

movimento cooperazione educativa

mce

informazioni

numero tre • marzo 1976

mensile • anno VIII

zione dell'handicappato, creano più problemi, più di quanti ne risolvano, ma da noi la critica era rimasta teorica.

Se non ci fosse stata la spinta degli interessati, noi altri medici saremmo rimasti a discutere nella Università, molto soddisfatti del livello accademico della discussione.

Si è detto che è troppo tardi iniziare in età scolare: è esatto. E' troppo tardi, perché in quel momento, si portano i bambini ad un impatto immediato con la struttura scolastica in cui ci sono certe regole, certi limiti di spazio, di tempo, di metodologia e l'insegnante è costretta a far fronte a queste difficoltà.

Se il bambino viene inserito nell'ambiente normale a partire dalla scuola materna, dagli asili, il discorso è estremamente più semplice. Tuttavia, troviamo dei Direttori Didattici disponibili e incominciamo a portare questi bambini nella scuola normale. Ma come presentarli? Sorsero molte obiezioni: ne cito alcune: non saranno pericolosi? Non influenzeranno negativamente gli altri? Erano perfettamente convinti di affrontare problemi importanti e noi come tali li abbiamo accettati. (Dateci un curriculum dei bambini in cui noi possiamo trovare i dati per impostare un'azione educativa).

Quale aiuto può dare uno psicologo e un neuropsichiatra agli insegnanti? Io non lo so, so soltanto che se si continuano ad applicare le metodiche che sono in uso nella psicologia, l'aiuto che si può dare è nullo.

Quando si esamina un bambino da un punto di vista psicologico, si sottopone a delle prove cosiddette test. Il test è una prova standardizzata, con certi tipi di risposte. Secondo le risposte viene assegnato un punteggio, quindi c'è quantificazione delle prestazioni del bambino. Il punteggio è stato costruito proprio tenendo conto di quelle che sono le risposte della popolazione media. Se noi andiamo ad applicare un test ad una popolazione come ad esempio quella della città di Roma, noi vedremo una grossa caduta nelle prestazioni, quindi comparsa dei sintomi tipo di insufficienza mentale in bambini che provengono da ambienti socio-culturali carenti per esempio dal punto di vista linguistico o dove non c'è l'abitudine a ragionare in termini astratti. Allora noi corriamo il rischio di dare un quoziente intellettivo basso a persone che hanno invece un'intelligenza elevatissima. Per non parlare degli spastici i quali, per intenderci, sono persone che hanno avuto una lesione cerebrale.

Ci sono degli spastici che non sono in grado di produrre movimenti corretti ma ce ne sono di quelli che hanno difficoltà nella percezione visiva. Se questi soggetti vengono sottoposti ai tests, il test non dà assolutamente risultati utili. Quindi l'applicazione di un test a qualsiasi bambino assistito dal centro handicappati dà dei risultati che non hanno nessuna validità scientifica. Bisogna impostare perciò diversamente il problema.

Se si vuole valutare una persona, la si deve vedere giorno per giorno, nei rapporti quotidiani, ripetuti nell'ambiente scolastico, ripetuti per tutto l'anno. Per conoscere i bambini bisogna che gli insegnanti stiano loro insieme.

Gli insegnanti di Lecce, lo hanno capito e ora, al centro, non c'è più nessun bambino. Che tipo di bambini abbiamo inserito? C'è una bambina di nome Anna, non parla, non muove le gambe e le braccia, ce ne sono almeno cinque come questa; ci sono dei bambini che muovono le braccia, ma che non sono in grado di fare movimento secondo la loro volontà; abbiamo bambini sordomuti e ciechi. Ci sono bambini che hanno la testa molto più piccola del normale, altri che hanno la testa più grande, ci sono dei bambini che hanno crisi epilettiche per cui cadono a terra ogni tanto.

Da quattro anni, sono stati tutti inseriti, chi era nella scuola materna ora è nella scuola elementare e nessuno è tornato più indietro. Mentre in un primo tempo gli insegnanti, i direttori didattici, i bidelli erano intimiditi di fronte a questi bambini, attualmente questa timidezza è finita, perché hanno scoperto che si può reagire con il ragazzo handicappato esattamente come si reagisce con il ragazzo normale. Tutte le volte che si vuole stabilire con il ragazzo handicappato un rapporto di privilegio, in realtà, tutto ciò che si fa suona falso.

