

AIMC CIDI FADIS-APISMO MCE PROTEO FARE SAPERE

Seminario di aggiornamento per docenti e dirigenti scolastici

Martedì 2 ottobre 2001

Aula magna ITI Corni, via Leonardo da Vinci, MODENA

## UNA PILLOLA DI TROPPO PER UNA DIAGNOSI DI TROPPO Medicalizzazione o pedagogia?

Presiede Cinzia Principi, Presidente di ProteoFareSapere Emilia Romagna con il contributo di:  
Assunta Barbieri per APIS-MO  
Contri Cristina per MCE,  
Marchi Dimer per CIDI,  
Giuseppina Caselli per AIMC,

### Relatori

**Valeria Bocchini** insegnante per il sostegno Scuola Media Statale “Cavour” Modena  
Pedagogia della Gestione Mentale: Progetti di senso e atto attentivo.

**Ermanno Tarracchini** insegnante per il sostegno Scuola Media Statale “Cavour” Modena  
Valorizzare le scienze pedagogiche: dialettica della “Gestione Mentale” e della “Gestione Sociale”  
dei problemi di attenzione e di (iper)attività e...di altri ancora.

**Claudio Ajmone**, psicoterapeuta, presidente OISM (Osservatorio Italiano Salute Mentale):  
“ADHD uso ideologico della diagnosi e dei farmaci”

**Raffaele Iosa** ispettore, responsabile nazionale dell’osservatorio integrazione alunni disabili  
Ritalin: metafora dell’incapacità della società di risolvere il disagio dei ragazzi

**Camillo Valgimigli** psichiatra, psicoterapeuta  
Psicofarmaci e bambini: le scorciatoie in risposta ai disturbi del comportamento infantile.  
I Davide della pedagogia contro i Golia della NPI dell’età evolutiva

Conclusioni: Omer **Bonezzi**, presidente nazionale Proteo Fare sapere.

---

Appello del convegno

*“Si alla mobilitazione pedagogica del pensiero  
No all'abuso di farmaci per i bimbi "vivaci e disattenti”*

- Per contribuire al dibattito sui rischi legati all'introduzione del Ritalin nelle farmacie italiane (e quindi nelle scuole), quale terapia farmacologica della cosiddetta "Iperattività o sindrome da disturbi dell'attenzione", riteniamo importante spiegare le ragioni pedagogiche e scientifiche della nostra ferma opposizione all'uso di farmaci che alterino pericolosamente la chimica del cervello, quando esistono efficaci teorie e pratiche pedagogico-didattiche in grado di contribuire al superamento di tali difficoltà (tra cui la "Gestione mentale" di A. De La Garanderie), onde evitare la psichiatizzazione permanente dei bambini.

Infatti, non basta dire al bambino irrequieto e distratto, "Stai fermo, stai attento!" Occorre spiegargli cosa deve fare per prestare attenzione, (cioè, secondo la teoria e la pratica della gestione mentale, insegnargli ad evocare con maggiore consapevolezza: osservare per rivedere mentalmente o ascoltare per riascoltare mentalmente). Occorre insegnargli, soprattutto, a "muovere il pensiero" per incanalare nella direzione giusta le sue energie, secondo un suo progetto di ricerca di senso, logico o creativo, che lo renda più autonomo e padrone del suo movimento e delle sue relazioni spazio-temporali con l'ambiente circostante.

Con la diffusione delle tecnologie multimediali, il bambino, bombardato da stimoli percettivi e poco "ascoltato" dagli adulti, non ha il tempo di evocare e di memorizzare, non impara a riflettere e non ha il tempo di immaginare già, durante la percezione di un oggetto, le azioni e le possibili conseguenze implicate nel suo uso o nelle sue relazioni con il mondo circostante, cioè non ha il tempo di interiorizzare l'azione.

La stigmatizzazione psichiatrica messa in atto nei confronti delle difficoltà del bambino con la diagnosi di "Iperattività e/o sindrome da disturbi dell'attenzione", in sigla "ADHD", oltre a sottrarre il bambino alle cure parentali dirette, maschera, a nostro parere, un disagio che dovrebbe essere innanzi tutto un problema di pertinenza pedagogica e di pertinenza pediatrico-neurologica solo in quei casi in cui sia scientificamente provata una compromissione neurologica o, comunque, organica.

Crediamo che, si possa promuovere una riflessione etica e deontologica ed una nuova ricerca, pratica e teorica che, valorizzando le loro competenze professionali, permetta agli insegnanti, sia di riappropriarsi delle loro capacità d'ascolto e delle loro capacità "terapeutiche" (terapeutiche nel senso etimologico della parola, cioè "prendersi cura di..."), sia di attrezzarsi di nuovi e più efficaci strumenti pedagogici atti a ridurre l'automatismo della delega ed il rischio di psichiatizzazione delle difficoltà d'apprendimento e d'integrazione.

La ripresa di una rigorosa ricerca e sperimentazione pedagogico-didattica, potrebbe valorizzare la potenziale capacità della scuola di mettere in atto una prevenzione ed una metodologia didattica delle difficoltà d'apprendimento che arricchirebbe l'offerta formativa, della scuola stessa, di una nuova lettura pedagogica di tali difficoltà. Una lettura che offrirebbe al bambino ed ai suoi genitori maggiori garanzie di correttezza sia nel momento della diagnosi che in quello dell'individuazione degli interventi di recupero e che, anziché mirare alla "stupefacente" stimolazione/immobilizzazione farmacologica dell'attività mentale, miri soprattutto alla "mobilitazione" pedagogica del pensiero logico e creativo del bambino -

Omer Bonezzi, Presidente Proteo Fare Sapere  
Luciano Corradini presidente UCIIM  
Bruno Forte presidente AIMC  
Raffaele Iosa, Resp. Osservatorio Integrazione alunni H. - Ministero  
Pubblica Istruzione  
Guido Pesci, Presidente A.N.P.E.C.  
Nicola Quirico, Presidente F.A.D.I.S.  
Gabiella Romano, Segretaria M.C.E.  
Armando Rossini, Presidente A.N.D.I.S.  
Alba Sasso, Presidente C.I.D.I.  
Mario Tortello pedagoga Università di Torino  
Camillo Valgimigli , medico psicoterapeuta Modena...(continua)

---

Cinzia Principi: Introduzione ai lavori della giornata: Dal TG2 serale del 29/08/2001

“Talvolta i bambini fanno davvero saltare i nervi ma questa notizia che arriva dagli Stati Uniti è proprio sconcertante: tranquillanti a scuola per tener buoni gli studenti più irrequieti. Ma come sono buoni questi bambini, buoni, attenti e studiosi, ma più che buoni alcuni di loro sono po' impasticcati. Le mammine hanno somministrato loro un farmaco che si chiama Ritalin anti ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) che ha il potere di far stare tranquillo un bambino a scuola. Basta una pasticchina ogni due ore, ma adesso sta arrivando una pasticcona che farà stare attenti per sei ore. E lo stereotipo della famiglia americana tutta serenità in compresse viene pubblicizzato sulle riviste mediche. Contenta la mamma, fiero il papà, studiosi i bambini felici anche il cane e il gatto. Tutto merito dunque del Ritalin un'anfetamina che eccita il sistema nervoso e forse di per sé non è nociva, però lo diventa quando se ne abusa e molti ragazzini e ragazzine lo fanno, presentando al farmacista la falsa ricetta medica o rivolgendosi ai coetanei che di fatto diventano spacciatori. Si perché queste pastiglie sono droghe anche se in gergo sono chiamate dai teenagers con un nome innocuo Pineapple, cioè ananas. E non esiste soltanto il Ritalin ci sono almeno altri cinque preparati che assicurano gli stessi effetti più o meno. Negli ultimi cinque anni le loro prescrizioni sono aumentate in America del 37%. La polemica infuria sulla stampa dopo le proteste di molti consumatori che temono effetti collaterali gravi. Si questi bambini diventeranno pure più studiosi ma che cosa succede in realtà nelle loro testoline?”

---

## Uso ideologico della diagnosi e dei farmaci

Dott. Claudio Ajmone, Psicologo  
Presidente “Osservatorio Italiano sulla Salute Mentale”

Il disturbo d'attenzione e iperattività, acronimo ADHD in inglese e DDAI in italiano, colpirebbe non solo i bambini ma anche gli adulti. Si ritiene che il 70% dei bambini con l'ADHD, in età adulta,

continuino a manifestare il disturbo d'attenzione AD mentre l'iperattività HD scompare. E' sostenuto che tale disturbo ha una base genetica ereditaria. La tesi che va per la maggiore afferma che esso è la manifestazione di uno squilibrio chimico nel livello di dopamina, un neurotrasmettitore implicato nella trasmissione delle informazioni tra i neuroni. La diagnosi e il trattamento sono fatti a partire dal primo anno di vita. Attualmente il Ritalin, droga utilizzata nel 90% dei trattamenti, è somministrata a tempo indeterminato alle persone diagnosticate. E' "efficace" nell'80% dei casi, per il 20% dei refrattari s'ipotizza che abbiano un'anomalia genetica che li rende non compatibili. Sono in corso ricerche genetiche per recuperarli. Si tratta di bambini disattenti, vivaci e impulsivi, sono diagnosticati prevalentemente i maschi. L'American Psychiatric Association afferma che l'incidenza statistica del disturbo è del 3-6% ma in molti Stati ha ormai superato il 20%, ci sono classi dove il 50% degli scolari è sotto farmaco. In Italia si stima che l'incidenza sia del 7%. I bambini sono il futuro dell'umanità, dobbiamo dedicare a loro la massima attenzione e cura, un dovere che va assolto con amore e rispetto per chi da noi dipende in tutto ed è indifeso. Da sempre i bambini pongono problemi agli adulti, è un fatto fisiologico alla crescita umana che richiede alla famiglia, alla scuola e alla società la capacità di comprendere e di aiutare in termini pedagogici e con la massima onestà intellettuale. Tutto questo sembra oggi messo in discussione osservando l'atteggiamento e i comportamenti delle agenzie sociali che di loro si occupano a vario titolo. Chi non si conforma alle regole sociali, chi disturba e pone problemi, non è più tollerato. La repressione trova allineati, per motivi diversi, genitori, insegnanti, psichiatri, psicologi, Ministeri della Sanità, legislatori, giudici, case farmaceutiche e tante altre agenzie. Negli USA stanno aumentando i casi di TSO fatti su bambini che si comportano male a scuola, e i cui genitori sono contrari a dar loro gli psicofarmaci. La situazione in America è molto grave e le famiglie sono esasperate, incominciano a rivolgersi ai tribunali per difendersi. Ovunque è arrivato il Ritalin si è creato un mercato nero incontrollabile, questa droga è molto ricercata perché ha effetti simili alla cocaina. Comprata regolarmente il costo a pastiglia è di 25-50 cents, sul mercato nero 3-15 dollari. In America è la droga più usata dai giovani a scopo ricreativo, viene rubata nelle farmacie e nelle scuole. Ora vi è una pillola il cui effetto dura tutto il giorno, risolve alcuni problemi pratici e ne incrementerà l'uso. Il Ritalin è ora commercializzato anche nel nostro paese e i timori che anche da noi accada quanto sta accadendo altrove sono legittimi. E' una droga più potente della cocaina ed è da noi classificata nella tabella I degli stupefacenti, con l'LSD, l'eroina, gli oppiacei ecc. Lentamente si sta aprendo un dibattito, ci si sta interrogando per capire cosa fare. Riporto due autorevoli voci di dissenso:

Ø Ø (ANSA) - TRIESTE, 11 MAGGIO 2001- «Lo psicofarmaco ai bambini in rapporto a comportamenti, a difficoltà di socializzazione, allo stare nella realtà, è uno strumento che crea un'aspettativa mal riposta e sicuramente tragica": lo ha detto Giuseppe Dell'Acqua, direttore del Dipartimento di salute mentale di Trieste e "erede", con Franco Rotelli, di Franco Basaglia. "Il mio no è assoluto - ha spiegato Dell'Acqua - perché si vuole delegare a una pillola quelle che sono in molti casi difficoltà legate a un fallimento familiare, sociale, di vita insomma. Certo - ha proseguito - non si può fare di ogni erba un fascio. Ci sono bambini e adolescenti che stanno male davvero, con vere e proprie patologie, ma questo - ha detto ancora - è un discorso diverso. Imbrigliare chimicamente sentimenti, affetti, relazioni, curiosità sul mondo, è un fatto orribile, il fallimento di qualsiasi aspettativa di vita". "Già alcuni anni fa - ha ricordato Dell'Acqua - lo psichiatra Cassano, colui che ha "traghettato" in Italia il Prozac, aveva proposto di aprire nelle scuole un servizio psichiatrico a base di psicofarmaci per bambini e ragazzi iperattivi: un controllo chimico di ciò che "disturba" sotto la denominazione della prevenzione. Prevenzione da che? - ha chiesto Dell'Acqua - dalla vita? Con una pillola - ha rilevato - si vuole sottrarre qualsiasi valore a tutto ciò che a che fare con la morale, l'educazione, i sentimenti, i pensieri, le passioni, il vivere insomma. Con una pillola - ha affermato - si vuol far diventare un bambino o

un ragazzo definiti "difficili" dei bravi figlioli, che non disturbano, che amano Dio, patria e famiglia. Una vera e propria semplificazione, che porta all'omologazione degli individui. Si stanno consolidando anche in Italia, purtroppo, e da molti anni, la psicofarmacologia e la psicobiologia, l'idea che il farmaco sia la panacea di tutti i mali della vita, la qual cosa - ha concluso il direttore del Dipartimento di salute mentale - mi sembra una grandissima sciocchezza, fatti salvi i casi in cui ci sia una patologia psichica, un vero bisogno; ma questo non è il caso».

Ø Ø (ANSA) - ROMA, 11 MAGGIO 2001 -« L'approvazione dello psicofarmaco per bambini in Italia è una notizia che suscita 'grave preoccupazione'. È il parere di Massimo Cozza, coordinatore della consulta nazionale per la salute mentale. "Si tratta di un farmaco del quale è purtroppo ben conosciuto l'abuso devastante portato avanti negli ultimi anni negli USA - ricorda Cozza - e sul quale la stessa Hillary Clinton ha ordinato un'inchiesta del Governo, ancora in corso. Le modalità di azione di questo farmaco, ricorda Cozza, sono simili ad una droga stimolante e, come recentemente affermato dal Journal of the American Medical Association, non vi sono evidenze scientifiche sugli effetti prodotti. "Il pericolo maggiore che l'introduzione del farmaco in Italia potrà comportare - continua lo psichiatra - è un'utilizzazione impropria, con gravi danni per la salute fisica e psichica di migliaia di bambini". In pratica, secondo l'esperto, ci si trova di fronte al rischio che milioni di genitori, di fronte alla vivacità o alla svogliatezza dei propri bambini, chiedano una risposta farmacologica, come sempre più diffusamente succede negli USA, valutando in modo inappropriato normali comportamenti infantili, oppure senza affrontare e risolvere le dinamiche relazionali familiari che portano ai comportamenti da "eliminare". Nelle classi scolastiche del nostro Paese, spiega Cozza, in circa il 10% dei bambini sono segnalati dalle insegnanti problemi di iperattività, di attenzione o di svogliatezza, ma questi rappresentano nella stragrande maggioranza dei casi o una normale fase di sviluppo oppure un segnale di disagio dietro al quale vi sono cause ben identificabili. "Gli stessi comportamenti che dovrebbero costituire la cosiddetta sindrome da disturbo dell'attenzione e iperattività - aggiunge Cozza - bersaglio del farmaco, spesso rappresentano una reazione conseguente ad episodi di abuso sessuale, di maltrattamenti e di separazioni conflittuali da parte dei genitori. Tentare di eliminare un'importante componente di allarme e di segnale di disagio del bambino attraverso l'induzione biologica di tranquillità apparente rappresenterebbe nello sviluppo successivo un danno ben maggiore". "Invece di affidare ad un farmaco "miracoloso" la salute psichica dei nostri figli - conclude lo psichiatra - dovremmo portare avanti una maggiore attenzione alle problematiche della salute mentale dell'età evolutiva utilizzando in primo luogo gli strumenti psicologici e di intervento sociale, e realizzando su tutto il territorio nazionale i servizi previsti dal Progetto Obiettivo già varato in materia, ma ancora in gran parte inattuato.»

