

Riflessioni sulla relazione di transfert e controtransfert tra docenti e allievi nella Scuola in Ospedale: l'ambiente che cura

Patrizia Formicola

Abstract

Questo lavoro propone l'utilizzo del concetto di **"terza area"**, intesa per Winnicott come *"il luogo in cui viviamo"* (1974), in quanto possibile chiave di lettura dei cambiamenti avvenuti nella **scuola in ospedale** in cui l'autrice lavora come docente e che è stato trasformato da "posto di lavoro molto difficile" ad "ambiente dove è possibile essere capiti". L'autrice crede fermamente che la psicoanalisi, con le sue **teorie sullo sviluppo del pensiero** e sui suoi blocchi evolutivi, possa dare buoni contributi alla comprensione dell'abbandono scolastico da parte degli alunni ospedalizzati, per prevenire e combattere la **dispersione scolastica** così diffusa in questo ambito.

Parole chiave

Terza area, Terzo settore, Scuola in ospedale, Teorie sullo sviluppo del pensiero, Dispersione scolastica

Introduzione

Questo lavoro si propone di illustrare un'esperienza di lavoro a sostegno dello sviluppo, fisico e mentale, realizzato nel D.H. di Cardiologia pediatrica del Monaldi di Napoli che accoglie bambini e adolescenti cardiopatici con diversi gradi di gravità e i quali afferiscono alla "Scuola in Ospedale".

La S.I.O. (chiameremo così da questo momento in poi la scuola in ospedale) nasce negli anni '90 come lotta alla dispersione scolastica, inserendosi nella tradizione culturale che appartiene al nostro paese di contrasto a questo grave fenomeno. Eppure, nonostante la prevenzione attuata, il livello di dispersione in Italia è ancora tra i più alti in Europa e questo perché le "buone prassi" restano fenomeni isolati, come si evince, per es., dal Portale Nazionale delle S.I.O. che appare sempre poco aggiornato.

"Occorre necessariamente, a nostro avviso, pensare la scuola come un "sistema", ovvero come un insieme formato da diverse componenti che "dovrebbero interagire tra loro", che si dovrebbero integrare attraverso relazioni perché accomunate da un medesimo obiettivo educativo e formativo."... *"In questo campo la psicoanalisi può dare un significativo contributo grazie alle sue riflessioni sulla relazione di transfert-controtransfert che si svolge tra docenti e allievi, grazie alle sue riflessioni teorico-cliniche sulle origini della capacità di pensare e sullo sviluppo del pensiero, sullo sviluppo della capacità di apprendere e sul blocco evolutivo che proprio tale capacità inibisce"* (Daniele Biondo, 2022).

Credo infatti che siano stati la mia formazione psicoanalitica winnicottiana unitamente all'essere uno specialista della didattica che mi abbiano permesso di trovare risposte creative alla situazione in cui mi sono trovata a lavorare nel 2018 come docente appena trasferita nella S.I.O. del D.H. della cardiologia pediatrica del Monaldi di Napoli. Infatti, essendo l'ultima arrivata, fui destinata a questa sezione di scuola e l'ambiente in cui mi sono ritrovata era veramente carente: i docenti e il personale sanitario a contatto con le angosce di morte avevano generato un burnout professionale tipico delle "professioni d'aiuto" e pertanto il D.H. era diventato un **"postaccio"**. Ma fortunatamente per me e per gli alunni, sono riuscita ad utilizzare alcuni costrutti della teoria winnicottiana per realizzare un percorso di lavoro che potesse garantire una integrazione delle funzioni istituzionali presenti, sanità e istruzione, al fine creare un ambiente di cura e di apprendimento facilitante lo sviluppo psichico ed

emozionale dei bambini e degli adolescenti afferenti al D.H.