Non esiste un atteggiamento che derivi da una conoscenza tecnica, l'atteggiamento è l'atteggiamento diretto tra persone che si vogliono comprendere. Ci sono stati dei casi in cui le maestre hanno detto: «Dottore, qui o se ne va lui o me ne vado io». Cioè di insegnanti che si sono trovati in difficoltà.

Questo succede perché l'insegnante forma nella classe un contesto di valutazione selettiva che si porta dentro di sé e che si riflette sui bambini. L'insegnante che non tollera certi atteggiamenti è la conseguenza di una educazione repressiva che la porta a non tollerare i movimenti del bambino handicappato. L'insegnante troppo preoccupata del rendimento, che sa tutto sulle tecniche avanzate, non tollera che il ragazzino non impari. Poi ci sono le insegnanti che invece hanno ottenuto dei risultati che noi come medici ce li potevamo sognare.

Relazione della dott.ssa Antonietta BERNARDONI dell'MCE di Modena

Io parlo a nome del gruppo nazionale per la gestione sociale della salute mentale aderente al Movimento di Cooperazione Educativa e a nome dell'Attività Terapeutica Popolare che si svolge nel quartiere di San Faustino a Modena.

Oggi qui siamo in molti del quartiere di San Faustino e nessuno di noi opera direttamente nel campo scolastico.

Il discorso che noi portiamo avanti ha incontrato veramente molte difficoltà perché ci ha condotti ad una critica molto severa alla psichiatria, psicologia e psicanalisi; noi siamo in polemica anche con coloro che oggi vengono considerati i più avanzati.

Noi riteniamo che l'ospedale psichiatrico debba essere veramente abbattuto, ma non dai direttori degli ospedali stessi, che fanno gli avanzati ma hanno bisogno di conservare i loro privilegi, questa è la posizione che ci ha creato tanta ostilità, ma anche tante amicizie di lotta.

Ora ci sono le équipes medico-psico-pedagogiche che dopo aver fatto l'esclusione, vogliono fare l'inserimento. Noi non siamo persone che allo sbaraglio, perciò ci rendiamo conto della nostra forza, che è minima in confronto alla loro, ciononostante, noi lavoriamo in un quartiere e inseriamo i bambini con l'aiuto dei genitori e con l'azione terapeutica dei bambini stessi.

I « grandi scienziati » dicono che questo inserimento a volte è inutile perché danno maggiore preponderanza ai fattori biologici ereditari. Pur senza negare l'importanza dell'ereditarietà, bisogna riconoscere l'uomo come oggetto biologico e come soggetto storico. Noi valorizziamo l'uomo come soggetto storico e questo comporta che anche valorizziamo la sua salute di oggetto biologico e non neghiamo i nessi che ci sono con l'ereditarietà. Noi sappiamo che persino le pochissime malattie ereditarie non si sviluppano se vengono scoperte precocemente e quindi diventa decisivo l'ambiente. Nel nostro quartiere bambini di dieci anni possono essere coordinatori.

Bisogna fare un esame critico sul ruolo dell'attività del medico e dello psichiatra in particolare, in quanto la soluzione dei problemi non può venire dai tecnici ma dalla mobilitazione delle organizzazioni dei lavoratori. Leggerò alcuni punti su cui s'impenna l'attività terapeutica popolare. Dal '49, quando non mi fu possibile accettare la concezione dell'uomo quale propongono i trattati di psichiatria, cominciai ad esercitare questa critica che oggi è portata avanti da molte persone di varie estrazioni sociali. Noi vi facciamo questa proposta: lo studio della solidarietà umana e della qualità della vita. Uno studio che vorremmo portare avanti in maniera metodica e collegata. Fino ad oggi non ci si è mai proposti in maniera esplicita e deliberata di promuovere, raccogliere, documentare, confrontare e trasmettere con il massimo di rigore scientifico modalità ed episodi di solidarietà popolare, di aiuto reciproco e di valorizzazione della personalità umana, episodi che si sono sempre verificati in seno alle masse lavoratrici. Noi ammettiamo che la solidarietà è sempre esistita, ma vogliamo studiarla scientificamente, viverla in prima persona, dedurne delle regole generali che ci possano permettere di farci promotori di questa solidarietà. Poiché non sono mai stati raccolti in maniera metodica, tali episodi di solidarietà non sono stati oggetti di ricerca scientifica e sono perciò rimaste insospettite le linee di tendenza, le potenzialità evolutive e anche la forza critica di ciascuno di

essi nei confronti delle false scienze della personalità e del comportamento, quali la psichiatria, la psicanalisi, la psicologia.