#### LA VERITA'

Ø Ø «Incontrovertible evidence is still lacking! Twenty years and 6 million patients after it's "invention" [ADHD], and incontrovertible evidence is still lacking!»  
[Dichiarazione di F.X. Castellanos rilasciata al "Readers Digest", Making Sense of Ritalin, autore John Pekkanen, gennaio 2000, pagina 158]

Possiamo credergli ad occhi chiusi, Castellanos non è un contestatore del sistema ma un ricercatore del National Institute of Mental Health, lui è il suo gruppo (e non solo loro) hanno

“scannerizzato” il cervello dei bambini è individuato l’atrofia cerebrale considerandola un marcatore biologico di questo disturbo. Si tratta di una delle tante ricerche da mettere nello “stupidiario della scienza.” Fu infatti appurato che il campione utilizzato (e non solo il loro) aveva assunto psicofarmaci a lungo termine prima dell’esperimento e che l’atrofia cerebrale è, purtroppo, un effetto collaterale dal Ritalin e altri psicostimolanti. La teoria dopaminica (la dopamina è un neurotrasmettitore) è una specie di formula magica che spiega diversi disturbi mentali compresa la schizofrenia ma è credibile tanto quanto quella dell’atrofia cerebrale e della causa genetica. E’ una malattia che non esiste, perché non provata, ma che deve esistere a tutti i costi, il gota della salute mentale si comporta come se esistesse e non teme le evidenze, è fiducioso che domani si avrà la prova dell’esistenza di questa malattia, dicono così da mezzo secolo. In verità per nessun disturbo mentale definito come malattia è mai stata data la prova scientifica della base organica.

Ø Ø In una ricerca “follow-up” del 1971, 83 bambini furono testati dopo un periodo di 2-5 anni dalla diagnosi di AD o HD, il 92% fu trattato con Ritalin. Questi i risultati:

- • Il 60% dei bambini erano ancora iperattivi e studiavano poco (la ragione per la quale veniva loro somministrato il Ritalin), ma in più erano diventati ribelli;
- • Il 59% aveva avuto qualche contatto con la polizia;
- • Il 23% erano stati portati ad una stazione di polizia una o più volte;
- • Il 58% aveva fallito uno o più gradi [scolastici];
- • Il 57% aveva difficoltà di lettura;
- • Il 44% aveva difficoltà con l’aritmetica;
- • Il 78% trovava difficile restare seduti a studiare;
- • Il 59% era considerato dalla scuola come un “problema disciplinare”;
- • L’83% aveva guai per le frequenti bugie;
- • Il 52% era distruttivo;
- • Il 34% aveva minacciato di uccidere i loro genitori;
- • Il 15% aveva parlato di suicidio o l’aveva tentato.

[Mendelson W., Johnson N, Stewart M. A., "*Hyperactive children as teenagers: A follow-up study*", Journal of Nervous Mental Disorders, vol. 153, 1971.]

Ø Ø Nel 1993 il Dipartimento dell’Educazione degli USA incarica Swanson (noto sostenitore della tesi biologica sull’ADHD e del Ritalin) di fare una ricerca sull’efficacia del Ritalin. Furono consultate 300 riviste, 900 articoli, spaziando su 55 anni di letteratura. Queste le conclusioni tenendo conto che egli intende per trattamento a breve termine un trattamento di 7-18 settimane:

1. I benefici a lungo termine non sono stati verificati sperimentalmente;
2. I benefici sul breve termine non devono essere considerati una soluzione permanente sui sintomi cronici;
3. Gli stimolanti possono migliorare l’apprendimento in alcuni casi e danneggiarlo in altri
4. In pratica le dosi prescritte possono essere troppo alte per l’effetto ottimale sull’apprendimento, e la durata dell’effetto troppo breve per agire sul risultato;
5. Non ci sono grandi effetti sulle abilità e processi superiori, genitori e insegnanti non devono aspettarsi significativi miglioramenti nella lettura o in abilità atletiche, abilità sociali, apprendimento di nuovi concetti

6. Nessun miglioramento negli aggiustamenti a lungo termine, insegnanti e genitori non devono aspettarsi miglioramenti nell'apprendimento scolastico o riduzione di comportamenti sociali.

Come si suole dire “la montagna ha partorito un topolino.” Che il Ritalin fosse inefficace era un dato noto e assodato già nella letteratura degli anni settanta, non si capisce il perché di questo delicato incarico conferito al Prof. Swanson.

Ø Ø «.....Solanto e Wender (tabella 2 ) scoprirono che una singola dose di psicostimolante causò una ‘overfocusing’ ossessiva nel 42% dei bambini. I bambini erano talvolta incapaci di interrompere l'esecuzione di un compito a loro assegnato. L'esibizione di OCD nei bambini che assumono stimolanti è tipicamente e erroneamente scambiata come "miglioramento". Se il bambino siede stoicamente sulla sua sedia in classe impegnandosi duramente a copiare ossessivamente con la penna ogni dettaglio del libro, l'insegnante considera questo un miglioramento. Se un bambini gioca incessantemente allo stesso gioco con il computer, i suoi genitori possono sentirsi sollevati dall'assenza del bambino. Infatti, come ha notato Borcharding, i genitori e gli insegnanti in particolare, quasi mai segnalano gli OCD come effetti avversi farmacindotti. Piuttosto, essi pensano che è un miglioramento. Ma l'OCD farmacindotto è una forma grave di disfunzione cerebrale. E' una involontaria ossessione che il bambino sovente non può arrestare. Esso rafforza l'isolamento sociale e non porterà ad un genuino apprendimento. Il capitolo 4 esamina più dettagliatamente come le reazioni avverse sono confuse con i miglioramenti nei bambini trattati con psicostimolanti....Anche la produzione di tics può diventare un problema serio. Questi stimolanti inducono movimenti anomali che generalmente sfigurano la faccia. Queste anomalie possono causare nel bambino uno sguardo strano e danneggiare la sua autostima e l'accettazione sociale. Ogni tanto i tics diventano permanenti. Borcharding, nel suo studio su 45 bambini, ha trovato una quota del 58% di tics e movimenti anomali. Come già detto, molti hanno sintomi compulsivi-ossessivi. Castellanos segnala un peggioramento dei preesistenti tics....» [Breggin, *Talking back to Ritalin*, 2001 ]

Effetti nocivi degli stimolanti comunemente considerati terapeutici o benefici (Breggin (1999b&c)

Ossessivi-Compulsivi	Ritiro Sociale	Soppressivi del comportamento
-Compulsiva persistenza in attività senza scopo (comportamento stereotipato o perseverativo).	-Socialmente appartato e isolato.	-Sottomesso in ambienti strutturati, socialmente inibito, passivo e sottomesso.
-Incremento di comportamenti ossessivi-compulsivi (es., rifare lavori senza fine in modo inefficace).	-Comportamento sociale generale smorzato.	-Triste, sottomesso, apatico, letargico, indolente, torpido, intontito, stanco.
-Rigidità mentale (perseverazione cognitiva).	-Ridotta comunicazione o socializzazione.	-Mite, emotivamente piatto, senza umore, senza sorriso, depresso, triste con frequenti pianti.
-Pensiero inflessibile	-Ridotta sensibilità verso i genitori e altri bambini.	-Mancanza di iniziative o spontaneità, curiosità, sorpresa o gioia.
-Eccessiva meticolosità o concentrazione.	-Incremento giochi solitari e diminuzione globale del gioco.	

Effetti nocivi causati da Ritalin, Dexedrine, Adderall e Stimolanti simili (Breggin (1999b&c))

Cardiovascolari	Palpitazioni, tachicardia, ipertensione, aritmia cardiaca, dolore toracico, arresto cardiaco
Mentali e Cerebrali	Mania, psicosi, allucinazioni, agitazione, ansia, nervosismo, insonnia, irritabilità, ostilità, Aggressione, depressione, sensibilità emozionale, pianto facile, ritiro sociale, sonnolenza, "ottusità", ridotta vigilanza, confusione, deterioramento mentale (cognitivo e apprendimento), zombi simile (comportamento robotico), comportamento con perdita di spontaneità emotiva, comportamento ossessivo-compulsivo, convulsioni, discinesie, tics, Tourette, abitudini nervose (es.: tirare i capelli o tormentare la pelle)
Gastrointestinali	Anoressia, nausea, vomito, gusto cattivo, mal di stomaco, crampi, bocca secca, stitichezza, Diarrea, anomalie del fegato ai test
Endocrine Metaboliche	Disfunzione pituitaria, incluso la distruzione dell'ormone della crescita e prolattina, perdita di peso, Soppressione della crescita, ritardo della crescita, disfunzioni sessuali
Altre Funzioni	Visone sfocata, mal di testa, capogiro, ipersensibilità all'esantema, congiuntivite, orticaria
Interruzione e Rebound	Insonnia, crollo serale, depressione, iperattività, irritabilità, rebound con peggioramento dei sintomi ADHD simili

Ci sono bambini ai quali sono somministrati fino a 4-5 psicofarmaci. Il Ritalin da tra gli effetti collaterali l'insonnia, per curarla si dà, ad esempio, la Clonidina, essa può causare depressione e allora si somministra il Prozac, questi può causare psicosi, allora si somministrano neurolettici antipsicotici. Vi lascio immaginare il risultato sul bambino dopo un po': psicosi e neurosi farmacindotte. Si fa uso anche di destroanfetamina, pemolina, metanfetamina, Adderall. I farmaci non eccitanti usati per il 20% dei bambini e adolescenti che non rispondono ai farmaci stimolanti, per la presenza di patologie comorbili o indotte dai farmaci sono: Aloperidolo, Pimozide, Clonidina, Guanfacina, Nortriptilina, Amitriptilina, Imipramina, Deprenil, Clomipramina, Desipramina, Bupropione, Fluoxetina, Nicotina, IMAO, Moclobemide, Carbamazepina, Valproato, Litio, Clorpromazina, Venlafaxina, Buspirone, BDZ (A. Rossi, R. Pollice, Dip. Medicina Sperimentale, Clinica Psichiatrica, Università dell'Aquila, in "*Giornale Italiano di Psicopatologia*", volume 5, Giugno 1999, n° 2). Dopo mezzo secolo di Ritalin è sconcertante constatare che c'è una sola ricerca longitudinale che superi i 14 mesi (Cherland and Fitzpatrick, 1999) per verificare gli effetti a lungo termine di questa droga sui bambini. Questa ricerca indica che il 10% dei fanciulli che assumevano Ritalin avevano episodi psicotici che scomparvero con l'interruzione dell'assunzione di questa droga. Gli autori ritengono che questa percentuale sia una sottostima del problema.

### LA DIAGNOSTICA CAMALEONTICA

Ad ogni nuova edizione del manuale diagnostico dei disturbi mentali DSM cambiano i criteri diagnostici. Persone precedentemente diagnosticate come portatori di ADHD improvvisamente sono sane di mente e viceversa. La sperimentazione fatta con gran dispendio di denaro ed energie non è più confrontabile. La diagnosi differenziale è particolarmente ardua e l'errore diagnostico è del 50%; questo problema era già stato evidenziato nel 1996 da un rapporto del "U.S. department of justice Drug Enforcement Administration". In uno studio pilota fatto in Canada alcuni anni fa dal Dott. Wendy Roberts, direttore del "Child Development Centre at Sick Children's Hospital in Toronto", solo due bambini su 10 esaminati raggiungevano i criteri per l'ADHD. Sovente la diagnosi è fatta da pediatri o medici di famiglia che non hanno sufficiente competenza o tempo per fare una diagnosi differenziale. Personalmente credo che non ci sia modo di sapere chi sbaglia, i criteri diagnostici sono veramente aleatori e discrezionali. Potete diagnosticare l'ADHD a chi volete senza timore di essere smentiti.



In America, dopo 40 anni, la disputa verte ancora sull'asserzione che si tratti o no di una malattia mentale, ascrivibile al modello biopsichiatrico, tesi che ancora oggi non è stata dimostrata. In Italia si è fatto tesoro di questo insuccesso e si preferisce adottare una linea più morbida ammettendo che non è una semplice malattia, ci si appella alla *triplice causalità* bio-psico-sociale, precisando però che la causa genetica è la più rilevante (questa è ad esempio la tesi dell'AIDAI, Associazione Italiana Disturbi di Attenzione e Iperattività'). Questo approccio sposta di poco il problema e la triplice causalità assomiglia, in questo caso, al gioco delle tre carte; le posizioni psicosociali ne escono perdenti, relegate nel ruolo di concause minori o semplici cartine di tornasole che fanno emergere quanto già scritto nei geni. Insomma una furbizia nostrana per aggirare le critiche e non cambiare nulla. Questi bambini crescono nel segno dell'insicurezza, se si comportano bene attribuiscono il merito al farmaco, se falliscono pensano sia perché ne hanno preso troppo poco. Non riescono ad attribuire a sé stessi meriti e demeriti. Pensano di essere diversi dagli altri, che qualcosa di sbagliato o di guasto ci sia nel loro cervello. Crescono timorosi, sfiduciati sulle proprie capacità, la loro vita è una realtà farmacomediata, un rapporto con il mondo e con sé stessi innaturale.

### QUALI CONCLUSIONI TRARRE

Molti sospettano che gli psicofarmaci siano la nuova forma di punizione, mascherata da cura, in una società dove sia a scuola che in famiglia sono state vietate le punizioni corporali e psicologiche, senza tuttavia aver trovato un rimedio ai problemi disciplinari, specialmente nelle scuole. Nei confronti dei genitori si è fatto un vero "terrorismo psicologico" dicendo loro che se non curati questi bambini sviluppano altri terribili disturbi mentali comorbili, che avranno un rendimento scolastico scadente, che si drogheranno, che commetteranno atti criminali, che avranno perversioni sessuali e problemi di coppia. Dei veri mostri potenziali! Il disturbo d'attenzione e iperattività è la prima di una serie di diagnosi che nulla hanno a che vedere con la scienza ma molto con il controllo sociale. Non è compito della scienza stabilire ciò che è bene o male, forgiare valori. Inizialmente questi bambini violano le regole sociali senza malizia. Gli adulti reagiscono con la repressione, alcuni bambini cedono alle pressioni, altri, più forti, continuano a confliggere. Per loro c'è la diagnosi di "disturbo oppositorio provocatorio," la loro posizione è più grave perché sfidano deliberatamente gli adulti. Continuando il "braccio di ferro" i bambini accumulano dell'aggressività che non possono dirigere sugli adulti e che viene dirottata sui coetanei o su oggetti. A questo punto li attendono diagnosi quali "disturbo della condotta" e "comportamento antisociale. Chi fa queste diagnosi si comporta come un giudice di tribunale, al posto della sentenza c'è la diagnosi e al posto della pena lo psicofarmaco e lo stigma diagnostico di malato mentale. Di fronte a noi c'è una gran responsabilità nei confronti di questi bambini, quella di trovare delle vere soluzioni, di interrogarci su quanto sta accadendo non dimenticando che essi sono il futuro dell'umanità. Solo negli USA sono sette/otto milioni i bambini diagnosticati, circa il 20% della popolazione scolare e il trend è in rapido aumento ovunque. L'OMS Afferma che nel 2020 la metà dei fanciulli saranno diagnosticati per disturbi mentali, ed presumibile che saranno sottoposti a trattamento farmacologico. Si prevede che nella prossima versione del DSM ci saranno 50 nuove patologie in aggiunta alle circa 350 già esistenti. I dati in controtendenza che si sono accumulati in questi decenni sostengono la tesi che l'ADHD non è una patologia in sé ma piuttosto un insieme di sintomi aspecifici che sono l'espressione di cause molto diverse. Una sindrome è un insieme di sintomi che compaiono insieme al verificarsi della causa che la attiva. Maggiore è la sovrapposizione della sintomatologia con altre sindromi minore è la probabilità che la sindrome esista. Nel caso del DDAI la sovrapposizione con altre patologie è tanta e tale che si può dubitare della sua esistenza. Un listato attendibile, anche se non esaustivo, di fattori che possono mimare l'ADHD e portare a pseudodiagnosi è il seguente:

- Accesso subclinico post traumatico
- Affaticamento
- Alimentazione (malnutrizione o dieta errata)
- Allergie
- Anemia
- Ansia e problemi emozionali
- Apprendimento (disabilità)
- Bambini prodigio, viziosi o indisciplinati
- Candida Albicans
- Cardiaci (malattie e disfunzioni)
- Chemioterapia per il cancro
- Cisti cerebrali
- Comprensione problemi e abilità di comunicazione (deficit di)
- Depressione maggiore
- Diabete precoce
- Dolore fisico
- Fame
- Ferite e danni alla testa
- Ferro (carenza di)
- Genetici ( Klinefelter, XYY)
- Inalamento volontario o involontario di sostanze
- Infezioni virali o batteriche
- Inquinamento ambientale
- Integrazione sensoriale (disfunzione)
- Iper/ipotiroidismo
- Ipoglicemia
- Lobo temporale (anomalie del)
- Lupus con infiammazione del SNC
- Manganese (alto livello di)
- Mania
- Medicinali e droghe legali o illegali (inclusi i farmaci usati per curare l'ADHD)
- Mercurio (alto livello di)
- Metabolici (disordini)
- Monossido di carbonio (avvelenamento da)
- Movimento (mancanza di esercizio)
- Neurologici (epilessia, corea, ritardo mentale, akatisia ecc.)
- Parassiti intestinali
- Parto (complicazioni)
- Perinatali (fattori sfavorevoli)
- Piombo (moderati o alti livelli di)
- Porfiria
- Prenatali (scarsa salute e malnutrizione della madre, uso di droghe)
- Problemi spinali
- Psicosi bipolare precoce
- Rene (malattia renale cronica)
- Sessualità (abusi)
- Sindrome alcolica fetale
- Sonno (disturbi del)

- Streptococco Beta-Emolitico
- Stress post traumatico
- Tic (sindrome di Gilles De La Tourette, ecc.)
- Tossine (esposizione alle)
- Tumori cerebrali incipienti
- Udito (disordine dei processi centrali auditivi)
- Vascolari cerebrali (danni)
- Vista (problemi visivi)
- Vitamina B (carenza di)
- Vitamine (eccesso di)

Il minimo che bisogna pretendere prima che si faccia una diagnosi psichiatrica è un serio screening medico, cosa che attualmente non si fa. La psichiatria sta bussando alla porta delle scuole e la scuola ha un ruolo di grande responsabilità nel saper dire di no alla medicalizzazione.