Tutto questo, però, mi è stato chiaro solo quando, dopo tre anni di lavoro, ho cominciato a scrivere questo lavoro che si struttura in questo modo: dopo uno “schizzo” del bambino cardiopatico, riporterò brevemente alcuni concetti winnicottiani, per evidenziare la cornice teorica che ho utilizzato per questo scritto; mi addentrerò poi nella descrizione del luogo dove lavoro, fino a descrivere il progetto realizzato che ha portato a certe trasformazioni “dell’ambiente di cura”

Il bambino cardiopatico

Da alcune ricerche condotte sul tema di come il tipo di patologia influenzi la risposta alla malattia stessa (Kanizsa S. 2013), emerge che i bambini cardiopatici sono in genere più ansiosi, angosciati e scoraggiati di quelli ortopedici, ad es., e questo a fronte della possibilità per i primi di guarire e dei secondi di restare invalidi. Pertanto, i primi sono meno disposti a credere nell’efficacia delle cure o alla possibilità di guarire, mentre i secondi sono più fiduciosi e disponibili a collaborare con chi li cura. Probabilmente perché la cardiopatia richiama il tema della morte imminente, per il bambino e per i suoi genitori, in un rispecchiamento reciproco delle angosce di morte stesse.

Nel bambino cardiopatico abbiamo due situazioni: o c’è una malattia precoce, magari diagnosticata già in gravidanza, che richiede controlli periodici sin dai primi mesi, oppure un esordio durante l’infanzia, magari a seguito di uno svenimento, che consente però di individuare un “prima” e un “dopo”. Nel caso della malattia precoce, *“i bambini non hanno un’esperienza del vivere in salute, ma solo dello specifico funzionamento corporeo, e qui il disturbo fisico è un organizzatore idiosincratico, ma non necessariamente patologico”* (Gritti, 2020). Da un certo punto di vista, potremmo dire che il bambino cardiopatico è un bambino “rattoppato”, si pensi per es. al cateterismo, intervento banale per i medici, ma che evoca fantasie di invasione del corpo, dove il bambino è passivo e dove forse la sua mente ha dovuto organizzare difese precoci per far fronte alle sensazioni spiacevoli che il corpo gli rimanda.

Queste angosce di morte, dunque, caratterizzano gli ambienti dell’ospedale dove c’è la scuola e, conseguentemente, del D.H. presso il quale lavoro.

È stato subito chiaro che quello era un lavoro di frontiera per il quale è stato fondamentale avere presente, nella mente, alcuni concetti della teoria winnicottiana, quale quello di “Cure Ambientali” che designa un complesso e sofisticato insieme di attitudini psicologiche e capacità operative materne che promuovono la salute mentale. Le funzioni principali sono: l’adattamento progressivo ai bisogni del bambino; il garantire continuità e attendibilità delle cure; il proteggere da forti sollecitudini esterne; il contenimento.

Le cure ambientali permettono all’adulto di accogliere nella sua mente e trasformare in pensiero la tensione psichica cui il bambino non è in grado di dare senso, esse evolvono nel tempo rimodulandosi, sono introiettate dall’individuo entrando a far parte del suo funzionamento mentale favorendo lo sviluppo della personalità. Potenzialmente ogni adulto è in grado di svolgere tali funzioni.

L’altro concetto teorico utilizzato è quello di “terza area dell’esperienza umana”, intesa da Winnicott come *“il luogo in cui viviamo”* (1974). Un’area mentale ed esperienziale intermedia tra il mondo interno e la realtà esterna. In essa si sviluppano fenomeni che attengono al gioco e al giocare, agli interessi culturali e alle attività creative. Lo sviluppo di questa area si associa ad uno stato di salute mentale in quanto permette creativamente e spontaneamente di distinguere i fatti dalla fantasia e di elaborare le esperienze.

Il mettere in campo una funzione pensante, terza, mi ha permesso di soggiornare in uno stato mentale di attesa e di osservazione delle potenzialità della situazione per trovare soluzioni creative che le incrementassero; mi ha permesso di essere uno *“strumento di indagine addestrato alla vita*

interiore”, per usare le parole di Kohut (1980); mi ha addestrato cioè a quell’ *“empatia”* che mi ha consentito di accogliere il “non detto” della comunicazione dei bambini e delle loro famiglie.

Credo che l’aver avuto presente tutto questo abbia potuto trasformare “un posto di lavoro” così complesso in un ambiente facilitante.

