. Questo bisogna saperlo, al di là della bravura o meno dello specifico insegnante di sostegno. Quindi, nei casi in cui l'handicap è soltanto in prospettiva, c'è un rischio di handicap, ma non

c'è l'handicap l'insegnante di sostegno non si indica. È chiaro che poi bisogna valutare le cose caso per caso e ancora una volta sarà in supervisione che questo verrà chiarito.

Il secondo punto di difficoltà relativo all'insegnante di sostegno è questo: che, per come vanno le cose, al di là della bravura individuale dell'insegnante specifico, per una devianza — come diceva Nietta Aliverti — riguardo alla scuola, i bambini vengono deviati verso l'handicap. Accade che l'intervento dell'insegnante di sostegno, per ridurre la complessità dell'insegnamento, cambi programma. Accade che il bambino in seconda elementare, quinta elementare, prima media, terza media, anche alle superiori, invece di avere un sostegno da parte dell'insegnante di sostegno per svolgere il suo programma, otterrà un altro programma che di solito è non una facilitazione, neanche una semplificazione della complessità, ma è un ritornare alle prime basi dell'insegnamento, cioè è una ripetizione di anno in anno, dell'ultimo anno di scuola materna e dei primi due anni di scuola elementare. Capita che un bambino che ha avuto l'insegnante di sostegno per anni ripeta per anni e anni gli stessi esercizi. Quindi c'è un aspetto di noia, cioè di ripetizione di anno in anno delle stesse cose, e di presa in giro.

L'insegnante di sostegno può essere utile nel sostenere un bambino, un allievo in difficoltà, a realizzare e a seguire quel programma, non un altro programma. In questo caso un tutor, anche non insegnante, ma se insegnante con molta più efficacia, può essere utile. Il tutor in quanto tale non deve dare indicazioni all'insegnante sul programma, ma se un tutor è anche insegnante può intervenire presso le insegnanti, in questo senso, a beneficio dell'insegnamento stesso.

Handicap e cura si escludono. Capita che vi siano ragazzini — anche quelli di cui si è parlato oggi — che abbiano a scuola l'insegnante di sostegno, e che vengano mandati dallo psicologo. L'individuo che è considerato handicappato è per definizione senza futuro. L'assenza di futuro esclude una qualsiasi cura.

La donna di 28 anni di cui parlava Giulia Contri è stata una bambina segnalata fin dalla scuola materna per l'insegnamento di sostegno, che ha trascorso tutti gli anni scolastici con l'insegnante di sostegno, quindi handicappata, e che a partire dalle medie per un primo tentativo di suicidio, dimostrativo, molto blando, ha iniziato una psicoterapia. Da allora più volte quando decideva di farsi ricoverare realizzava un tentativo di suicidio. Quindi procedeva su due binari. Da un lato l'handicap, dall'altro la psicopatologia. Per i genitori handicappata, per lo psichiatra una persona con un ritardo, ma con psicopatologia. La ragazza stessa oscillava muovendosi su un piano o sull'altro. La conclusione è stata l'inserimento in un Centro Socio-educativo per handicappati.

È risultata dal punto vista psicopatologico incurabile ed è stata inviata a un CSE per handicappati. È stato allora invece che si è individuato in lei una persona che aveva delle competenze, che esercitava infantilmente, cioè si difendeva in modo infantile, e dopo diverso tempo di frequenza di un Centro a tempo parziale, proprio per segnalare che non si tratta di handicap, è stata dimessa per uscita dall'handicap, nel senso che la ragazza stessa, giovane donna, aveva ripreso a riprospettare un futuro. È a questo punto che eventualmente una cura potrebbe diventare pensabile e desiderabile dalla persona stessa. Ma finché c'è handicap — che può essere segnalato dall'esterno — non c'è possibilità di cura.

© Studium Cartello – 2007

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