---

### Contributo di Maria Assunta Barbieri\*: Pedagogia dei genitori e degli insegnanti o medicalizzazione?

Come associazione di insegnanti di sostegno per l'integrazione scolastica degli alunni portatori di handicap, abbiamo dato la nostra adesione a questo seminario perché ne condividiamo le preoccupazioni di fondo che il titolo suggerisce. Consideriamo inoltre questo momento come la fase iniziale di un'attività di formazione e informazione che, sia l'associazione che la federazione cui apparteniamo, intendono portare avanti, come del resto hanno già fatto riguardo ad altre tematiche del sostegno.

Per sgombrare il campo da facili equivoci, precisiamo che non siamo pregiudizialmente contrari ai farmaci: ci sono situazioni in cui questi sono la risposta principale ed è solo grazie ad essi che si riesce a migliorare la qualità di vita tanto di colui che vive il problema quanto di coloro che gli stanno accanto. Tuttavia ci sentiamo di dover mettere in guardia contro diagnosi controverse e contro un uso, che potrebbe diventare indiscriminato, di farmaci che, a detta di molti esperti, non sono ancora sufficientemente sicuri e sperimentati, ma anzi sembrano essere la causa di danni postumi molto seri.

Pensiamo pertanto che, prima di giungere alla soluzione medica, si possano tentare altre strade meno pericolose. L'attenzione, l'ascolto, la condivisione, il rispetto, l'aiuto sono ciò che a molti nostri ragazzi manca e che ci viene chiesto anche attraverso atteggiamenti e comportamenti che possono risultare irritanti e provocatori. Sta a noi educatori, e con questo intendiamo genitori, personale docente e non docente della scuola, educatori, eccetera, cogliere queste richieste e cercare di dare loro risposte con le competenze proprie delle nostre professioni, con la nostra esperienza, col nostro senso di responsabilità, con la nostra disponibilità a coinvolgerci e a lasciarci coinvolgere.

E' necessario che chiunque si occupa di educazione torni a farsi carico del suo compito: che gli insegnanti facciano gli insegnanti, che i genitori facciano i genitori, che gli educatori a qualsiasi titolo facciano ciò che è di loro competenza.

Noi per primi sappiamo che la strada che indichiamo non è affatto facile e neppure sicura – ma a questo proposito, del resto, non lo è nemmeno quella indicata dalla medicina – tuttavia la riteniamo la più rispettosa del benessere psico-fisico dei ragazzi, delle loro necessità, della loro dignità.

## LA PEDAGOGIA DELLA GESTIONE MENTALE: “PROGETTI DI SENSO E ATTO ATTENTIVO”

Valeria Bocchini

### I) PREMESSA

Noi che siamo qui, oggi, condividiamo il “Riprendiamoci la Pedagogia” di Mario Tortello, pedagogista dell’Università di Torino scomparso prematuramente nel giugno scorso.

Condividiamo, cioè, la necessità di riappropriarci di un punto di vista pedagogico ed educativo nel prendere in considerazione e nel ri-mediare il profondo disagio manifestato a scuola da molti alunni il cui potenziale mentale, spesso, non riesce ad emergere perché non sappiamo comprendere fino in fondo il contenuto dello loro “intenzioni” per esaminarne il fondamento, perché non sappiamo mettere in opera momenti “pedagogicamente rilevanti”, a partire, ad esempio, da una “osservazione pedagogica” dei loro comportamenti e dei loro processi mentali.

Questa osservazione pedagogica diventa una discriminante di eccezionale importanza quando ci vengono affidati bambini “congelati”, se così si può dire, in diagnosi quale quella di “Iperattività e disturbi dell’attenzione”, in sigla ADHD, caratterizzata da sintomi quali, tanto per citarne qualcuno: ha difficoltà a mantenere la concentrazione; sembra non ascoltare; fatica a seguire le istruzioni; si distrae facilmente; si mangia le unghie; evita o non ama i compiti che richiedono uno sforzo sostenuto; giocherella con mani e piedi; si agita sulla sedia; ecc.

Ebbene, va detto con molta chiarezza: la nostra esperienza di insegnanti specializzati per il sostegno agli alunni in difficoltà di apprendimento e di integrazione ci porta quotidianamente ad interagire con alunni che presentano questi sintomi, elencati come indicatori della ADHD.

Nel corso di tanti anni di insegnamento, però, ci siamo resi conto che tali difficoltà si manifestano con comportamenti COMUNI alla maggior parte degli alunni che frequentano la scuola dell’obbligo.

Per impedirne la stigmatizzazione, noi insegnanti dovremmo raccogliere la sfida umana e pedagogica messa in opera da questi alunni che sono, in realtà, per così dire, “portatori sani” di problematiche tipiche di un’età contrassegnata da rapidi cambiamenti fisici e ormonali, da esuberanza e relazioni conflittuali con coetanei ed adulti, dall’emergere di deprivazioni affettive e culturali.

Per inciso: tali problematiche sono, oltre tutto, aggravate dalla difficoltà della scuola stessa a motivare l’allievo con un’adeguata individualizzazione del processo di apprendimento-insegnamento, anche a causa dell’ormai annosa mancanza di un’adeguata ricerca e sperimentazione pedagogica nella scuola italiana.

Ma tutte queste constatazioni, peraltro necessarie, non sono sufficienti a promuovere la comprensione di come è organizzato il pensiero di questi alunni per aiutarli ad organizzarsi in un modo più favorevole alla loro crescita e alla loro riuscita scolastica.

L’insuccesso e l’abbandono scolastico non sono mai stati una semplice umiliazione individuale passeggera ma hanno sempre rivestito un carattere sociale ed umano che non si può, ora più che mai, ignorare.

Occorre, dunque, cominciare a rilevare PEDAGOGICAMENTE il dato concreto riferito al numero crescente di bambine e bambini che, a scuola -spesso unico ambiente educativamente significativo da loro frequentato- hanno bisogno di venire a sapere non solo “cosa comprendere” ma anche “come fare per comprendere”..

Da questo punto di vista, allora, l'inquietudine, l'impulsività, l'estrema mobilità fisica, le difficoltà di attenzione e concentrazione, il rifiuto delle regole di convivenza e dell'apprendimento che caratterizzano la presenza a scuola dei cosiddetti alunni “iperattivi” non sono i “sintomi” osservabili di una malattia ma, spesso, possono essere l'effetto del loro non sapere “come fare”, del loro ignorare il metodo da impiegare adatto a comprendersi e comprendere, cioè ad avere l'intuizione del senso di sé, degli essere e delle cose, vicine e lontane.

Noi riteniamo, tuttavia, che esista una via di soluzione pedagogica all'insuccesso scolastico di questi bambini.

Di conseguenza, se ci poniamo, come molti di noi hanno scelto di fare, in un'ottica deontologica ed etica di promozione di una lettura rigorosamente pedagogica delle difficoltà di apprendimento e di integrazione, dobbiamo domandarci: cosa può proporre la pedagogia per prevenire i rischi di insuccesso, di malessere, di infelicità a scuola?

## II) PEDAGOGIA DEI PROGETTI DI SENSO: INCONTRO CON LA GESTIONE MENTALE DI A. DE LA GARANDERIE

In realtà, la Pedagogia non sempre ha saputo fornire all'alunno le informazioni e gli strumenti necessari per la gestione consapevole dei suoi PROGETTI DI SENSO.

Cos'è un “progetto di senso”?

E' quel progetto che, per chi se lo dà, consapevolmente o inconsapevolmente, ha il significato di raggiungere uno scopo, vale a dire la soddisfazione di un bisogno o di un'altra intenzionalità.

Per esempio, il bambino molto piccolo che manifesta i suoi bisogni con il pianto e la sua soddisfazione con gridolini di gioia non è, per così dire, rinchiuso in “quello” specifico momento (ha fame, ha sonno, ha male da qualche parte, ... oppure è sazio, è riposato, è felice che la mamma gli sia vicino, ...) ma ha un suo “progetto di senso”: nel primo caso, che lo stato di bisogno finisca; nel secondo, che lo stato di benessere si prolunghi.

Nei primi mesi di vita, altre tappe dello sviluppo del bambino testimoniano la costituzione, di innumerevoli “progetti di senso”, ad esempio, il movimento della mano per impadronirsi di un oggetto e poi lasciarlo cadere.

Il lancio è comandato da progetti che gli permettono di viverne il senso: il bambino lancia gli oggetti per sentire il loro rumore a contatto con il suolo e perché vuole che li si raccolga per continuare il suo gioco. Ne è una testimonianza la sua gioia quando gli adulti che lo circondano si adattano al senso che egli dà ai suoi atti e raccolgono ciò che lui lascia cadere e glielo porgono.

Il fatto di essere riconosciuto nel suo progetto o intenzione ha un effetto molto felice.

Anche l'apprendimento della deambulazione rivela scopi specifici riferibili a diversi progetti di senso e di azione: alcuni bambini girano in tondo, si preoccupano soprattutto di mantenere l'equilibrio e raggiungono un'enorme soddisfazione quando fanno ciò che è necessario per mantenerlo, manifestando un'intelligenza vivace delle proprie sensazioni fisiche. Trovano il loro equilibrio nel padroneggiare i movimenti del loro corpo. Sentono il loro corpo quando sono in movimento.

Altri bambini si precipitano in avanti, camminano per raggiungere qualcuno o qualcosa e ignorano lo spazio che percorrono e il modo in cui lo fanno. Il progetto di raggiungere qualcuno o qualcosa cancella l'esigenza della conquista dei mezzi per mantenere l'equilibrio.

Ciò che è in causa, in realtà, è il costituirsi, nella coscienza del bambino, di progetti di senso che siano al servizio dello sviluppo della sua intelligenza -intesa come comprensione di sé e del mondo circostante-.

Attraverso i propri progetti di senso, i bambini accedono al significato delle situazioni che vivono e delle informazioni che quelle situazioni veicolano.

Ma in che modo i bambini hanno intelligenza delle situazioni? Come arriva loro il senso?

Certi bambini hanno intelligenza delle situazioni attraverso le immagini visive ; altri accedono al senso delle situazioni della loro vita attraverso i suoni, le voci, le parole che sentono; altri ancora attingono al senso del mondo che li circonda palpando con le loro dita gli oggetti, testando tattilmente le loro caratteristiche. A questi ultimi la vista e l'udito servono solamente ad attivare delle occasioni di movimento, il contatto serve solo per il progetto di movimento che ne consegue.

I progetti di senso dei bambini, cioè, si configurano con una forma specifica: per pensare, per comprendere utilizzano nella loro testa delle immagini visive oppure fanno ricorso alle parole, ad una "voce interiore" con la quale ri-sentono le parole, oppure si servono di un ri-vissuto cinestesico (cioè muscolare).

Ma da cosa dipende questa differenza?

Il modo di "evocare" individuale, cioè il modo di elaborare l'informazione percepita ai fini della sua comprensione, preservazione e restituzione è privilegiato spontaneamente fin dall'infanzia e dipenderebbe da un'armonia naturale tra mondo esterno dei suoni o tra mondo esterno della luce e delle forme o, ancora, tra mondo del movimento e la propensione individuale.

Il bambino, cioè, vive armoniosamente l'informazione percettiva o uditiva, o visiva o neuromuscolare in un clima di accordo o disaccordo (si pensi alla diversa reazione individuale dei bagnanti rispetto alla temperatura dell'acqua del mare).

E' per questo che, spontaneamente, il bambino la prolunga, ridandosela mentalmente per riviverla il più esattamente possibile.

Non la interpreta, semplicemente se la mette in testa così come la percepisce, cioè la EVOCA, non nel senso corrente dell'associare un ricordo ma nel senso, appunto, di "mettersi in testa" ciò che si sta percependo in quel momento.

Sembra, dunque, che si evochi visivamente, uditivamente o cinestesicamente un pò come si è destri o mancini, privilegiando determinati circuiti nervosi, mentre altri circuiti, pur esistenti, rimangono disponibili per essere attivati. Il contesto familiare e la relazione privilegiata con uno dei suoi membri sembra intervenire, inoltre, attraverso le sollecitazioni a raccontare o a guardare oppure a manipolare.

Scoprire il senso delle cose, attraverso delle immagini o attraverso delle parole o la manipolazione e il movimento, procura un vivo piacere, quello di una armonia tra sè e ciò che ci circonda.

Queste immagini, queste parole, questi movimenti di tutto il corpo fanno vivere nella coscienza l'intelligibilità del mondo.

Questo succede perché è fondamentalmente a partire da questa situazione di "evocazione" che si può produrre l'intuizione del senso.

La modalità evocativa eletta dalla propensione spontanea del bambino darà luogo a delle vere e proprie "abitudini mentali" che tenderanno ad essere riproposte nel corso dell'esistenza cognitiva e a divenire delle vere e proprie "madrelingue pedagogiche" (o "prime lingue pedagogiche"): la madrelingua pedagogica visiva, quella uditiva, quella cinestesica.

In effetti , la vita mentale comincia quando si trasforma il percepito in oggetto mentale: se si resta alla percezione, la vita mentale rimane ad un punto morto.

La vita mentale si anima a partire dal momento in cui si guarda o si ascolta o si percepisce neuromuscolarmente per fare esistere mentalmente in immagini o in parole o in "ri-sentito" cinestesico ciò che si percepisce.

Ciò può avvenire, in qualche caso, anche spontaneamente ma ai fini dell'apprendimento efficace dei contenuti scolastici , è necessario che se ne abbia il PROGETTO, cioè che sia intenzionale.

L'immagine visiva che mi do mentalmente di questo oggetto rende conto bene della sua forma, della sua dimensione, del suo colore e della sua posizione nello spazio.

Le parole attraverso le quali me lo descrivo mentalmente sono le parole che corrispondono a ciò che esso è: è un parallelepipedo con spigoli smussati, schiacciato, più largo che alto, di un colore nocciola.

Le impressioni tattili che riprovo mi danno il senso della sua forma, dei suoi rilievi, della sua superficie granulosa, ecc.

Queste immagini, queste parole, questo ri-sentito cinestesico sono degli EVOCATI: ATTENZIONE!, non un ricordo evocato -come ho già detto- ma “ciò che mi metto in testa adesso”, il prolungamento mentale di ciò che ho appena percepito.

Sono questi evocati che costituiscono l’oggetto MENTALE di conoscenza, che lo rendono comprensibile poiché mi consentono di operare i principali gesti mentali della conoscenza.

Questi gesti sono L’ATTENZIONE, LA MEMORIZZAZIONE, LA COMPrensIONE, LA RIFLESSIONE, L’IMMAGINAZIONE.

Gesti mentali: perché questa definizione?

“Gesti” perché, così come si mettono in atto dei gesti fisici, (delle procedure fisiche con le varie parti del corpo) per eseguire delle attività, la coscienza mette in atto delle procedure che possiamo definire veri e propri “gesti mentali”.

La suddivisione del processo di apprendimento in fasi ne permette una migliore analisi.

A.de La Garanderie si interessa a questi cinque gesti mentali differenti non perché questi siano i soli che possiamo identificare ma perché rivestono la maggiore importanza nella attività di apprendimento, grazie all’evocato.

Attraverso l’evocato, infatti, io posso mentalmente e intenzionalmente o riprodurre tale e quale la cosa percepita (e allora sarà il gesto di attenzione), o collocarla in una situazione futura di riutilizzo che ho previsto con l’immaginazione (e allora sarà il gesto di memorizzazione); o cogliere delle somiglianze e delle differenze, dei rapporti logici tra la cosa percepita e quella evocata (e allora sarà il gesto di comprensione); o confrontarla a cose evocate precedentemente e già acquisite (e allora sarà il gesto di riflessione), o trasformarla con un apporto personale ed inedito di immaginazione creativa (e allora sarà il gesto di immaginazione).

Proprio per questo la distinzione tra percezione ed evocazione -sulla quale torneremo in seguito- è di importanza fondamentale, pedagogicamente parlando, perché se l’atto della conoscenza non è abitato dal PROGETTO di mettere in evocazione ciò che è stato visto, oppure udito oppure manipolato o abbracciato, ciò che è stato percepito non avrà che un’esistenza inconsistente, effimera, poiché non acquisirà lo statuto di OGGETTO DI CONOSCENZA.

C’è dunque una stretta correlazione tra COMPrensIONE e APPRENDIMENTO ed è su questa correlazione che deve intervenire, con un compito ben preciso, la Pedagogia.

Qual è, dunque, questo compito?