L’esperienza di lavoro

Il corpo docenti che opera nel D.H. si è trovato a dover organizzare le attività scolastiche nel delicato momento rappresentato dai controlli periodici dei bambini/ragazzi cardiopatici.

Il lavoro copre un arco di tempo rappresentato dalla mattinata ed è dunque molto facile sottovalutare l’impatto di questa esperienza nella quotidianità dei bambini/ragazzi e delle loro famiglie, ma, ad uno sguardo più attento, si possono cogliere elementi di difficile elaborazione che pervadono gli spazi e intralciano il lavoro di tutti, personale sanitario incluso.

Lo scenario che si presentava era questo: i bambini più piccoli, apparivano angosciati, non si lasciavano visitare e spesso dovevano entrare e uscire dalle stanze di visita per calmarli; i genitori che li accompagnavano apparivano a loro volta angosciati, per cui o li blandivano senza alcun effetto, oppure, all’opposto, sembravano poco disposti ad accogliere piani e rifiuti, assumendo un atteggiamento duro e talvolta minaccioso, paventando punizioni di varia natura.

Un altro elemento che si è posto all’attenzione era l’interruzione della loro routine per poter fare i controlli: alcuni di questi bambini vengono da lontano, sono costretti a delle levatacce per poter essere puntuali ai controlli, contribuendo al cattivo umore. Altri ancora esprimevano il loro disappunto proprio per non essere andati a scuola, non aver visto i loro compagni e maestre, per aver lasciato fratelli e sorelle nella loro normalità. I più grandi, inoltre, apparivano molto scocciati, immersi nei loro devices, in un isolamento che sembrava difensivo, mentre gli adulti si raccontavano vicendevolmente ad alta voce le rispettive esperienze di genitori di piccoli cardiopatici, incuranti di essere ascoltati.

Un elemento di riflessione condivisa tra i docenti, per trovare le giuste strategie, è stato il momento della comunicazione della diagnosi: spesso gli infermieri accompagnavano i piccoli pazienti dai docenti, in modo che i dottori potessero parlare con i genitori, ed era importante che ci fosse stato un buon affido iniziale, in modo che i bambini/ragazzi si potessero sentire al sicuro con noi, accettando di lasciare i genitori a parlare di loro, spesso per programmare esami più approfonditi quando non interventi. Ma se l’affido iniziale era stato fallimentare, ci trovavamo spesso davanti ad ostinati rifiuti che non consentivano di fatto la protezione di quel momento delicato.

In generale, dunque, nel D.H. le atmosfere apparivano tristi e dense di elementi persecutori, che talvolta sfociavano in alterchi tra le persone, il personale sanitario e i docenti, al punto tale che questo luogo era definito da più parti “un postaccio”.

La consapevolezza di insegnare a questi bambini/ragazzi per un solo giorno ed in un contesto così caotico, a contatto con angosce di morte, faceva sentire gli insegnanti poco importanti, svalutati nel ruolo e funzione da svolgere.

Questo senso di inutilità rendeva l’intervento dei docenti poco professionale, alla stregua di un intrattenimento squalificato che li impoveriva ogni giorno di più. Le pressanti richieste dell’ambiente di drenare le accennate angosce di morte producevano un senso di alienazione che irrigidiva, rimandando un’immagine deteriorata della professionalità.

Come docenti abbiamo condiviso queste criticità, partendo da quelle personali che ci hanno consentito di sintonizzarci su quelle degli alunni.

Ma come fare per organizzare al meglio il nostro lavoro? Innanzitutto abbiamo ascoltato, dedicando il nostro tempo ai piccoli e cercando di capire di cosa avessero bisogno in quel momento. Facendo alcune domande mirate, ci siamo resi conto che pochi di loro, per non dire nessuno, sapeva a cosa servivano l’ECG e l’Ecocardiogramma e, i piccolini in particolare, erano spaventati dalla possibilità di sentire dolore, paura che era sintetizzata nella semplice frase: “ho paura delle siringhe”.

Inoltre, questo tema del dolore era ricorrente, perché molti di loro ci hanno parlato dell'intervento subito e del post-operatorio, e, nonostante anche i più grandi sapessero che durante i controlli non avrebbero potuto subire le stesse cose, erano lo stesso preoccupati.