Diciamo falsi o falsificanti gli studi sulle attività nervose superiori in quanto vengono resi avulsi dal contesto sociale.

Nel quartiere è estremamente importante indagare sulle situazioni ambientali e sociali, come dimostra il caso di Antonio, un ragazzo di 14 anni, figlio di madre nubile, i cui problemi non sono stati risolti con l'internamento in istituto come da più parti si voleva, ma indagando sulla sua situazione familiare e scolastica attraverso la collaborazione di 50-100 persone del quartiere. Noi quindi riconosciamo un valore scientifico allo studio completo di situazioni concrete a livello microsociale perché a livello di grandi massa non possediamo gli strumenti adatti a tali elaborazioni. Riteniamo che l'attività terapeutica popolare abbia davanti a sé due compiti immani: da un lato sconfiggere per sempre le false scienze del comportamento (psichiatria - psicanalisi - psicologia) al servizio della classe dominante, dall'altro il compito di raccogliere dalle masse perché possa espandere e fruttificare in forma scientifica, il seme rappresentato dall'aiuto e dalla valorizzazione reciproca, che, sia pure in forme pre-scientifiche, sempre gli sfruttati si sono scambiati tra di loro, in attesa dei giorni che creeranno le condizioni preliminari perché i rapporti tra gli uomini possano diventare razionali e trasparenti.

Ma, oltre ad occupare per intero lo spazio finora occupato dalle false scienze, oltre ad accogliere e fare fruttificare il seme della solidarietà proletaria, della valorizzazione reciproca fra lavoratori, l'attività terapeutica popolare ha oggi il compito di promuovere gradualmente l'appropriazione a livello di massa delle conoscenze relative all'attività nervosa superiore, nonché quello di esercitare una vigilanza e un controllo collettivo il più ampio e rispettoso possibile sull'attività dei tecnici della salute fisica e dell'educazione, operando affinché una parte sempre più consistente di conoscenze scientifiche, mediche e pedagogiche, possa gradualmente venire acquisita da una percentuale sempre più elevata di cittadini, i quali saranno messi in condizioni di collaborare sempre più e meglio con i tecnici della salute.

Con questo noi non siamo contro i tecnici della salute, ma contro l'uso delle scienze che molti di loro attuano. Nel nostro quartiere non c'è nessuno che si comporti da tecnico, tutti siamo tecnici e nessuno lo è, perché siamo tutti terapeuti se sappiamo avvicinarci nella maniera giusta ai problemi degli altri. L'attività terapeutica popolare, avendo oggi identificato l'oggetto della propria pratica e della propria teoria, sta cominciando a diventare una scienza concreta. La psichiatria, psicanalisi, psicologica, false scienze al servizio dell'oppressione, non possedendo un proprio reale oggetto di indagine sono state costrette a inventarselo creando le entità astratte e indimostrabili dell'inconscio, della psiche, nonché della malattia mentale, ma queste false scienze saranno ben presto costrette a cedere il campo, certo non senza la resistenza più

accanita a causa dei privilegi socio-economici che comportano, all'attività terapeutica popolare, la nuova scienza gratuita, collettiva, concreta, continuativa, reciproca, che possiede un oggetto di ricerca tangibile, le qualità della vita quotidiana di ciascuno, esplorabile con mezzi che possano non solo portarci a rilevare oggetti inconfutabili ma anche ad indagarne rigorosamente le caratteristiche e le linee di tendenza, le potenzialità evolutive. Cosa intendiamo per attività terapeutiche popolari? L'attività terapeutica non è un atto medico: terapia significa: avere cura di qualcuno, con molto rispetto. Non c'è implicita nella parola terapia quella superiorità che la classe medica le attribuisce: terapeuti siamo tutti; riconosciamo che a volte la terapia richiede conoscenze specifiche, ma non riconosciamo in alcun modo valore medico a psichiatria, psicanalisi, psicologia. La psichiatria è nata negli ospedali psichiatrici, cioè osservando persone che erano già da tempo ricoverate, che avevano già subito gli effetti della detenzione nel lager psichiatrico. Gli scopi dell'attività terapeutica popolare sono i seguenti:

- liberazione e valorizzazione, per quanto oggi è possibile, della personalità di ogni singolo partecipante;
- promozione della solidarietà popolare in ogni forma che l'inventiva e la generosità proletaria sapranno oggi scoprire;
- soluzione di quei conflitti interpersonali che noi denominiamo conflitti aggiuntivi, ossia eliminabili in quanto possono essere superati mediante critica, autocritica ed esame completo a livello microsociale di situazioni concrete in vista di una loro trasformazione con l'aiuto degli altri, non solo con la frequenza nel quartiere: ognuno mette a disposizione il tempo che possiede per studi teorici e interventi concreti. La maggioranza di noi fa un'attività politica generale e quindi i grossi problemi vengono affrontati nelle organizzazioni sindacali e politiche, culturali, ricreative dei lavoratori. Nel quartiere vengono affrontati soltanto problemi di piccoli gruppi familiari o a livello personale, individuale;
- smascheramento della psichiatria, psicanalisi e psicologia, quali strumenti di svalorizzazione della personalità umana in quanto, come detto precedentemente, gli psichiatri, anche se si danno una veste progressista, nei fatti tendono a mantenere i loro privilegi. Inoltre, svalutando quelle tesi psicoanalitiche sull'incomunicabilità, sull'inconscio che non conosciamo, facciamo il gioco del capitale e noi infatti stiamo per pubblicare degli scritti dal titolo « non l'inconscio, ma il capitale ».

L'attività terapeutica popolare conduce una lotta per la realizzazione del diritto alla salute mediante la diffusione delle conoscenze fondamentali relative all'attività nervosa superiore e al corpo umano sano e malato con particolare riguardo alla prevenzione delle malattie e alla salubrità dell'ambiente. Non parliamo di psiche: a chi va bene il concetto di psiche? Non va bene né al cattolico, né al marxista, in quanto il marxista fa riferimento alla

attività nervosa superiore in quanto pone il soggetto in rapporto dialettico con gli uomini, col mondo della storia e della natura, mentre il cristiano crede nell'esistenza di un'anima soprannaturale che non è la psiche. A che dunque si deve la tenace sopravvivenza del concetto anticristiano e antiscientifico di psiche? E' dovuta al fatto che sul concetto di psiche sono basate le false scienze di psichiatria, psicanalisi, psicologia, scienze false ma preziose per lo sfruttatore che ha interesse a imputare i disturbi del singolo al singolo stesso, evitando la critica a un tipo di società che gli concede tanti privilegi. Noi siamo disponibili a discutere queste affermazioni che verifichiamo costantemente, perché ci rendiamo conto della difficoltà di comprensione di questi concetti da parte di coloro che non ne vivono quotidianamente la contraddittorietà.

Le caratteristiche degli scopi dell'attività terapeutica popolare sono fondamentalmente cinque:

- gratuita
- collettiva
- concreta
- continuativa
- reciproca

Gratuita perché siamo contro la compra-vendita della solidarietà umana, l'aiuto umano deve essere un valore d'uso e non un valore di scambio.

Collettiva perché appartiene a una collettività nel suo complesso e nessun membro di questa è in grado di esercitarla singolarmente.

Concreta per l'attenzione rivolta agli aspetti materiali della vita e ai rapporti interpersonali di potere e di forza, espliciti o dissimulati.

Continuativa in ogni momento, il compagno in difficoltà conosce il luogo dove altri compagni vigilano, pronti ad offrirgli l'aiuto che gli è necessario.

Reciproca: chi aiuta viene al tempo stesso aiutato. Se il ruolo di chi aiuta e il ruolo di chi viene aiutato non sono reciproci e interscambiabili, l'« aiuto » non sarà che un processo di colonizzazione mascherata.

Relazione del Gruppo di SAVONA

Presenti i rappresentanti dell'Unione contro l'emarginazione sociale, del Movimento di Cooperazione Educativa, alcuni genitori e insegnanti.

Il gruppo promotore del COMITATO UNITARIO PER L'INTEGRAZIONE DEGLI HANDICAPPATI discute il programma d'intervento a livello comprensoriale savonese, sulla base del documento finale scaturito nel convegno « Inserimento degli handicappati nella scuola e nella società » tenutosi a Savona il 19-20 aprile 1975.