Compito della Pedagogia è, prima di tutto, promuovere una PEDAGOGIA DEI PROGETTI DI SENSO, vale a dire: comprendere quale/quali progetti l’alunno si dà spontaneamente, capire quale significato ha questo progetto per lui e quali altri progetti potrebbe adottare, una volta guidato, per non rimanerci chiuso dentro; indagare quali modalità evocative/procedure già utilizza e quali modalità/procedure potrebbe utilizzare per fare attenzione, memorizzare, comprendere, riflettere, immaginare, cioè per attuare le principali attività mentali richieste dalla scuola -e non solo!- per apprendere.

Ma come fare per comprendere quali progetti di senso l’alunno si dà e quali modalità e risorse sta mettendo in campo per attuare il suo scopo?

Come comprendere come esegue le sue attività cognitive, quale struttura utilizza il suo pensiero al lavoro, quali “gesti mentali” adopera per fare un compito, imparare a memoria o ripetere con parole sue una lezione, risolvere un problema di geometria, in pratica, per comprendere ed apprendere?

Facendo ricorso al DIALOGO PEDAGOGICO.

Cos’è il DIALOGO PEDAGOGICO?

Il dialogo pedagogico non deve essere confuso con il colloquio confidenziale nel corso del quale l’insegnante, preso l’allievo in disparte, fa appello alla sua buona volontà e al suo impegno per

migliorare la sua situazione scolastica; nè deve essere confuso con un dialogo psicologico finalizzato ad acquisire informazioni più dirette circa l'ambito affettivo, emotivo, dei legami familiari, ecc, dell'allievo oppure finalizzato, con supporto o meno di test di livello mentale, a valutare la qualità e la quantità della sua intelligenza.

E' un'indagine che ha lo scopo di rendere consapevole della realtà mentale dell'allievo sia l'allievo stesso che l'insegnante, attraverso un'introspezione pedagogica.

Nel "dialogo pedagogico", il ruolo dell'insegnante è quello di mettere in evidenza (come il bagno di sviluppo in fotografia) le abitudini evocative spontanee e le strategie mentali IMPLICITE impiegate dall'alunno in un campo di successo o di competenza scolastico o extrascolastico per rendere possibile, all'alunno, la loro presa di coscienza e la loro trasferibilità in ambiti diversi.

Purtroppo, per ragioni di tempo, non è possibile entrare nel dettaglio, posso solo fare un esempio riferito alla difficoltà nell'apprendimento delle tabelline. (Da Le dialogue pédagogique avec l'élève, A. de La Garanderie)

#### ESEMPIO DI DIALOGO PEDAGOGICO E RI-MEDIAZIONE PEDAGOGICA CON UN ALLIEVO CHE NON RIESCE A IMPARARE LE TABELLINE

Insegnante. Come fai quando vuoi imparare le tabelline?

Allievo. Non lo so.

I. Ci sono delle cose che impari bene?

A. Il lessico.

I. Come fai quando impari le parole?

A. Non lo so.

I. Hai capito la mia domanda?

A. No

I. Allora ti spiego. Quando leggi una parola da imparare, te la ripeti nella testa?

A. No.

I. La fotografi?

A. Si.

I. E la rivedi nella tua testa?

A. Si.

I. E puoi richiamarla facilmente

A. Si.

I. Allora vai bene in ortografia!

A. Si.

I. Bene. Adesso ti propongo una cosa. Tu conosci le cifre 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10?

A. Si.

I. Guarda su questo foglio una parte della moltiplicazione del 2.

Devi fare come quando impari il lessico, cioè devi fotografare questa parte della tabella.

Quando l'avrai in testa, me lo dirai.

(L'insegnante non dice più niente e non guarda più l'allievo).

TEMPO DELLA PERCEZIONE E DELL'EVOCAZIONE

A. ( fa un cenno).

I. Hai fotografato tutto?

A. Si.

I. Puoi riscrivere senza guardare?

A. Si.



I. Bene. Ti faccio delle domande ma devi rispondere solo dopo aver rivisto nella tua testa le cifre che devi

moltiplicare.

2 X 4 ?

A.(Silenzio) 8

I. 2X 5 ?

A.(Silenzio) 10

I. Hai rivisto nella testa le cifre e i risultati come sulla carta?

A.. Si.

I. Bene! Puoi imparare tutte le tabelline continuando a fare come hai fatto ora.

Come emerge da quest'esempio, l'abitudine evocativa di tipo visivo di quest'alunno (efficace in un ambito dell'apprendimento scolastico) è stata messa in evidenza e utilizzata dall'insegnante come una "piattaforma" per consentire altri apprendimenti.

Venire a conoscenza delle risorse mentali dell'allievo consente all'insegnante di "diagnosticare pedagogicamente" quali procedure, quali modalità evocative l'alunno non padroneggia e, soprattutto, di approntare una "ri-mediazione pedagogica" che gli consenta di integrare ed arricchire il suo metodo di lavoro, dandosi un progetto intenzionale per mobilitare altri progetti di senso.

L'indagine pedagogica serve all'insegnante anche per adattare la propria metodologia di presentazione delle informazioni, e la relativa richiesta di restituzione dell'acquisito, alle diverse abitudini evocative dei bambini.

Infatti, se io informo ogni alunno secondo la modalità che è quella della sua possibilità evocativa e rispetto i tempi necessari affinché pratici l'evocazione, ho maggiori possibilità che egli tenga conto dell'informazione.

E' evidente, infatti, che i "VISIVI", i quali per comprendere utilizzano nella mente le immagini visive, hanno bisogno di ri-vedere nella loro testa, come in un campo visivo immaginario, le immagini delle situazioni, degli avvenimenti, dei luoghi.

Gli "UDITIVI", invece, per comprendere le situazioni della loro vita e le informazioni che vengono loro date, hanno bisogno che queste siano loro presentate in forma di discorso.

I "CINESTESICI", ancora, hanno bisogno di contatto fisico, di manipolazione, di mobilitare tutto il corpo per comprendere realmente.

A scuola, dunque, nel presentare i contenuti di apprendimento, è necessario tenere presente che un visivo può evocare uditive solo a partire dalle evocazioni visive presenti nella sua coscienza (imparando, cioè, a descriversi con parole le immagini che ha evocato) e che un "uditivo" può evocare visivamente solo a partire dalle evocazioni uditive presenti nella sua coscienza (imparando ad associare immagini visive agli evocati uditivi).

Il bambino che ha bisogno del movimento per comprendere, invece, dovrà essere aiutato prima di tutto a diventare consapevole dei propri evocati cinestesici e sostenuto nel suo slancio cinestesico, in quanto, -come afferma de La Garanderie- se bloccato nel suo movimento o privato del contatto, potrebbe rinchiudersi in un sentimento di inferiorità o sfuggire all'immobilità lasciandosi andare a movimenti impetuosi, quando non è più sorvegliato.

Poi, dovrà essere aiutato a ricorrere alle parole o alle immagini, per sfuggire all'impulsività del suo comportamento e per tradurre in parole o immagini i suoi evocati cinestesici.

In definitiva: non ha importanza la disciplina che si insegna.

Ciò che è, invece, essenziale, a scuola, è rispettare le abitudini e i tempi evocativi di ciascun bambino;

consentire a ciascun bambino di apprendere a gestire efficacemente le sue immagini mentali visive o uditive o cinestesiche, cioè le sue evocazioni;

insegnare a ciascuno a compiere le “traduzioni” da una modalità evocativa all’altra e concedere il tempo necessario a operare queste “traduzioni”.

Soprattutto: rendere i bambini consapevoli della loro possibilità di produrre intenzionalmente dei progetti di senso che procureranno loro delle intuizioni di senso fondamentali per affrontare un percorso scolastico e di vita.

Le definizioni fin qui utilizzate -PROGETTO DI SENSO, EVOCAZIONE, ABITUDINI EVOCATIVE, LINGUA PEDAGOGICA, DIALOGO PEDAGOGICO, GESTI MENTALI, - sono alcuni dei “concetti-chiave” della GESTIONE MENTALE.

Che cos’è la Gestione Mentale?

In sintesi: con questa definizione viene denominata una teoria e una “pratica pedagogica” -poco conosciuta in Italia ma ampiamente sperimentata e applicata in ambito internazionale- elaborata in Francia già negli anni Ottanta da Antoine de La Garanderie (Amboigne, 1920).

Questo filosofo e pedagogo, - egli stesso allievo con difficoltà di apprendimento dovute ad una otospongiosi virale non riconosciuta dai medici che gli procurava una sordità monolaterale-, dopo aver recuperato il suo ritardo scolastico e acquisito numerosi diplomi, una volta divenuto professore di filosofia in classi di scuola superiore, si è interrogato sulle ragioni della riuscita o dell’insuccesso scolastico.

Ebbe l’idea, dunque, di interrogare gli allievi migliori con i quali lavorava a proposito della loro successo scolastico e cercò di comprendere “come” ciascuno di loro operava per prestare attenzione, memorizzare, comprendere, riflettere, immaginare.

I dati raccolti nel corso delle sue esperienze “in situazione” lo hanno portato ad identificare diversi “profili di apprendimento” degli allievi, profili organizzati a partire dalle loro “abitudini mentali”, abitudini che possono essere insegnate e, di conseguenza, acquisite.

Secondo A. de La Garanderie, dunque, all’origine delle abitudini scolastiche vi sono le abitudini evocative: la capacità scolastica, quindi, non è innata ma è il risultato dell’efficacia evocativa nel riutilizzare un’informazione e questa efficacia può essere appresa.

### III) PERCEZIONE, ATTENZIONE, EVOCAZIONE.

Il primo “gesto” mentale di cui rendere i bambini consapevoli e che deve essere insegnato loro perché possano dare forma di conoscenza ad una cosa è l’atto di attenzione, perché si trova a “monte” di tutti gli altri.

Che cos’è l’atto di attenzione? Cosa significa essere/stare attenti?

Per molti bambini significa “guardare”, “ascoltare”, “non parlare”, “non muoversi”, “stare fermi”, “concentrarsi”, ...

Sappiamo tutti, però, che non basta invitarli a stare attenti o dare loro consigli difficili da interpretare (che significa, infatti, concentrarsi?) oppure consigli insufficienti (guardate!, ascoltate!). Qual è dunque questo atto di attenzione che fa entrare la cosa da conoscere nel campo della mia conoscenza?

Se, quando io porto i miei occhi su un oggetto, ho il progetto di farlo apparire nella mia coscienza così come si presenta ai miei occhi secondo la mia lingua pedagogica, -visiva, attraverso un’immagine visiva, uditiva, attraverso delle parole, cinestesica, attraverso il risentito delle sensazioni di movimento-, io posso dire che ho la corretta struttura del progetto di senso dell’attenzione, quella che procura a colui che l’attua il “frutto” dell’essere attento, cioè quell’oggetto mentale che definiamo con il termine “evocato”.

La pedagogia è, dunque, in grado di informare tutti su ciò che conviene fare per compiere correttamente un atto di attenzione la cui procedura, in sintesi, è questa:

- 1) mettersi in progetto di evocare ciò che si percepisce;
- 2) evocare ciò che si percepisce grazie a delle immagini visive, oppure a delle parole, oppure a dei prolungamenti di sensazioni cinestesiche;

3) costituire così, grazie a questi evocati, l'oggetto mentale che deve essere l'espressione della cosa percepita, la quale diviene allora cosa CONOSCIUTA.

E' necessario, tuttavia, insistere su una distinzione fondamentale: L'EVOCAZIONE NON E' LA PERCEZIONE MA IL SUO FRUTTO e, quindi, è necessario non confondere percezione e attenzione.

In passato, infatti, si riteneva che l'atto di attenzione non fosse altro che una "buona" percezione.

In realtà, la percezione è l'effetto di un incontro inaspettato, spesso non voluto, tra le "cose" e le terminazioni periferiche dei nervi sensibili dell'essere umano.

L'attività percettiva, dal punto di vista della Gestione Mentale, invece, è un atto eseguito intenzionalmente, un atto che cerca il contatto sensoriale con le cose, che mira la percezione di una cosa.

E' proprio quando l'atto è messo in gioco, o spontaneamente o deliberatamente, cioè quando c'è un "progetto di attenzione", che comincia la vera percezione.

Quale differenza c'è tra l'attività percettiva e l'attività attentiva? La forma dell'atto è la stessa, ciò che è diverso è l'esigenza che lo abita.

La percezione diventa attenzione quando ha lo scopo esplicito di evocare la cosa percepita stessa.

Ma certe coscienze non entreranno in attività d'attenzione che quando la situazione percettiva è della medesima forma di quella della loro evocazione.

Pensiamo ad ordinarie situazioni di lezione: l'insegnante parla e una parte di allievi manifesta un'attitudine di attenzione; l'insegnante scrive o disegna alla lavagna e la parte che era attenta cessa di esserlo.

Come è già stato sottolineato, per molti, infatti, l'attitudine attentiva è determinata dalla forma della situazione percettiva: quegli allievi che osservano ma non ascoltano, quegli altri che ascoltano ma non osservano evocano la situazione percettiva i primi con delle immagini visive, i secondi con delle immagini uditive (ridandosi le parole dell'insegnante come le hanno udite) o verbali (ridicendosele).

Ne deduciamo, dunque, che una doppia modalità di presentazione delle informazioni -quella verbale e quella visiva in sequenza e mai contemporaneamente- (e nell'intervento che seguirà verrà approfondito anche questo punto) sarebbe già un primo passo verso il riconoscimento ed il rispetto delle personali modalità evocative dei bambini e, quindi, in direzione della prevenzione di molte difficoltà di apprendimento.

Grazie per l'attenzione.

---

Valorizzare le scienze pedagogiche:  
Dialettica della "Gestione Mentale" e della "Gestione Sociale" dei problemi di  
attenzione e di (iper)attività e... di altri ancora.

Ermanno Tarracchini

Il disagio che molti bambini esprimono attraverso il loro comportamento potrebbe trovare una risposta in

iniziative di auto-aiuto che genitori, insegnanti e studenti di alcune scuole già attuano, o che potrebbero attuare se non saranno spinti a delegare la risoluzione di questi problemi di natura educativa, pedagogica e didattica.

Occorre valorizzare le capacità "terapeutiche" di studenti, genitori ed insegnanti, "capacità terapeutiche" intese non in senso medico bensì nel senso etimologico della parola, quello del

“*prendersi cura*”: nel nostro caso, prendersi cura del bambino cosiddetto “difficile”. “Prendersi cura” anche nel senso etico del motto che don Lorenzo Milani aveva esposto all’ingresso della scuola di Barbiana, un motto il cui significato era “*mi importa, mi preme, mi sta a cuore*”.

Anche a noi “importa” e, a questo scopo, abbiamo iniziato, già dall’anno scorso, un gruppo di auto-aiuto gratuito, di discussione, di scambio di esperienze umane, di studio della pedagogia della gestione mentale e sociale delle difficoltà di apprendimento e di socializzazione e per il superamento delle paure irragionevoli, gruppo aperto ai genitori, agli studenti agli insegnanti e a tutti coloro che hanno a cuore il successo formativo, non solo scolastico, dei giovani. “Ci importa”, soprattutto, un confronto su queste problematiche ai fini della prevenzione della medicalizzazione di quei problemi di apprendimento e di socializzazione che sono di natura essenzialmente sociale e/o pedagogica.

Utilizzerò quindi il termine di “iper”attività nei termini strettamente neuro-pedagogici impiegati da A. de La Garanderie in “*Critique de la Raison Pédagogique*” – Critica della Ragione Pedagogica - e in “*Les grands projets des nos petits*” – I grandi progetti dei nostri piccoli -.

Un prefisso “iper” che, impiegato in questi termini, pone l’accento sulle caratteristiche neuro-pedagogiche di un’attività mentale che, per svariati motivi, molti bambini piccoli utilizzano per esplorare e conoscere il mondo circostante, cioè per apprendere.

Ultimamente, però, è di moda utilizzare il prefisso “iper” con finalità medicalizzanti ossia per stigmatizzare un comportamento “disattento, troppo vivace o disobbediente” del bambino, con la diagnosi di “ADHD” (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) o “DDAI” in italiano (Deficit e Disturbo dell’Attenzione ed Iperattività). Un comportamento che, se da un lato, quello del sociale, potrebbe essere causato da bisogni umani non soddisfatti, dall’altro lato, quello pedagogico, può essere causato da un’insoddisfacente esecuzione dei gesti mentali dell’attenzione, della memorizzazione e della comprensione del mondo circostante, per mancanza di ascolto e di adeguata attenzione da parte degli adulti.

Ma, per capire meglio cosa significhi una “*insoddisfacente esecuzione dei gesti mentali*”, occorre introdurre un concetto abbastanza nuovo per la pedagogia italiana, il concetto di “evocazione” e quello di “evocato” che ne è il suo frutto mentale: un concetto che sta alla base della pedagogia della Gestione Mentale che è, appunto, definita anche come “pedagogia delle evocazioni”.

E’ opportuno ricordare che il termine di evocazione impiegato nell’ambito della pedagogia della Gestione mentale non riveste il significato di un ricordo riportato alla mente, -nel senso, cioè, che può avere la domanda: “Che cosa ti evoca questa foto?”-, bensì riveste il significato di “*mettere in testa*” quanto sto osservando, ascoltando, provando in questo momento.