Abbiamo utilizzato queste comunicazioni per creare un video in cui con immagini accattivanti, in un dialogo ideale tra adulti e bambini fatto con le nostre voci e quella di un piccolo attore che si è prestato, spieghiamo loro cosa avrebbero fatto durante i controlli in modo molto semplice. Lo abbiamo concordato con il personale sanitario e abbiamo cominciato a mostrarlo quando se ne è presentata la necessità.

Inoltre, abbiamo strutturato la nostra aula rendendola un ambiente accogliente, con un efficace equilibrio tra offerta didattica, gioco e attività laboratoriali, perché abbiamo messo a fuoco che l'improvvisazione era la cosa che più ci danneggiava: con la consapevolezza che avremmo visto quei bambini/ragazzi solo per un giorno, avevamo smesso di progettare le nostre attività didattiche e abbiamo capito che questo vuoto di pensiero era la prima cassa di risonanza per le loro paure.

Quindi, abbiamo ripensato a tutto il nostro intervento: dalla presentazione della nostra scuola in sala d'attesa quando accoglievamo i pazienti, passando alle attività programmate, all'ascolto dedicato alle madri quando raccoglievamo i dati per il nostro registro, alle interruzioni per le visite, fino al momento del saluto. Abbiamo creato un setting in cui sostare, sentirsi contenuti e "poter fare" con i bambini/ragazzi.

Sulla Lim di cui l'aula è dotata, vengono caricate, oltre che il video sui controlli, anche attività didattiche digitali che risultano coerenti con la programmazione didattica, sempre centrata sulle emozioni.

I nostri camici, bianchi ma con inserti colorati, recano la scritta "Scuola in Ospedale" ricamata, in modo tale da essere un elemento di continuità con il personale sanitario, ma, allo stesso tempo, differenziandocene. La docente che accoglie i piccoli pazienti in sala d'aspetto, presenta la scuola, quando non è già nota, e prende i loro dati. Questo momento è diventato anche il momento in cui si chiedono notizie del bambino/ragazzo e con il tempo si è trasformato in uno spazio di ascolto per le famiglie, in particolare le madri.

I bambini vengono accompagnati nell'aula che resta sempre aperta in modo che possano vedere i loro accompagnatori, e si cominciano le attività: ai piccoli viene chiesto se sanno perché sono lì, dalle loro risposte ci regoliamo per proporre le nostre attività, incluso il video. Questo momento è molto delicato perché la possibilità di fare un "buon incontro" si gioca tutta in quei pochi minuti, e di questo siamo diventati molto consapevoli.

Quando il bambino/ragazzo viene chiamato per i controlli, spesso non si mostra angosciato come quando è entrato, non solo, ma quando è dentro si mostra più collaborativo perché non vede l'ora di rientrare in classe, e questo rimando ci viene fornito dal personale sanitario.

Tutti questi accorgimenti sono stati affinati con il passare del tempo attraverso gli incontri multidisciplinari, qualche volta informali anche con lo stesso personale sanitario, mettendo a fuoco i vari aspetti per poi trovare le giuste strategie. E anche ora che la situazione appare più stabile, siamo continuamente alla ricerca di miglioramenti, soprattutto quando si presentano delle criticità, come ad esempio con i bambini più difficili, magari con qualche disabilità a cui talvolta le cardiopatie si accompagnano. Da questo punto di vista, il diario di bordo di cui ci siamo muniti diventa un bacino prezioso di informazioni a cui attingere.

Possibili trasformazioni

La funzione di un **terzo pensante** tra il bambino/ragazzo e istituzioni ha permesso la possibilità di creare uno spazio potenziale, al fine di curare un ambiente che da postaccio si è reso facilitante lo sviluppo.

Affinché ci sia lo spazio potenziale è necessario che l'ambiente sia attendibile e caratterizzato da un clima di fiducia, ma non rigido, e questo mi porta a parlare delle caratteristiche dell'ambiente di

apprendimento di cui i docenti, in quanto affidatari e responsabili della formazione dei bambini/ragazzi, fanno una grossa parte programmando le attività didattiche e valutando.