Infatti, tutto ciò che viene percepito con i 5 sensi - la vista, l’udito, il tatto, l’olfatto, il gusto-, lo possiamo mettere in testa sotto forma di immagini mentali che, nella pedagogia della gestione mentale, vengono definite con il termine “evocati”, mentre con il termine “evocazione” viene definito il processo mentale che porta alla loro costituzione. La nostra vita mentale inizierebbe, dunque, proprio con la traduzione (evocazione) degli stimoli percettivi in “oggetti mentali” (evocati), cioè in immagini mentali che possono essere visive ( per esempio ri-vedo mentalmente il buio di una stanza che mi fa paura), uditive (ri-ascolto nella mia mente le parole pronunciate da mia madre “ il buio di questa stanza mi fa paura”), verbali ( ripeto con la mia voce mentale le parole “ ho paura del buio di questa stanza”) o con un “ri-sentito” mentale di sensazioni cinestesiche (ad esempio: riprovo mentalmente la tensione muscolare ed il brivido della paura).

L’evocazione sarebbe, in definitiva, il processo che l’attività mentale del nostro cervello utilizza per com-prendere, cioè prendere con sé, gli stimoli e le informazioni che provengono dal mondo esterno.

Secondo A. de La Garanderie : «[...] Attraverso un personale processo evocativo ogni bambino regola il rapporto tra l'attività mentale e quella motoria [...] »

ma, in assenza di una vera attenzione e di un sufficiente tempo di ascolto da parte degli adulti, il bambino non ha il tempo materiale di evocare in modo soddisfacente, non ha, cioè, il tempo di mettersi in testa, in modo adeguato, quanto sta percependo dal mondo esterno quindi non ha il tempo di memorizzare, di rielaborare, di riflettere: resta come prigioniero di una effimera, a volte frenetica, ricerca di stimoli percettivi .

A titolo puramente esemplificativo, diamo un'idea, sempre secondo la pedagogia della Gestione mentale, delle specifiche modalità impiegate dai bambini molto piccoli per sfogare la loro esigenza di movimento a seconda delle personali abitudini evocative, cioè della propria "lingua pedagogica materna": sia questa visiva, uditiva, o di movimento.

Secondo A. de La Garanderie ( "Les grands projets des nos enfants")

«[...] **il bambino che evoca visivamente**, prima di mettere in azione i suoi nervi e i suoi muscoli, sente il bisogno di allontanarsi da una reazione motoria e la contemplazione di quanto sta percependo, attraverso la sua evocazione visiva, gli procura quella sicurezza di cui ha bisogno prima di muoversi. **Il bambino che evoca uditivamente** ha un'esigenza di movimento che soddisfa nella verbalizzazione, cioè nel parlare. **Il bambino che ama il movimento**, invece, ha bisogno di scaricare una tensione muscolare molto forte e spesso l'udito e la vista gli servono solo per fare scattare delle occasioni di movimento. Questo bambino è tutto preso dalla sua esigenza di movimento, come fosse cieco e sordo al resto del mondo...prova il bisogno di palpare, di stringere il gatto come per ottenerne una vista tattile d'insieme. Tutte le situazioni percettive mobilitano i suoi nervi. Ci sono molti bambini così: non stanno mai fermi, urtano contro tutto e tutti, stringono al petto il gatto in un modo che sembra soffocarlo, ( ma questo non succede) ci saltano al collo con un impetuosità che ci fa vacillare...Sono bambini agitati od irrequieti? La risposta è no. Sono bambini di una sensibilità molto viva così come lo è la loro impetuosa intelligenza, se venissero classificati come insopportabili, se volessimo calmarli con le maniere forti ...» afferma A. de La Garanderie, ( o aggiungo io, con diagnosi precoce di iperattività e stupefacente sedazione chimica) «...si commetterebbe un grave sbaglio: li avremmo privati di una straordinaria ricchezza, quella di esplorare e comprendere il mondo circostante attraverso il movimento [...]»

«[...] **I genitori si accorgeranno presto che questo bambino arriverà ad esprimersi verbalmente quando passeggiano con lui. Camminando questo bambino può parlare e articolare le parole con precisione.**

Il bambino che predilige il movimento si accorge, infatti, che ha bisogno di essere in cammino, per padroneggiare l'espressione della parola. Se è fermo, il suo bisogno di esplosione è tale che tutto il suo corpo lo spinge a saltare. Ma se il ritmo ordinato come quello del camminare assicura una liberazione ordinata di energia nervosa, questo bambino può dedicarne una parte alla parola. A partire dal movimento generico del cammino può scaturire il movimento specifico della parola.[...]

In "Per una pedagogia dell'intelligenza" A. de La Garanderie descrive invece, il comportamento di quei bambini che «[...] si oppongono all'influenza degli avvenimenti sgradevoli e alla frustrazione della loro evocazione, rifugiandosi in un'azione che gli permette di dimenticarla [...]».

[...] Ci sono inoltre degli esseri umani, e soprattutto dei bambini, che pur avendo la capacità di evocare non vogliono farlo. Si tratta di bambini che reagiscono con il movimento del loro corpo, in modo così rapido ed istintivo che il pensiero non lo regola.

**Essi evitano l'evocazione della situazione percettiva con la fuga nell'azione. Una fuga dai ricordi dolorosi del passato che l'evocazione degli stimoli percettivi del presente potrebbe trascinare alla coscienza[...].**

Spesso la consapevolezza che ha il bambino di non essere ascoltato dagli adulti, la violenza fisica o verbale subita, producono delle tensioni e delle paure che possono ostacolare il processo evocativo causando difficoltà di comprensione del mondo circostante e di apprendimento dei contenuti scolastici capaci di innescare, anche, conflitti con coetanei ed adulti.

Solo se, generosamente, l'adulto gli presterà adeguati tempi di attenzione e di ascolto, il bambino imparerà a sua volta a prestare attenzione, ad ascoltare, ad aspettare il suo turno e ad alzare la mano prima di parlare.

«[...] L'insegnante, il genitore, potrà stabilire con l'alunno che vive questa modalità di reazione senso-motoria, un dialogo pedagogico con l'intento di lasciarlo parlare a lungo...[...].»

«[...] Ma Il dialogo pedagogico” , afferma A de La Garanderie, in - Il dialogo pedagogico con l'alunno - “ ...Non deve essere confuso con l'aiuto psicologico, tutta una cultura , - del carattere -, una cultura psicanalitica e psichiatrica impregna le nostre mentalità” .....è bene quindi che ognuno occupi il proprio terreno[...].»

« [...]...Pestalozzi, Decroly, Montessori, Freinet, Rogers, hanno cercato di praticare i principi di una pedagogia che tenesse in considerazione le condizioni concrete dell'adattamento scolastico attivo, .....siamo d'accordo, ma deploriamo il fatto che non abbiano spinto più lontano le loro ricerche nello sforzo di chiarire i significati reali dei concetti fondamentali della pedagogia. Noi crediamo che essi non l'abbiano fatto perché sono rimasti prigionieri di un certo naturalismo psicologico che ha impedito loro d'intravedere il senso pedagogico - e non psicologico- di questi concetti [ ...].» (A. de La Garanderie “ Une pedagogie de l'entraide” - Una pedagogia dell'aiuto reciproco - Chronique Sociale, Lyon 1994 )

«Il bambino e, più in generale l'essere umano - afferma A. de La Garanderie - trova nella soddisfazione che ricava dalla comprensione di sé stesso, delle sue relazioni con il mondo circostante, e soprattutto nel riconoscimento del suo diritto alla responsabilità pedagogica, la possibilità di abbandonare l' “iper” della sua attività...»

Ma cosa è la responsabilità pedagogica del bambino?

E' la responsabilità che gli deriva dalla capacità e dalla consapevolezza di evocare.

Attraverso l'evocazione l'essere umano arriva ad avere coscienza di sé stesso, con l'evocazione può immaginarsi, può parlarsi o riprovare una sensazione cinestesica, cioè di movimento”.

In questo modo può anche anticipare mentalmente la sua reazione agli stimoli percettivi, sia che questa sia costituita da un movimento del suo corpo, cioè da un'azione, sia che sia costituita da una produzione verbale.

Nell'evocazione e, quindi, nell'anticipazione mentale dell'azione si inserisce la sua libertà, la possibilità di scegliere un tipo di risposta piuttosto che un'altra.

Ciò non significa che il bambino diverrà automaticamente buono ed ubbidiente, così come può diventarlo con la “stupefacente” stimolazione/sedazione chimica, significa solo che potrà decidere se ubbidire o no, sarà cioè più responsabile delle sue scelte e delle conseguenze che queste comportano.

Occorre sfatare, dunque, il “mito del bambino iperattivo” in favore di una lettura pedagogica e sociale della disattenzione e dell'eccessiva irrequietezza, prodotte da un ambiente sociale circostante, a volte poco attento nei confronti dei bisogni essenziali del bambino. Una mancanza di attenzione dunque, che dal piano della vita sociale passa, dialetticamente, a quello della vita mentale.

La Gestione mentale in quanto pedagogia delle evocazioni esplora in modo originale e scientifico la vita della coscienza.

Un' esplorazione attenta ed appassionata che ci riporta a quella di Maria Montessori quando scrive, a proposito della forma mentale dell'infanzia, le seguenti parole:

«[...] c'è una forma mentale nell'infanzia che non si è mai riconosciuta, ...avveniva che, dettando loro delle parole molto lunghe e anche in lingue straniere, essi le riproducevano...avendole udite pronunciare una sola volta.

*Che cosa era che fissava nella mente* dei bambini quelle parole complicate, in modo che essi sembravano trattenerle nella mente con sicurezza, come vi fossero state scolpite?...

*Evidentemente nella sua mente* si scolpiva la parola con tutti i dettagli dei suoni che la componevano e nel loro ordine. La parola si scolpiva, rimaneva tutta intiera nella mente, niente poteva cancellarla.. Quella memoria aveva una qualità diversa; essa metteva nella mente una specie di visione, e il bambino copiava con sicurezza quella visione chiara e fissa.[...]]» ( M.Montessori “ La formazione dell'uomo” )

Questa qualità diversa, che non era sfuggita alla sua sensibilità di medico e di educatrice interessata al bene dei bambini, non era altro che il processo evocativo e la visione scolpita nella mente, il suo frutto, “l'evocato”, che costituisce l'oggetto di studio della Gestione mentale.

L'originalità e la scientificità di questo approccio pedagogico alla comprensione dell'attività mentale, che oltre a rifarsi ai lavori di vari filosofi e a quelli di Maria Montessori, tiene in considerazione anche quelli di Ivan Pavlov sulla neurofisiologia del riflesso condizionato, consiste nel fatto che i lavori di A. de La Garanderie sull'attività mentale sono corroborati da una sperimentazione neurofisiologica condotta negli anni 70 in collaborazione con degli specialisti dello sviluppo del cervello. Questa sperimentazione è stata effettuata su 90 bambini ai quali erano stati applicati degli elettrodi per lo studio delle onde cerebrali durante l'esecuzione di compiti cognitivi di vario tipo.

Quelli che riuscirono meglio nell'esecuzione dei compiti assegnati erano senza dubbio quelli che avevano evocato sia la consegna che le modalità di risoluzione di un compito, ( in immagini visive o in parole) ed erano anche quelli che hanno fatto registrare un encefalogramma più ricco in quanto vi appariva l'onda positiva 300, un'onda specifica dell'attività della corteccia cerebrale implicata nei processi di apprendimento, che non appariva nei bambini che non avevano evocato:

«[...] all'elettroencefalogramma ...si nota la specificità della forma dell'onda cerebrale dei visivi, degli uditivi, così come quella di chi evoca in modo misto [...]» (“ Pedagogie des moyens d'apprendre” p.124 )

«[...] Si può affermare che Changeux (in “l'uomo neuronale”) non ha trovato nella psicologia la prospettiva di cui avrebbe bisogno per situarvi gli apporti della neurofisiologia cerebrale...egli si interroga per sapere se non sia venuto il momento di gettare le basi di una moderna biologia della mente [...]» ( A. de la Garanderie “Défense et illustration de l'introspection – Difesa ed illustrazione dell'introspezione - ”...)

Valorizziamo dunque le scienze pedagogiche del dialogo, dell'ascolto e dell'aiuto reciproco:

- una pedagogia dell'attività mentale, in particolare una pedagogia che fa avanti indietro tra filosofia e neurofisiologia, dalla quale discende una pratica pedagogico-didattica che aiuta il bambino a com-prendere, nel senso di prendere con sé, gli esseri e le cose del mondo che lo circonda in modo consapevole e responsabile, perché questo è quello che chiede il bambino per "calmarsi", e non di essere impasticcato.
- Una pedagogia dell'attenzione, da parte degli adulti nei confronti del bambino, già indicata da Maria Montessori ed alla quale la pedagogia della gestione mentale si rifà, aggiungendo, allo spessore umano e pedagogico di questa osservazione, quello neuro-pedagogico di un filosofo dei nostri tempi.
- • Una pedagogia dell'ascolto, dell'aiuto reciproco e della solidarietà, fuori e dentro la scuola, per valorizzare tutte le iniziative e le forme di collaborazione e dibattito fra studenti, genitori ed insegnanti che una scuola decide di progettare al fine di prevenire, il ricorso alla delega deresponsabilizzante.

Persino in presenza di lesioni al sistema nervoso o di altre alterazioni organiche, si potrebbero lasciare liberi anche un tempo e uno spazio per l'aiuto reciproco fra bambini e quello della via educativa e pedagogica per gli insegnanti.

Spesso, però, questo non avviene. Ho ancora davanti agli occhi una vicenda di tanti anni fa, quella bambina che arrivò in classe con lo stigma di una pesante diagnosi che la dichiarava "pericolosa a sé e agli altri".. Questa diagnosi psichiatrizzava, invisibilmente ma pesantemente, un vero problema medico, una importante patologia neurologica da un lato, ed un importante problema educativo, dall'altro. Uno stigma che seminando paure e pregiudizi aveva fatto scattare un meccanismo di delega creando un vuoto di responsabilità tra i compagni, gli insegnanti ed il personale ausiliario, i quali pensavano di non avere sufficienti competenze per poter aiutare la bimba e, di conseguenza, si astenevano dal tentare anche un minimo intervento educativo di buon senso, abbandonando la bimba a sé stessa, in balia delle sue stesse prepotenze e dei suoi capricci. Invece la discussione nelle assemblee di classe, consentendo il superamento del pregiudizio, ha favorito la de-psichiatrizzazione dei rapporti interpersonali della bambina e l'ha restituita alla classe, ai compagni, agli insegnanti. La liberazione e la valorizzazione delle "capacità terapeutiche" potenziali della classe e della scuola, altrimenti inesprese, cioè delle concrete capacità di aiuto dei compagni, degli insegnanti e degli ausiliari, ha permesso loro di "prendersi cura" della bambina in difficoltà. La bambina cosiddetta "pericolosa a sé e agli altri" ha potuto incontrare, nel giro di pochi mesi, le giuste attenzioni e reazioni al suo comportamento scorretto, sia da parte dei compagni che degli insegnanti; reazioni di buon senso che, permettendole finalmente di capire gli effetti delle sue azioni, le hanno permesso anche di cambiare e, "improvvisamente non più pericolosa", di migliorare la qualità dei suoi rapporti interpersonali.

*"Posso fare quello che voglio, tanto sono malato"* è quello che potrebbero temere, pensare e dire i bambini, spesso anche come alibi per peggiorare ulteriormente il proprio comportamento quando questo viene stigmatizzato.

Inoltre, come negli Stati Uniti già succede, anche gli psicologi italiani se seguiranno l'esempio dei loro colleghi americani, potranno presto prescrivere psicofarmaci, al posto di promuovere la solidarietà e la mobilitazione pedagogica del pensiero logico e creativo dei bambini.

Grazie



---

## Ritalin: metafora dell'incapacità della società di risolvere il disagio dei ragazzi

Raffaele Iosa.

Io voglio partire da quelli che nella scuola fanno più fatica, in relazione al fatto che l'oggetto di cui mi interessa ragionare non è solo il Ritalin e neppure un'analisi tecnica degli effetti o dei contro effetti -ci sono altri che hanno competenze su questo-, ma è il fatto che io individuo in questo elemento, ad esempio in questo convegno della Scuola di Neuropsichiatria infantile, la metafora di un modo irrazionale, non razionale, di affrontare i problemi della vita e di come questo rappresenti un grande attacco e un elemento di grande violenza in relazione all'idea di uomo e di persona. Con questo tema, però, si rischia di rimanere nell'ambito dei sentimenti. Io, invece, preferisco rimanere nell'ambito della ragione.

Credo che la storia dell'uso del Ritalin, perdonate la civetteria da cui parto, sia molto antica come metafora. Nasce da Platone.

Ieri sera ho visto un film, "Tre uomini e una gamba", che mai avrei immaginato mi avrebbe fatto pensare. C'è una scena strana nella quale una ragazza svampita prende una mela e dice: "Vi ricordate il "Simposio" di Platone, il mito di un uomo come totalità? Improvvisamente arriva qualcosa che lo taglia...". Lei prende una mela e...schaff! la spacca in due "... e l'uomo, disperatamente, da quel momento ha cercato di ritrovare la sua unità perduta"..

Credo che il grande problema dell'occidente sia quello di aver pensato di poter dividere sapienza da saggezza, di aver pensato, cioè, che attraverso il sapere, a prescindere dalla saggezza, fosse possibile dominare il mondo e interpretarlo, cambiarlo e modificarlo. Questa paradossale differenza tra saggezza e sapienza è quello che ha determinato nella nostra civiltà una grande evoluzione ma anche grandi disastri -pensate ad Hitler-.

Ebbene, questo aspetto dell'immaginare il fatto che oggi noi siamo nel dominio della sapienza, anzi preferirei dire meglio, nella "magia della tecnè", come direbbe Cacciari, è una cosa sulla quale noi dobbiamo fare una radicale e attenta critica, perché questa "magia della tecnè", pensando di essere sapiente, crede anche di essere santa e costruisce una teoria dell'uomo e una teoria della vita che è esattamente una teoria ideologica la quale contiene dentro inevitabilmente - che si voglia o meno- disastri.

Ebbene, ieri sera mi sono riletto questo "Simposio" di Platone: c'è un mito molto curioso che vi voglio ricordare. Si tratta del conflitto tra il dio Zeus e il dio Tebud nel corso del quale uno dei due, non mi ricordo quale, vuole inventare la scrittura da dare agli uomini ma l'altro dio dice: "Non inventare la scrittura perché quando gli uomini avranno la scrittura perderanno la memoria". E nel concetto di memoria c'era l'idea di saggezza. Naturalmente, siccome noi siamo tutti uomini della scrittura - lavorando a scuola ancora di più- questo mi ha colpito, perché l'elemento della "magia della tecnè" va ben oltre il problema del Ritalin.

Potremmo chiamarlo, nel mondo della vita umana, il problema della medicalizzazione -ma vorrei scavare ancora di più-, quello della genetizzazione dell'anima.

Voglio ricordarvi che, secondo un'ultima ricerca inglese, forse questa mattina, poiché i miei feromoni stanno girando in un certo modo, io mi sto innamorando di quella signora lì. E guardi, non c'è niente da fare, siccome è colpa dei feromoni, io adesso l'aggredirò....

Questa è una teoria raccontata dai giornali circa quindici o venti giorni fa: sosteneva che l'innamoramento è effetto della chimica, non l'inverso. Questo è ideologico. È necessario cominciare a dirlo. Io dico che la "magia della tecnè" tocca tutto, non solo il corpo ma anche la tecnologia.

C'è una sorta di nuovo mercato che ha principalmente come elemento strutturale -mi dispiace, ma è così secondo me- la politica e, naturalmente, l'economia. È forse un caso che questo convegno a Modena avvenga nella camera di commercio, ma forse no, forse perché hanno trovato quella sala lì. Sì, questo convegno dell'Università di Modena, quello dove c'è la vignetta " Piccola peste, calmati ".

Allora, quello che voglio dirvi lo voglio dire dal punto di vista della mia esperienza professionale: io sento che sta riscatenandosi la metafora della mela tagliata di cui vi parlavo a proposito del film di ieri sera, con una tendenza molto violenta a separare gli uomini da se stessi, dai propri vissuti e dalla propria vita, agonizzando ciò che si è, arrivando fino al punto estremo di pensare che in un cromosoma c'è scritto perché rischio di innamorarmi di quella signora lì.

Sono stato questa primavera ad un convegno pazzesco, l'argomento riguardava le malattie rare, e più o meno ho capito che ormai il mito della genetica è arrivato a questo punto: se io la mattina, come mi sveglio, starnutisco e se questo può essere interessante per le case farmaceutiche, in relazione all'invenzione di qualche spray, ci sarà sicuramente un genetista che, lavorando per pure frequenze statistiche, troverà che c'è una relazione tra il cromosoma diciotto e il fatto che ho starnutito. Gran parte delle malattie rare vengono accorpate per casualità genetica e, naturalmente, diventano mercato nella misura in cui esistono poi terapie, ritrovati medici o cose di questo genere. Sono molto legato allo straordinario libro di Ivan Illich, "Nemesi medica" , -forse bisognerebbe tirarlo fuori per gli ultimi stampati delle librerie-, dove dovremmo dire che esiste un problema fondativo sulla scienza, che è la deontologia, in ordine al fatto che moltissima della esperienza medica europea è iatrogena, non terapeutica.

Dobbiamo avere la franchezza di cominciare a dirlo, smettendo di pensare che lo scienziato, rinchiuso in un angolo, scopre delle verità e che dall'altra parte c'è della gente, impaurita dalla morte, che cerca invece di trovare la nuova bugia.

D'altra parte, io penso che questo approccio alla separazione, questo approccio a trovare l'angolo di me che interpreta l'anima ma legato ad una combinazione proteica, è una comodissima soluzione ai problemi della complessità delle vite. Dobbiamo, cioè, ammettere che questa stregoneria della tecnica, questa medicalizzazione, è la scorciatoia, - la droga vera, se volete-, con la quale si cerca di bypassare quello che, invece, è un problema vero della nostra società di oggi e, cioè, la sua complessità.

Perché è evidente che, davanti alla complessità dell'esistenza, i modelli culturali, i modelli economici, negano la sofferenza, ci evitano di morire. C'era un bellissimo pezzo di Beppe Grillo l'altra sera - ahimè, fatto nelle televisioni in scuro- su questa faccenda che ormai non si può neanche più morire, e magari morire in pace, se possibile.

Insomma, guardate che il Ritalin non è tanto diverso dalla Lambertucci. Io sono stato il fondatore del movimento anti lambertucciano, -che, come avete visto, ha vinto perché la Lambertucci è scomparsa-, perché sono convinto che il "più sani e più belli" è la tragedia della vita. Un po' grassi ogni tanto e godersi l'esistenza è un elemento fondamentale. Io non sopporto il mese di maggio, quando l'intero nostro mondo visivo è travolto dalla pubblicità per i prodotti dietetici. Qualche volta ci casco, naturalmente, perché implicitamente, implicitamente ma non tanto, esplicitamente propone un modello di salute, propone un modello di esistenza, che è perfettamente configurato a modelli economici, a modelli di consumo e a modelli di relazioni sociali. Nella metafora "piccola peste, calmati" di questa vignetta , c'è l'idea di una società che è quella del controllo sociale, che io connetto a un aspetto di cui nel nostro paese si parla ancora poco ma che negli Stati Uniti sta arrivando ormai a diventare azione politica, -anche se dopo i fatti di New York anche Bush dovrà ripensarci-, e cioè a quella teoria politica ormai molto esplicita che si chiama "conservatorismo compassionevole".

Ne parlano troppo poco. Si parte da un'idea molto semplice: è una rottura di balle andar dietro all'informativa. Costa troppi soldi. Agli handicappati, agli svantaggiati, agli extracomunitari, o robe di questo tipo qua, che diritti, bisogni! E la cosa migliore davanti a questo è una società che dia le opportunità a tutti ma a chi non ce la fa, non vale la pena: la carità, la compassione. La parola

"compassionevole", per la verità, in inglese non esprime lo stesso concetto che esprime in italiano. Noi spesso la usiamo in un modo dispregiativo dicendo "mi fai compassione", che è come dire "mi fai schifo". Nel modello inglese, invece, è più collegata alla cultura luterana, che è esattamente quella nella quale ognuno si deve assumere delle responsabilità. Chi non ce la fa, ciccia. È il mito di una neoesclusione che aderisce al modello americano del controllo, con chiarissime ed esplicite valenze ideologiche, che non mette in crisi le ragioni profonde e strutturali per cui l'esistenza umana oggi nega la possibilità di vivere una vita dove anche il dolore faccia parte della salute.

Sto dicendo una cosa paradossale ma è un argomento che mi appassiona molto. Se per caso a casa mangiate qualcosa di inquinato e vi viene la diarrea, pensate che può capitare. Ma se capita in una mensa scolastica vi prendete il botolino. Noi abbiamo oggi nella scuola una legge violentissima, la 626, che, partita dal presupposto della sicurezza, sta determinando più o meno il fatto che l'unico modo di fare scuola sia di incollare con del Vinavil il culo dei bambini alle sedie e che sta impedendo l'idea di una scuola come torta da mangiare, a favore di una teoria della scuola come tinello, dove bisogna andare, piano piano, con le pattine. Pensate agli eventi terroristici che stanno accadendo nelle scuole di oggi in ordine a come organizzare la scuola strutturalmente, pensate a questi impliciti simbolici: non discutono mai, per esempio, del colore delle pareti, dell'assenza o meno delle fioriere, della possibilità di godersi la scuola come luogo di pacchia, ma continuano a ragionare in termini di pericolo. Ecco, questo è un aspetto che voglio sottolineare: dietro alla medicalizzazione, alla clinicizzazione, alla tecnologia, c'è un'idea dell'eternità, del non morire mai, della salute, che è in realtà un paradigma strettamente connesso al modello di consumi e al modello di esistenza, dove il problema strutturale dei nostri paesi occidentali non è l'inclusione ma l'omologazione. L'inclusione, uno dei nostri grandi obiettivi.

Io preferisco usare la parola "inclusione" e non la parola "integrazione", per un problema molto banale, perché è molto bello dire l'incontrario della parola. L'incontrario della parola inclusione è escludere. Ebbene, tutti coloro che lavorano nell'inclusione sanno bene che il rischio è quello dell'omologazione. Ci vogliono degli standard per i soldi. La docimologia, questo mito, che è esattamente l'opposto della... ahinoi, della differenza.

Ebbene, questo aspetto che ha il suo massimo dominio appunto, come dicevo, nella genetica, ha degli effetti molto pratici nel mercato. Molto pratici. Perché determina tutta una serie di fatti concreti, anche fisici, dal modo di vestirci al modo di organizzare la nostra vita, al fatto evidente che abbiamo perduto alcuni paradigmi fondamentali dell'esistenza. Uno di questi, che mi tormenta sempre, quello dell'attesa, lo uso come esempio. Se voi, vent'anni fa, litigavate con vostra moglie, o vostro marito, e volevate prendere in mano un telefono e dirgliene quattro, dovevate scendere dalla macchina, avere delle monete, trovare una cabina, infilarle dentro e parlare. Intanto che il tempo passava per fare tutta questa roba, magari vi calmavate, parlavate in modo un po' più tranquillo. Ma oggi con questo maledetto aggeggiato qui, il cellulare, è finito il tempo dell'attesa, è finito il tempo del "pensarci sopra".

Ecco perché forse conviene tenerlo spento.

Anche questo è un determinato modello clinico di esistenza. È paradossale che coloro che provano a fare le analisi sui comportamenti umani siano più portati a vedere il sintomo piuttosto che la causa. Guardate, è molto interessante questa pagina della "Gazzetta" di oggi, pagina 13, ma non tanto per lo straordinario articolo di Valgimigli che è formidabile, ma perché c'è un articolo a parte che forse nessuno di voi ha letto: in Emilia Romagna c'è una crisi di tette. Sì, praticamente in questa regione i bambini non vengono più allattati. C'è scritto qui. C'è forse una relazione tra il fatto che noi abbiamo una condizione dell'infanzia, nella quale l'essere bambini -cioè godersi una bella succhiata di latte e il crescere - non c'è più e l'altra parte esposta da Valgimigli? Coloro che tirano fuori questi numeri spropositati - chiaramente funzionali al mercato- hanno anche questi dati qui vicino? Naturalmente non dico che c'è automatica connessione. Non sto dicendo questo. Sto dicendo che nella stessa pagina, forse per puro caso editoriale, ci sono due oggetti che in realtà sono lo stesso tema. Qual è la qualità della vita? Quali sono le cose che contano? Cosa serve davvero nell'esistenza? C'è una relazione tra il fatto che più del 50% dei bambini di questa regione entro i tre

mesi non hanno più l'allattamento al seno? Non sto tirando in ballo che le donne devono tornare fare le balie! Sto dicendo che ci si deve chiedere se esiste una relazione oppure no! Chi ci studia sopra, chi ci lavora? Nessuno!

Voglio parlare dal punto di vista pedagogico, per chiudere. Io sono dell'idea che questo è un maledetto paese perché ha avuto Giovanni Gentile come metafora della scuola: il ruolo della scuola non è quello di formare le persone ma di scegliere i migliori, e tutti gli altri ... a lavorare! Questo ha determinato il fatto che la didattica della relazione educativa è sempre rimasta nell'angolo dei matti, degli appassionati, come l'insegnante che è intervenuto prima. C'è l'idea che questo, come dire, è lo sfizio di pochi, ma che in realtà nella scuola quello che conta è spiegare, interrogare, chi sa che va avanti, chi non sa ... ciccia! Ebbene, questo elemento, poco a poco, ha spinto la scuola ad essere l'ancella sciocca di questo nuovo mondo medicale. A considerarsi subordinata. A legittimare quella tipica, terribile, oscena domanda che molto spesso le maestre fanno al dottore nei confronti di un bambino: "Dottore, cos'ha?", piuttosto che chiedersi insieme: "Dottore, chi è?". E, naturalmente, molti dottori non vedono l'ora che qualcuno gli chieda: "Dottore, cos'ha?", perché automaticamente si apre il cassetto e... tac: il Ritalin, l'elettroencefalogramma, la terapia. Guardate che non è un caso che in questo paese, da alcuni anni, moltissime cattedre di neuropsichiatria sono vinte dai discepoli del professor Cassano e cioè dal mito estremo dell'idea che oggi, per ogni problema della vita, c'è la pillola giusta.

Ecco perché mi piace il titolo di questo convegno, "la pillola di troppo": è quel "troppo" che determina degli effetti devastanti.

Io, però, sono dell'opinione che noi dovremmo avere dentro la scuola una rivolta di dignità in relazione al fatto che l'azione educativa ha un potente valore trasformativo della persona, agisce sui comportamenti, perché altrimenti, se corriamo il rischio di pensare ad una sorta, appunto, di "mito genetico" che predetermina gli esseri umani, tanto vale prendere la linea della signora Thatcher, figlia in questo caso del professor Eiseg e della sua teoria del quoziente intellettuale, fare l'esame del sangue ai bambini appena nati, e dopo richiederli dove vanno a scuola.

È, per alcuni versi, la teoria della signora Brighitt, ah sì, si chiama anche Moratti!, che sostiene l'idea che forse conviene scegliere il prima possibile chi mandare ai professionali, perché tanto non vale la pena investire per loro. Guardate che nel sistema attuale, in cui si sta partendo con la teoria degli ordini o dei cicli, c'è dentro un ampio pezzo di conservatorismo compassionevole.

C'è l'idea che è inutile gestire i figli dei poveri, o chi fa fatica, basta mandarli nei professionali perché gli diano qualcosa. Non è così non rintracciabile, questo. E altrettanto, ai figli dei matti o a quelli che sono matti, tanto vale dare una pillola! Perché preoccuparsi? Chi lavora nell'ambito educativo deve imparare ad avere una rivolta, avere una rivolta che, però, non può essere più la retorica della buona volontà ma deve diventare azione concreta.

Nel film su Helen Keller, che abbiamo visto poco fa, c'è una scena commovente ma quel film mi ha fatto pensare a un altro film, e soprattutto a un altro libro, forse lo ricorderete, "L'enfant sauvage".

È la straordinaria storia di Itard. Itard era un medico che si è trovato a incontrare un bambino abbandonato nella foresta e che ha avuto una grandissima intuizione clinica, diversa da Binet - Binet è il grande fondatore della psichiatria, peraltro-.

Nel film di Trouffou "L'enfant sauvage" la scena è molto bella su questo punto.

La domanda è: "Perché questo bambino è selvaggio?". La risposta di Binet è: "E' stato abbandonato perché era stupido". L'ipotesi di Itard, invece, è: "E' diventato stupido perché è stato abbandonato".. Guardate che non è la stessa cosa e l'effetto che se ne determina è l'opposto! Ma a differenza della ragazzina che abbiamo visto prima, il nostro povero Victor non riuscirà mai a collegare "acqua" all'oggetto. Anche in quel film c'è la parola "acqua".

E le ragioni per cui questo non accade, dice Itard, -che non riesce a capirlo fino in fondo, ma ci arriverà in seguito la ricerca, in particolare Vigotzkij-, è che in un certo particolare momento della sua vita non c'era qualcuno che glielo insegnava. L'elemento che vi sto indicando è fondamentale, e cioè che vi sono tappe nella vita della persona che se non si fanno nel modo giusto, creano dei guai irreparabili. Dove allora, poi, tutti i santoni dei vari Ritalin possono sguazzare quanto vogliono.

Se Victor non è riuscito a connettere pensiero, parole e significato, è perché nel momento strutturale in cui questo avviene non c'era nessuno che si occupava di lui, non perché era stupido.

Vedete, io trovo nel messaggio di Itard una sorta di negazione della diagnostica, il tentativo invece di immaginare che abbiano strutturalmente una simpatia verso la persona.