Winnicott dice: " *al pari della madre, o di chi si prende cura di, noi dobbiamo conoscere l'importanza della:*

- *continuità dell'ambiente umano, e anche non umano che contribuisce all'integrazione della personalità individuale;*

- *attendibilità che rende prevedibile il comportamento di chi si prende cura;*

- *adattamento graduale ai bisogni mutevoli e sempre maggiori del bambino, che è spinto dai propri processi di accrescimento all'indipendenza e all'avventura;*

- *misure per realizzare l'impulso creativo del bambino. (idem)*

"Allo stesso modo noi non dobbiamo programmare i dettagli di ciò che dobbiamo offrire ai bambini affidati alle nostre cure. Dobbiamo organizzarci in modo tale che in ogni caso ci sia qualcuno che abbia il tempo e la disposizione naturale necessari a sapere quali sono i bisogni del bambino." (idem)

Il gruppo di lavoro è stato il primo requisito dello spazio potenziale che abbiamo creato nella nostra aula e che ci ha permesso di affrontare insieme le ansie legate alle angosce di morte a cui ho fatto cenno, trasformando la situazione in modo da poterci stare anche e indipendentemente dalla situazione stessa.

La funzione principale che ha avuto **il gruppo** dunque è stata quella di favorire uno spazio di riflessione contenitivo e trasformativo che ha permesso ai docenti di trovare strategie più funzionali e agli alunni un rispecchiamento nella malattia fino all'elaborazione dei contenuti più o meno gravosi grazie ad un "pensiero di gruppo". A tal proposito, cito la raccolta di ricerche fatta da Michele Capurso (2017) sulla comprensione della malattia e delle relative terapie da parte del bambino che evidenzia proprio come bambini più piccoli riuscissero a comprendere cose più difficili grazie al fatto di dividerla con altri bambini più grandi ricoverati. Un apprendimento costruito, cioè, attraverso le interazioni con gli altri, interazioni capaci di generare ristrutturazioni cognitive in tutti i soggetti coinvolti, attraverso la condivisione e la negoziazione delle proprie idee, piuttosto che tramite un processo di interiorizzazione di conoscenze che esistono esternamente al bambino.

Il piccolo C.

Riporterò ora un esempio di quanto ho fin qui descritto.

C. ha 5 anni ed è stato già operato 4 volte, viene a controllo ogni due mesi circa e purtroppo per lui, si prospetta un altro intervento.

È un bambino molto affettuoso e socievole, spontaneo che attira le simpatie di tutti noi. Quando viene in ospedale, anche se non deve fare i controlli in ambulatorio ma in reparto, chiede sempre alla madre di poter passare a salutarci e la signora, che appare molto in sintonia con il bambino, si organizza per fargli trascorrere un po' di tempo con noi. Ogni volta che entra nella nostra aula chiede di poter fare una delle attività proposte, ma in realtà è solo una scusa per intrattenerci con i suoi racconti, sulla sua vita familiare e scolastica, facendoci ridere di cuore. Ma se lo si ascolta bene, spesso, a bassa voce dice: "mi mettono gli orsetti". Noi sappiamo che quando fanno l'ECG mettono gli elettrodi sul petto dei piccoli pazienti a forma di orsetti, pertanto abbiamo compreso che questo pensiero lo accompagna costantemente mentre è in visita da noi. Talvolta, racconta di un giocattolo che ha avuto in dono dal primario che lo ha operato, particolare che ci ha spiegato la madre, e non sappiamo se quello che racconta sono sogni oppure fantasie ad occhi aperti inerenti al giocattolo/primario, che lo salva e al tempo stesso gli fa del male. Di certo sono pensieri costanti e, pur non essendo nostro compito fare da terapeuti a questo bambino, sappiamo che per lui la nostra presenza in ospedale rappresenta un punto di riferimento importante a cui confidare, attraverso i suoi racconti, queste angosce che lo assillano. Durante uno degli ultimi controlli ha detto in dialetto al dottore che lo visitava: "se mi fai male, glielo dico alla maestra", cosa che ha fatto ridere medici ed

infermieri. Ma al di là della battuta, forse C. ha trovato nella scuola in ospedale adulti che assolvono ad uno dei loro compiti: proteggere i piccoli, e li ha richiamati alla mente per poter affrontare la sua prova.