Uso la parola "simpatia" nel senso più banale, che può essere anche quello "fare il tifo", che è esattamente l'opposto della parola compassione. Ecco perché sento che nei bambini, invece, ai quali diamo delle soluzioni tossiche, in realtà costruiamo l'idea che non vale la pena di vivere l'esistenza, che è meglio farsela attraverso surrogati, che in qualche modo ti impediscono di diventare il cittadino e di diventare persona. Questo secondo me dovrebbe anche volere dire questo: che dovremmo immaginare una scuola nella quale il diritto al movimento, il diritto al casino, il diritto a farsi gli affari propri, dovrebbe diventare un po' più solido.

Qua, se mi permettete, inserisco una mia antica polemica verso le donne insegnanti. Non è un caso che qui il bambino della vignetta sia maschio, non è un caso. Pochi in Italia dicono che chi se la cava con l'infanzia, che chi fa male sono i maschi ... Io naturalmente non dico che è colpa delle insegnanti donne. Dico, però, che molta della cultura igienistica all'interno della scuola appartiene a un modello sul quale molto di più le donne che gli uomini sono condizionate. La mania di lavarsi tutti ogni volta che si finisce di mangiare, guai se no, di pulirsi le mani prima di mangiare, guai se no...

Non sto inneggiando alla passione dello sporco ma vi invito a scoprire che dentro la scuola, spesso, attraverso il modello femminile passano modelli igienisti che sono perfettamente connessi a dei determinati modelli di consumo. Ripeto: non voglio fare una critica al modello femminile ma sostengo un punto: poiché spesso il problema dei bisogni, della esclusione è anche una questione di genere, forse è meglio che affermiamo un maggiore coraggio nel parlarne anche in termini di quelli che il vecchio Marx avrebbe chiamato "riproduzione ideologica di modelli culturali". Il modello tipico materno è un modello di controllo, non solo di affetto, e molto spesso nel maternage, nel dire al bambino: "Fallo per me, non per te, ti prego, falla quella divisione, perché se no mi fai diventare triste!" c'è un ricatto che non è molto diverso da uno psicofarmaco. Non è molto diverso, perché induce nell'altro dipendenza: "Lo faccio per te. Lo faccio perché, se no, non mi ami..." e, cioè, instaurando delle relazioni che poi diventano perverse. Io vedo che dentro la scuola, molto spesso, c'è, ad esempio, un atteggiamento nei confronti delle ecologie, nei confronti della natura, nei confronti del rapporto tra uomo e tecnologia, che risente di un eccesso di russellismo.

C'è, insomma, una sorta di rifiuto un po' piccolo borghese. Oggi, invece, nei confronti della scienza e della tecnica, dobbiamo avere una sorta di sfida, non una condanna a priori. Insomma, in un qualche modo, dobbiamo saperla utilizzare con "saggezza", -torno alla parola da cui ho cominciato-, sapendo che forse quello di cui avremmo bisogno, in questa epoca, è di una parola che ormai non ci appartiene quasi più: la parola "sobrietà".

Siamo tutti eccessivi, siamo tutti eccessivamente ansiosi. Forse l'idea di recuperare una scuola "sobria" potrebbe significare recuperare un modello essenziale, ma anche in questo caso abbiamo sempre bisogno di francesi per imparare?

Avete letto due giorni fa questa bella ricerca francese che ci dice che, forse, la cosa di cui hanno bisogno i bambini europei è di farsi ogni tanto i cazzi loro?. Questo dice. Perché forse anche noi stessi, nella mania del tempo, occupiamo i bambini, -le ricerche dicono in tutta Europa attorno alle 48 ore-, a rimanere sempre in moto: ginnastica, karatè, nuoto, piscina, scuola e compagnia, ma non a farsi gli affaracci loro.

Poiché sono convinto che uno degli elementi fondamentali della vita sia farsi "gli affari propri", anche dentro la scuola vorrei che avessimo, come in questo convegno, l'idea che questa società avrebbe bisogno di una grande disintossicazione complessiva, avendo come mito la "sobrietà" dove ognuno sia libero di fare quello che vuole.

---

## **PSICOFARMACI E BAMBINI: LE SCORCIATOIE IN RISPOSTA AI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO INFANTILE. I DAVIDE DELLA PEDAGOGIA CONTRO I GOLIA DELLA NPI DELL'ETA' EVOLUTIVA.**

Intervento del Prof. Camillo Valgimigli \*

E' la prima volta a livello nazionale - per quanto io sappia - che nel nostro Paese si svolge un controconvegno, come quello di questa mattina, dal titolo che non lascia spazio a dubbi : " Una pillola di troppo"; tra l'altro una sorta di lotta di Davide contro Golia.

Sono infatti i Davide operatori territoriali, i Davide insegnanti, i Davide educatori ed insegnanti di sostegno, i Davide vari terapisti della riabilitazione i protagonisti di questo " controconvegno", così come è stato chiamato dalla stampa locale.

Il congresso, il seminario, il convegno vero, programmato dall'inizio dell'anno per i prossimi giorni, ha come protagonisti invece i Golia delle scuole di specializzazione in Neuropsichiatria infantile delle nostre Università.

Il titolo: "Il bambino disattento e iperattivo: Adhd e dintorni" presenta una serie di interventi diagnostici, farmacologici, neuropsicologici, finalizzati a preparare l'ingresso in farmacia ad un vecchio farmaco: il metilfenidato ( Ritalin in commercio) che di fatto ripropone i vecchi temi di 30 anni fa.

Temi in particolar modo quello della " medicalizzazione e della psicofarmacologizzazione", nel campo dei disturbi del comportamento dell'infanzia e dell'età evolutiva che credevamo ormai far parte della "cultura dell'infanzia ".

Se si pensa che i Golia psichiatri infantili modenesi, per spiegare meglio il convegno, hanno deciso di illustrarlo con la figura di " un piccolo mafiosetto", con tanto di coppola e con in bocca un non si sa cosa ( un sigaro ? una matita ? uno scacciapensieri ? ), e sotto - tanto per essere chiari la scritta : " Piccola peste, calmati! ", non vi è dubbio alcuno che l'obiettivo di quelle giornate di studio (si fa per dire ) è zittire, calmare, sedare, rendere più buoni insomma, questi bambini disattenti, iperattivi. "Bambini cattivi? " " No: bambini solamente malati e quindi bisognosi , prima di tutto, di pillole e psicofarmaci contro le varie sintomatologie disturbanti che presentano ".

Noi non crediamo che i bambini, anche se pestiferi , ammesso che esistano le piccole pesti, incutano tanto timore al punto che le varie alternative pedagogico-ludico-ricreative- educative, passino in secondo piano, con scarso o nulle possibilità di successo.

E' questo il motivo per cui oggi i relatori sono per il 90% psicopedagoghi : Raffaele Iosa, Assunta Barbieri , Ermanno Tarracchini ,Valeria Bocchini, Claudio Ajmone e Omer Bonezzi.

Ci sembra importante inoltre ricordare i motivi per cui abbiamo voluto questo contro- convegno a Modena.

In fondo Modena è la città dei bambini, il " paese pedagogico " per eccellenza, la sede del telefono azzurro, inserita tra l'altro in un territorio regionale ( Emilia Romagna) un tempo " il più psicosociale" che si conoscesse da cui sono praticamente partiti i vari progetti legati alla socializzazione sia degli handicappati che di tutti i bambini.

Non può non lasciare perciò perplessi che proprio in una situazione psicopedagogica sociale come quella modenese, gli specialisti universitari e dei servizi pubblici non abbiano alcuna remora a presentarsi in questa nuova veste "bionefarmacologica ".

LA VICENDA DEI BAMBINI INIZIA NEL 1971.

“Veste” che tra l’altro questa città aveva indossato esattamente 30 anni fa con la gravissima “vicenda” dei bambini-cavia di Modena: la neuropsicofarmacologia come repressione denunciata dal professor Maccacaro alla 4° riunione della Società Italiana di neuropsicofarmacologia, tenutasi a Bologna il 23, 24 ottobre 1971..

Nel 1971 Maccacaro denunciava i risultati di una ricerca secondo la quale 629 bambini delle scuole materne di Modena erano stati schedati in base al comportamento.

Di questi ben 150 (uno su quattro) risultavano in qualche modo “disturbati”.

I sintomi? “Aggressività, crisi di collera, isolamento, mutacismo, enuresi notturna, vomito, onicofagia (cioè mangiarsi le unghie), masturbazione, sonnambulismo, balbuzie...”.

A segnalare “i bambini anormali” erano gli insegnanti ringraziati tra l’altro dagli stessi ricercatori per la collaborazione.

L’esperimento di Modena continuava col “trattamento” dei bambini mediante uno psicofarmaco (Neuleptil), col risultato che i piccoli “criminali” di 3, 4, o 5 anni diventavano “adattati, socievoli, tranquilli...”

Il commento di Maccacaro di tanti anni fa può essere riferito senza variazioni alla nostra vicenda e può anzi diventarne la chiosa: “così ogni comportamento che contraddice il modello della conformità riceve un nome; e per ciò stesso diventa malattia perché la malattia esiste soltanto nel suo nome. Tanto è vero che a rendere credibile un’epidemia può sembrare sufficiente la ricchezza del dizionario, in questo caso del dizionario psichiatrico. Ma il gioco è fatto: anche la madre che non si fiderebbe di un pedagogo, si arrende alla suggestione del medico al quale è grata per averle restituito un figlio normale”

Ecco io credo che l’ADHD (a distanza di 30 anni), faccia parte di quel vecchio dizionario psichiatrico con patologie non meglio conosciute, per non dire letteralmente inventate.

## ADHD E DINTORNI : SE QUESTA E’ “MALATTIA”

Viene indicato con una sigla: ADHD; Attention Deficit Hyperactivity Disorder, che potremmo tradurre “sindrome da disturbi dell’attenzione”, ma in realtà è la riproposta della discussa vecchia “sindrome del bambino iperattivo”, conosciuta anche come “danno cerebrale minimo”, o “minimal brain disorder” (termine che sembra più credibile perché in lingua straniera).

Si tratta di una malattia letteralmente inventata in America già cinquant’anni fa, ma che lentamente sta prendendo piede anche in Italia.

Se è vero, come è vero, che recentemente le è stato dedicato un simposio diretto da neuropsichiatri infantili delle università di Cagliari, di Pisa, della Sapienza di Roma al congresso romano della società di psicopatologia, al quale ero presente insieme ad altri duemila psichiatri che non hanno neppure accennato a una sorta di debole dibattito.

L’aspetto gravissimo è che questa falsa malattia, che colpirebbe in particolare i ragazzini delle scuole elementari e medie, verrebbe curata con un farmaco: il metilfenidato (chiamato in commercio Ritalin), che è un farmaco psicoattivo.

I farmaci psicoattivi hanno purtroppo il potere di modificare chimicamente il comportamento, e devono quindi essere considerati alla stregua di vere e proprie droghe.

Sotto la totale indifferenza di tutti i ministeri, di tutti gli assessorati regionali alla sanità e delle varie istituzioni scientifiche e non deputate ai problemi dell’infanzia e dell’adolescenza, il Ritalin si accinge a sbarcare anche in Italia.

Lo scorso mese di ottobre la CUF (Commissione unica del farmaco) ha invitato le aziende produttrici ad avviare le procedure per la registrazione del prodotto anche da noi, “visto il ruolo del metilfenidato nel trattamento dell’ADHD e vista l’elevata incidenza di questa sindrome in età prescolare adolescenziale e l’assenza di farmaci alternativi”.

L'azienda farmaceutica, da subito, ha confermato al dipartimento per la Valutazione dei medicinali del ministero della Sanità di essere pronta a mettere a disposizione degli italiani il farmaco in tempi brevi.

La sindrome ADHD, da disturbi dell'attenzione con o senza iperattività, di cui parla la CUF, sarebbe la giustificazione diagnostica per prescrivere il Ritalin.

Per spiegare questa ADHD vengono indicati 99 sintomi prevalenti:

(...) difficoltà a mantenere la concentrazione; sembra non ascoltare, fatica a seguire le istruzioni, si distrae facilmente; si mangia le unghie, evita o non ama compiti che richiedono un impegno mentale sostenuto; giocherella con mani e piedi; si agita sulla sedia; corre e salta in maniera eccessiva; ha difficoltà ad aspettare o rispettare i turni; parla troppo; parla troppo poco, interrompe e s'intromette spesso nel discorso altrui, ha difficoltà a svolgere attività tranquille (....).

Sulla base di questi sintomi (credo comuni a tutti i bambini normali del mondo), schiere di pediatri, di psichiatri e psicologi americani continuano a dare la caccia al bambino con ADHD al punto che tale sindrome è stata riscontrata addirittura nel 40% dei casi esaminati.

Le case farmaceutiche produttrici di farmaci come il Ritalin hanno costruito e continuano a fare fortune colossali su questa falsa malattia.

In America, però, i danni procurati dal farmaco cominciano a entrare nelle aule di giustizia.

Contemporaneamente in Italia il farmaco sta per avere il diritto di entrare in farmacia.

Non ci saremmo però mai immaginati che la regione Emilia Romagna fosse la Regione da cui praticamente parte il riconoscimento scientifico ufficiale dell'ADHD, con dati epidemiologici sia pur discutibilissimi che di fatto legittimano la malattia ADHD e la necessità di cure psicofarmacologiche.

## IL DOCUMENTO

Un gruppo di psichiatri ha elaborato un documento: *Promozione di salute mentale, prevenzione del disagio psichico e disturbi mentali delle disabilità psicofisiche in età evolutiva*, in cui sostiene la validità del "deficit dell'attenzione e del disturbo ipercinetico" (ADHD) e la necessità di curarla.

Il gruppo di lavoro, nominato dal responsabile del Programma di salute mentale della regione Emilia Romagna, Dott. De Plato, composto da dodici rappresentanti della neuropsichiatria infantile delle Asl di Piacenza, Cesena, Modena, Reggio Emilia, Ravenna, Parma, Rimini, Imola, Bologna, presieduto da Giovanni Polletta, ha elaborato un documento che per quanto possa apparire incredibile, a pagina 3, recita testualmente:

"Ricerche catamnestiche, recentemente confermate (da chi, dove, quando, con quale scientificità, ci viene da chiedere) indicano determinanti del disturbo di natura genetica e ambientale, con fattori di rischio e di comorbidità in un procedere psicopatologico che ha come prima manifestazione il deficit dell'attenzione e il disturbo ipercinetico (ADHD) che viene accreditato da una prevalenza del 4% nell'età scolare (maschi e femmine). La maggioranza di questi bambini evolve verso la normalità, ma la presenza di fattori di rischi (condizioni sociali e culturali emarginanti, condizioni economiche di povertà, famiglia multiproblematica, insuccesso scolastico) o di comorbidità (disturbo dell'apprendimento, lievi disturbi del linguaggio) può deviare l'evoluzione verso un disturbo oppositivo provocatorio e verso il disturbo della condotta".

E' una vera e propria rivoluzione culturale: il "mala cosa nascer povero" manzoniano e le condizioni sociali di un bambino, che dalla notte dei tempi abbisognavano soltanto di interventi educativi e sociali, oggi invece devono essere curati con droghe.

Ma non basta: a pagina 4, il documento dei tredici "saggi" riporta testualmente:

"Nella popolazione che affluisce ai dipartimenti di salute mentale della Regione Emilia Romagna e ai servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva, l'ADHD si colloca al di sotto del 5%: ciò rappresenta una sottostima da attribuire probabilmente, più che alla disattenzione dei servizi



sanitari, alla cultura italiana tradizionalmente prudente nel riconoscere un disturbo dal possibile sviluppo psicopatologico”.

La prudenza della nostra cultura medica attuale di fare il possibile per evitare di diagnosticare come patologico un comportamento probabilmente del tutto normale di un bambino, nel documento viene rinnegata.

Dall’ADHD passiamo al farmaco, il Ritalin che viene proposto come cura elettiva.

## IL RITALIN

Il Ritalin è una anfetamina, uno stimolante centrale: come tale appartiene, lo ripetiamo, ai farmaci d’abuso ed è incluso fra gli stupefacenti.

Il commercio di questo prodotto rappresenta uno dei migliori affari di tutto il mercato farmaceutico: secondo la Drug Enforcement Agency, dal 1990 al 1995 le ricette di Ritalin sono aumentate del 600% , con un giro d’affari valutato sui due miliardi di dollari.

Spiace doverlo sottolineare, ma crediamo che sia questo volume d’affari la spinta più importante a decidere di curare con un’anfetamina , anche in Italia, i ragazzi distratti, svogliati, disattenti...

*I rischi* Negli altri Paesi ( e oggi anche in America) esiste un intenso difficile dibattito sugli effetti di terapie con Ritalin in bambini in età scolare, dibattito che è ben lontano dal giungere a risultati chiari.

Preoccupa soprattutto il fatto che il Ritalin stia diventando anche oggetto di commercio illegale.

Tritate e ridotte in polvere, le pillole di Ritalin vengono infatti smistate da molti ragazzi nei campus e nelle scuole al posto della cocaina.

Uno studio dell’università di Berkley della California afferma che i ragazzi trattati con Ritalin hanno un rischio tre volte maggiore degli altri di diventare tossicodipendenti.

Mentre altrove infuriano le polemiche, in Italia ADHD e Ritalin entrano dall’ingresso principale in farmacia, in nome della promozione della salute mentale, della prevenzione del disagio psichico e dei disturbi mentali in età evolutiva.

## I DANNI DELLA MEDICALIZZAZIONE DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO INFANTILE E DELL’ETA’ EVOLUTIVA

Alla luce di quanto siamo venuti a descrivere sull’ADHD e dintorni psicofarmacologici, dovrebbero emergere con chiarezza i motivi di questo controconvegno, basati fondamentalmente su un unico termine :la demedicalizzazione.

Demedicalizzare il problema, spostare cioè l’intervento dal singolo bambino in difficoltà al contesto socioculturale al cui interno si possono individuare e neutralizzare i disturbi che sono alla radice delle sue difficoltà significa però capovolgere diametralmente l’ottica con la quale i Golia della NPI attuali si rivolgono ai cosiddetti disturbi del comportamento ..

Medicalizzare queste difficoltà relazionali, affidarle agli specialisti di neuropsichiatria infantile o di certe psicoterapie comportamentali, per non parlare delle pedagogie cliniche ( che non possono avere diritto d’asilo per la contraddizione della stessa definizione che ne mette in crisi l’identità), significa creare ancora una volta una scienza divisa e separante, legittimare sostanzialmente un tipo di esperto cui affidarsi per deresponsabilizzare la famiglia, la scuola o il contesto allargato.

Significa soprattutto frantumare la persona attraverso la separazione dei processi di apprendimento e socializzazione, discriminare le persone attraverso formule escludenti di scolarizzazione con il risultato di allontanare non solo gli uni dagli altri, ma anche ciascuno dalla propria storia.

Crediamo sia importante sottolineare che già ben ventidue anni fa , per la prima volta in Italia, a dimostrazione di quanto sostenevamo, sosteniamo e continueremo a sostenere sui danni della medicalizzazione dei bambini con disturbi, descrivemmo l’allora nuova malattia letteralmente inventata in America: il “ danno cerebrale minimo”, detto anche “ disfunzione cerebrale minima” o “ sindrome del bambino iperattivo”, che cominciava già allora a prendere piede anche da noi.

Facemmo conoscere per primi o comunque tra i primi nel nostro paese *Il Mito del bambino iperattivo e altri strumenti di controllo del bambino* descritto da P.Schrag e D. Divoky, tradotto nel 1978 nella collana “ Medicina e Potere “ della Feltrinelli.

Fra i 38 termini che Clemens e il suo gruppo di lavoro identificarono fra quelli in uso per descrivere disturbi del comportamento in effetti normali scelsero il “danno cerebrale minimo” come nuovo disturbo ufficialmente riconosciuto nei manuali psichiatrici americani.

Il minimo indicava l’assenza di un comportamento grave e il danno (dysfunction) era usato per aggirare la necessità di trovare un problema organico.

Per l’avvenire DCM ( danno cerebrale minimo ) e MBD (Minimal Brain Dysfunction ) avrebbero dovuto semplicemente significare qualsiasi forma di comportamento che gli adulti avessero trovato importuno.

Puntuale arriva l’ADHD che ne è termini sostitutivo a livello semantico, ma identico nei contenuti.Oggi come allora di fronte ai contorni dell’ADHD continuiamo a chiederci se in effetti non esiste un bambino normale che non presenti almeno uno o due di questi sintomi.

Schrag e Divoky pubblicarono il Mito del bambino iperattivo e altri strumenti di controllo per denunciare infatti che questi bambini riconosciuti affetti da queste nuove malattie venivano curati con anfetamine e farmaci psicoattivi, vere e proprie droghe tipo Ritalin e Cylert.

A distanza di più di 20 anni è addirittura la CUF a chiedere provvedimenti psicofarmacologici di fronte a questa nuova malattia ( ADHD ) dei bambini :

- 1)Vista l’elevata incidenza ( non esistono ricerche scientifiche in merito) ;
- 2)vista l’efficacia terapeutica già dimostrata ( ? quando, attraverso quali ricerche !) del metilfenidato ( Ritalin ), che come abbiamo sottolineato ha invece effetti analoghi alla cocaina;
- 3)vista la mancanza di interventi alternativi in merito.

Io credo che saranno gli psicopedagoghi che oggi interverranno a presentare le alternative agli psicofarmaci.

Per quanto mi riguarda, concludo citando un mio articolo pubblicato più di 23 anni fa nella pagina di Medicina e Società del Corriere della Sera (29 giugno 1978 ), dal titolo : “Tre bambini su dieci curati con psicofarmaci “.

Senza mezzi termini veniva denunciata l’altissima percentuale di bambini ( 30% ) che “ oggi in Italia subisce gli psicofarmaci a causa di diagnosi troppo spesso sbagliate “.

E l’articolo continuava testualmente:

“Bambini agitati sin dalla nascita, lattanti che non dormono, non mangiano, vomitano, bambini dispettosi, discolti, aggressivi e ansiosi, pieni di paure, depressi, inibiti, che balbettano, che si mangiano le unghie, che fanno ancora la pipì a letto, pieni di tic; bambini con il vomito dello scolaro, con iperfagia ( che mangiano troppo ) o con comportamento alimentare opposto (che mangiano troppo poco ) vengono etichettati sotto il termine volutamente ambiguo di “ disturbi del comportamento “ e conseguentemente curati con un massiccio impiego di psicofarmaci.

Ma in realtà – mi chiedevo – sono disturbati i bambini o lo siamo noi adulti ( in quanto essi sono i disturbatori ) ?

Spesso infatti vengono etichettati con diagnosi psichiatriche e quindi bisognosi di psicofarmaci tanti, troppi bambini perché deviano da certi comportamenti considerati comuni o, ancor peggio, anormali, o “perché non si adeguano “ nella scuola, in famiglia, nei rapporti con gli altri”.

Veniva anche sottolineato come sia istintivo aggrapparsi al tranquillante o al sedativo o all’ipnotico per il bambino che non dorme e tiene svegli i genitori, e poi passare da uno psicofarmaco all’altro perché il bambino ci si abitua.

E’ altrettanto facile provare una serie di psicofarmaci nei disturbi comportamentali sopra riferiti, ma quali sono davvero i risultati ?

Prima di tutto occorre cercare di capire se il comportamento è espressione di una crisi evolutiva o la reazione a una situazione ambientale ( famiglia, scuola, compagni )che il bambino non tollera.  
A distanza di 23 anni, l'articolo è più che mai attuale.

\*Psichiatra, psicoterapeuta, Psichiatra dirigente del Centro Diurno e Residenziale del Centro Salute Mentale dell'AUSL di Modena. Professore a contratto presso la Scuola di specializzazione in Geriatria e Gerontologia dell'Università di Modena e Reggio Emilia: insegna Psicofarmacologia e psicoterapia geriatrica. Autore di numerosi volumi su handicap psichico, malattia mentale e psicogeriatrica. Collaboratore del Corriere della Sera ha vinto il Premio Giornalistico Nazionale : “ Parole e immagini contro l'handicap”.

---

### Intervento conclusivo di Omer Bonezzi

Le conclusioni relative a questo convegno sono state già tirate dagli altri. Non vi voglio tediare più di tanto, però è bene che alcuni messaggi arrivino alla città, agli insegnanti e un po' a tutti.

Primo: questo convegno fa parte di un progetto che prevede analoghi convegni in giro per l'Italia. E' supportato da un appello che è stato firmato dai principali responsabili dell' associazionismo professionale italiano, -oltre che dal sottoscritto, dal CIDI, dall'APIS, dall' MCE, dall'UIMC- e parla espressamente di abuso delle sostanze.

Non c'è, e deve essere chiaro, una guerra al farmaco.

Però, dobbiamo anche dire con chiarezza che il Ritalin, le modalità con cui viene introdotto in Italia, il momento ed il contesto, non possono che allarmarci in quanto ci rendiamo perfettamente conto che, se le condizioni di lavoro nella scuola pubblica sono queste -prospettate anche nella prossima finanziaria-, la via chimica alla soluzione di problemi relazionali diventa di fatto obbligatoria.

Da questo punto di vista, allora, non solo questo non è un “contro convegno”, come è stato detto in qualche contesto, -anche se anch'io mi sento di dire che la vignetta dell'altro convegno non è propriamente felice, per come è stata fatta, scritta, eccetera.

Però, sono incidenti di percorso che accadono nelle migliori famiglie-.

Dunque, non è un contro convegno, fa parte di un progetto.

Badate, oggi sta accadendo in questa sala qualcosa di assolutamente straordinario.

Le scienze che noi conosciamo hanno alcune caratteristiche: sono in realtà giovani, hanno impianti epistemici che sono stati fondati nell'800, sono fortemente autosufficienti.

Le scienze moderne -Edgard Morin., teorico della complessità, ce lo ha dimostrato- hanno un'altra caratteristica: sono umili. Il modello di scienza moderna è l'ecologia.

Sono umili, sanno dialogare con le altre scienze, ricorrono volentieri a prestiti e perseguono un obiettivo che non è quello delle scienze dell'800, vale a dire il dominio del mondo oppure uno sconvolgimento di equilibrio, ma perseguono un concetto che è quello dell'equilibrio, della armonia -consentitemi questo termine un po' New Age, che non mi appartiene, perché anch'io mi sento figlio di Galilei e di Cartesio-.

Quindi, noi siamo di fronte a una situazione in cui le scienze che vengono sono scienze in grado di autogenerarsi, di autoconstruirsi.

Se il Ritalin diventa lo strumento, l'arma chimica in mano agli insegnanti americani e 7 milioni di studenti, di ragazzi lo prendano, questo deriva anche dal fatto che la pedagogia non riesce in qualche modo a fondarsi scientificamente. Perché questo è il punto!

Ed in Italia abbiamo una maledizione eccessiva rispetto questa cosa.

Essendo la pedagogia figlia, in Italia, una sotto branca della filosofia, -siamo tutti figli di Gentile, anch'io, e un giorno o l'altro questo nostro padre dobbiamo decidere di sotterrarlo!- bene, da questo punto di vista, non si è mai fondata scientificamente, ha ragionato sempre di scenari e mai di tecniche, mai di ricerca scientifica e allora, da questo punto di vista, gli interventi del professore Tarracchini e della professoressa Bocchini non sono da prendere sotto gamba, perché per la prima volta si cominciano a costruire, a fondare scientificamente dei protocolli di intervento rispetto a questioni che sono assolutamente aperte.

Sono aperte, da questo punto di vista. E vorrei tornare nel merito.

Importate dall'America, arrivano delle -dis. Ricordo che il primo strano sintomo, o malattia, che ho incontrato, a Modena nel 1994 quando, dal passaggio dalle scuole elementari alle medie, aumentavano le segnalazioni degli alunni portatori di handicap, era "handicap a-specifico d'apprendimento", cioè gli alunni non imparavano. Io non entro nel merito. Questo è un problema. Bisogna solo capire chi è in grado di trovare la soluzione a questo problema.

Poi sono uscite le "disprassie", cioè gli "imbranati", per dirla con un linguaggio brutale. Anche qui, questo è diventato uno stigma, una cosa che in qualche modo ti impediva di andare oltre.

Poi è comparsa la "dislessia". Ora, io sulla dislessia apro una piccola parentesi. Qualcuno mi deve spiegare perché la dislessia è fortissima in quelle lingue in cui non c'è corrispondenza tra suono e scrittura e non da noi. Ora, se così è, vuole dire che non siamo di fronte a una malattia ma siamo di fronte a un fatto diverso, al fatto, cioè, che le tecniche d'insegnamento in atto all'interno di quel paese non sono sufficientemente adatte o adeguate per produrre un insegnamento positivo e che, di conseguenza, questa cosa provoca certamente dei disorientamenti, certamente un senso di disequilibrio, certamente richiede degli interventi di natura diversa.

In queste -dis (abbiamo pure la disgrafia, la discalculia, la disortografia: tutte le -dis che volete), abbiamo anche l'ipercinesia. Sulle altre, molto viene demandato alla pedagogia o alla psicologia, anche perché gli alunni stanno fermi e poi non è facile risolvere il problema.

Siccome la soluzione dell'ipercinesia è tenerli tranquilli, il Ritalin, se non ci fosse, bisognerebbe persino inventarlo, a questo punto!

Perché faccio tutto questo ragionamento? Perché so bene che questi sono problemi, sono i nostri problemi, sono i problemi della pedagogia fondata scientificamente. Ma so bene anche che se questi problemi vengono medicalizzati, vengono sottratti alla responsabilità, all'impegno degli insegnanti, viene in qualche modo, come dire: " Salvate anche la famiglia, è malato! " e in questa situazione, però, bisogna avere il coraggio di dirlo, che delle soluzioni non ce ne sono.

Sospendo un attimo la questione della ADHD e del fatto che sia proprio una malattia o non sia una malattia. Io credo che anche qui, prima di formulare diagnosi di questo genere, occorre dimostrarlo scientificamente. Ancora questo non è accaduto!

Ma preferisco le altre, voglio ragionare ancora un attimo delle altre. Della disprassia, ad esempio. Sapete qual è il paradosso? Che gli unici protocolli oggi in grado di superare il cosiddetto "imbranatismo" dei ragazzi sono tecniche teatrali. Un signore che si chiamava Alessandro Matteus, un attore, è riuscito in qualche modo a intervenire.

Sulla dislessia, i protocolli di intervento sperimentati in altri paesi sono lontani anni luce sia dalla psicologia che dalla psichiatria o da strumenti di questo genere.

C'è speranza, là dove l'approccio e l'intervento e le tecniche sono andate ben oltre la dimensione medica. Ma questo non è un problema della medicina, guardiamoci bene in faccia, è un nostro problema. C'è il fatto che noi, da una parte, dobbiamo liberarci in qualche modo della tradizione gentiliana, -che ci impedisce di avere un atteggiamento severo nei confronti della scienza-, ma dall'altra dobbiamo avere il coraggio di affermare una nostra autonomia professionale come insegnanti, autonomia che stiamo in qualche modo perdendo.

Concludo: la vicenda del Ritalin.

Noi chiederemo che questo farmaco venga ritirato, anche se sappiamo che ce ne sono di peggiori in giro sul mercato ma il Ritalin -è dimostrato scientificamente- presenta duemila e passa effetti collaterali. È inserito negli psicofarmaci dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e non

dovrebbero più essere in commercio. Quindi, alla fine della nostra campagna, chiederemo il ritiro del Ritalin.

Badate, è una metafora, è un modo di dire, è un'affermazione, e l'affermazione è che dal punto di vista deontologico la soluzione che per noi può apparire più semplice, cioè "è malato, diamogli la pillola", non è la più dignitosa per la professionalità dei docenti, non è quella che in qualche modo è compatibile con la sapienza di questo mestiere.

Ed è questo il nodo, ed è il nodo che oggi si trovano ad affrontare, per altri versanti, tutti coloro che hanno professioni di relazioni nei confronti delle persone.

Certo, è molto scomodo avere un bambino iperattivo in classe, oppure disattento, ma si può essere disattenti per tanti motivi. Ne cito solo uno, che mi ha colpito (l'ho già detto in un altro convegno, mi scuso): c'è questo Tomatisse, che è un otorinolaringoiatra, che si è messo a controllare le capacità uditive dei .....

Gli italiani parlano mediamente da 3 a 4 mila Mhz, gli inglesi da 8 mila a 12 mila Mhz.

I ragazzi italiani, per effetto del rock, parlano da 9-10 mila Mhz a 14 mila MHz.

Quando qualcuno di noi è in una classe, soprattutto noi docenti, e usa la parola "orefice", è molto probabile che l'ascoltatore, se è un ragazzo, senta la parola "pontefice", o viceversa, oppure "efice". Ora, di fronte a queste difficoltà di comunicazione, fondate scientificamente, si può arrivare a formulare qualsiasi cosa, non ultimo che la persona ha un disturbo dell'attenzione.

Se il disturbo dell'attenzione viene fondato come una malattia, si danno dei destini, si incatenano a delle situazioni dalle quali nessun ragazzo potrà più liberarsi.

Conclusione: chi crede che la via della medicalizzazione dei problemi pedagogici in questo paese sia una via semplice ha sbagliato.

Ha sbagliato perché c'è la determinazione della parte migliore della categoria, quella rappresentata dall'associazionismo professionale, come dire, di vendere in qualche modo cara la pelle. Il che non vuol dire che faremo delle contrapposizioni ideologiche, non vuol dire che vogliamo andare allo scontro con altri: noi vogliamo collaborare, vogliamo rivendicare il nostro spazio, vogliamo cercare delle strade originali che ci consentano di recuperare un intervento di neuro-pedagogia, -usiamo questo termine bellissimo del professore Tarracchini che in qualche modo dà il segno di una fondazione scientifica del nostro lavoro-. Noi questo vogliamo fare. E su questo ci sentiremo ancora. Grazie per essere venuti.