Conclusioni

Mi è sembrato utile riportare questo esempio di applicazione dei concetti Winnicottiani all'interno delle istituzioni, dei quali molta parte dell'equipe è del tutto inconsapevole: ciò che ci unisce è "la disposizione naturale a sapere quali sono i bisogni del bambino" (1974)

Il confronto in piccolo gruppo e la mente aperta dei miei colleghi hanno permesso di trasformare un luogo ostico, evitato da tutti, in un posto accogliente. Un luogo dove i bambini/ragazzi tornano volentieri e ci vengono a cercare, aspettandosi fiduciosamente che noi li riconosciamo, nonostante passino dei mesi. A tal proposito, vale la pena dire che accogliamo all'incirca dai 5 ai 12/15 bambini/ragazzi, di età diversa (infatti siamo una pluriclasse) in un giorno e spesso capita che si formino piccoli gruppi di lavoro, nonostante che la conoscenza reciproca avvenga nel giro di pochi minuti. Pensiamo che sia l'ambiente di lavoro curato, stabile, attendibile, flessibile, che si adatta a ciascun bisogno consentendo a tutti di esprimersi con le proprie caratteristiche, ad operare ogni giorno questa speciale alchimia.

Così come siamo consapevoli che ci sono situazioni in cui non possiamo fare la differenza perché *"Quando il bambino è malato, allora c'è una crisi e la terapia necessaria coinvolge il terapeuta in persona, e il lavoro non può essere espletato su alcuna altra base."* (Winnicott 1974)

Questo lenisce il nostro senso di frustrazione: la *"terza area"* che abbiamo creato funziona innanzitutto per noi, consentendoci di riconoscere e rielaborare le nostre personali angosce; permette di offrirci come oggetto che sopravvive agli attacchi distruttivi e allo stesso tempo ri-orienta il soggetto che ci usa, riportandolo ad una sostanza diversa-da-me e permettendo a noi di tornare più sereni al nostro lavoro, pronti ad accogliere, pensare e fare.

Bibliografia

- Abram Jan: *"Il linguaggio di Winnicott"* Franco Angeli-Milano (2002)
- Bion Wilfred R. *"Attenzione e interpretazione"* Armando Editore- Roma (1973)
- Biondo Daniele, Roberta Patalano, Concetta Rotondo, (a cura di) *"Psicoanalisi a scuola. Valutare e prevenire la dispersione scolastica"* Vecchiarelli Editore (2022)
- Capurso Michele *"Facilitare la comprensione della malattia nel bambino"* Franco Angeli -Milano (2017)
- Giannakoulas A. *"Il rapporto-transfert maestro-allievo in una società che cambia"* in *"Fattori curativi in psicoanalisi e psicoterapia in una società che cambia"* a cura di ASNEA (2016)
- Giannotti A.- De Astis G. *"Il Diseguale"* Borla editore (1989)
- Gritti Antonella *"Essere amati per quel che si è. Riflessioni sulla malattia cronica ad insorgenza precoce"* in *Richard e Piggle* 28, 3, 2020
- Kanizsa Silvia *"La paura del lupo cattivo"* Raffaele Cortina Editore-Roma (2013)
- Kohut Heinz: *"La guarigione del sé"* Bollati Boringhieri-Torino (1980)
- Ricciardi M., Giusti P., Tamajo Contarini R. *"Spazi di consulenza psicologica per adolescenti"* in a cura di Bonito Oliva Rossella *"La cura delle donne"* Meltemi Editore-Milano (2004)
- Winnicott Donald W.: *"Dalla pediatria alla psicoanalisi"* G. Martinelli & C.- Firenze (1975)
- Winnicott Donald W.: *"Esplorazioni psicoanalitiche"* Raffaello Cortina Editore-Milano (1995)
- Winnicott Donald W.: *"Gioco e realtà"* Armando Editore- Roma (2002)