

LA NUOVA FRONTIERA DEI TRATTAMENTI INTEGRATI NELLA DEPRESSIONE E NEI DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO: PSICOTERAPIA ANALITICA E RIABILITAZIONE. UNA SINTESI RAGIONATA DELLA LETTERATURA ATTUALE SUI DSA

Adelia Lucattini*

Psicoanalista*

RIASSUNTO

Secondo le definizioni internazionali, le difficoltà di apprendimento in età evolutiva sono suddivisibili in Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e Disturbi Non specifici di Apprendimento (DNSA). Da un punto di vista nosografico, nella recente edizione del DSM-V (2013), i Disturbi Specifici dell'Apprendimento sono inclusi all'interno della categoria, di nuova concettualizzazione, dei disturbi del neurosviluppo. Questi quadri clinici sono inseriti nello stesso raggruppamento o cluster perché costituiscono un insieme di condizioni tra loro correlate, che condividono fattori di rischio genetici, neurobiologici, aspetti neurofunzionali e dimensioni sintomatologiche psichiche. In un'ottica dimensionale, sono previsti degli specificatori del livello di gravità del disturbo (lieve, medio, grave) per differenziare in che misura le difficoltà di apprendimento previste interferiscano con l'apprendimento e il benessere complessivo dell'alunno e che tipologia e l'intensità di facilitazioni e supporti occorre fornire affinché l'alunno possa sviluppare le competenze accademiche. Anche se le difficoltà di apprendimento scolastico riguardano il 10-20% della popolazione in età scolare, la prevalenza dei DSA viene posta dalla maggioranza degli autori tra il 2 ed il 5%. I DSA sono frequentemente associati a disturbi dell'umore, la comorbidità può sottendere relazioni diverse, con diverse implicazioni teoriche e cliniche, anche se non sempre chiaramente distinguibili nel singolo soggetto, soprattutto se la diagnosi viene posta tardivamente. In alcuni casi il disturbo psicopatologico sembra essere una conseguenza del DSA, in altri il DSA è un fattore scatenante di un disturbo psicopatologico già presente, in altri ancora il DSA rappresenta un sintomo del disturbo psicopatologico. È ormai dimostrata l'efficacia del trattamento psicoanalitico nella regressione dei sintomi, nel bambino con DSA e disturbo dell'umore, trattamento associato al sostegno psicologico per i genitori e per questo dovrebbe essere inserito nei protocolli di cura. L'analisi è inoltre indicata come prevenzione primaria rispetto allo sviluppo di patologie depressive e break-down evolutivi in adolescenza, e disturbi dell'umore nell'età adulta.

Parole-chiave: DSA, depressione, riabilitazione, potenziamento, psicoanalisi

* * *

Secondo le definizioni internazionali e delle Linee Guida della SINPIA (2011), le difficoltà di apprendimento in età evolutiva sono suddivisibili in Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) e Disturbi Non specifici di Apprendimento (DNSA).

*Psicoanalista Ordinario, analista esperto nella psicoanalisi di bambini e adolescenti della Società Psicoanalitica Italiana e Full Member, expert in Psychoanalysis with children and adolescents of the International Psychoanalytic Association Psichiatria, Dirigente presso Dipartimento di Salute Mentale della ASL Roma 1 - Roma

DEFINIZIONE

«Si può porre una diagnosi di Disturbo Specifico di Apprendimento quando, a test standardizzati di lettura, scrittura e calcolo, il livello di una o più di queste tre competenze risulta di almeno due deviazioni standard inferiore ai risultati medi prevedibili, oppure l'età di lettura e/o di scrittura e/o di calcolo è inferiore di almeno due anni in rapporto all'età cronologica del soggetto, e/o all'età mentale, misurata con test psicometrici standardizzati, nonostante una adeguata scolarizzazione. Tali disturbi (denominati dislessia, disortografia, disgrafia, discalculia) sono sottesi da specifiche disfunzioni neuropsicologiche, isolate o combinate» (SINPIA, 2011).

Da un punto di vista nosografico, nella recente edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (APA, 2013), i disturbi specifici dell'apprendimento sono inclusi all'interno della categoria, di nuova concettualizzazione, dei disturbi del neuro sviluppo, assieme alla disabilità intellettiva, i disturbi della comunicazione, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, i disturbi dello spettro autistico, i disturbi del movimento, i disturbi da tic e altri disturbi del neurosviluppo con altra o senza specificazione.

Questi quadri clinici sono inseriti nello stesso *raggruppamento o cluster* perché costituiscono un insieme di condizioni tra loro correlate, che condividono fattori di rischio genetici, neurobiologici, aspetti neurofunzionali e dimensioni sintomatologiche di origine psichica.

Inoltre, in un'ottica dimensionale, sono previsti degli specificatori del livello di gravità del disturbo per differenziare in che misura le difficoltà di apprendimento previste interferiscano con l'apprendimento e il benessere complessivo dell'alunno e che tipologia e l'intensità di facilitazioni e supporti occorre fornire affinché l'alunno possa sviluppare le competenze accademiche: il disturbo è lieve se ci sono difficoltà solo in uno o due ambiti scolastici, ma lievi e tali da essere facilmente compensabili con facilitazioni e supporti; il disturbo è moderato se le difficoltà in uno o due ambiti scolastici richiedono facilitazioni e supporti più intensivi sia a scuola sia a casa; il disturbo è grave se le difficoltà comprendono diversi ambiti scolastici e sono tali da richiedere interventi didattici altamente individualizzati.

«Prima di includere il disturbo di un bambino in questa categoria diagnostica è necessario escludere la presenza di una eziologia tra quelle che notoriamente possono incidere negativamente sull'apprendimento e che possa di per sé giustificare il quadro clinico» (*ibid.*, 2011).

I DATI EPIDEMIOLOGICI

«Anche se le difficoltà di apprendimento scolastico riguardano il 10-20% della popolazione in età scolare, la prevalenza dei disturbi specifici di apprendimento (dislessia, disgrafia e disortografia, discalculia) viene posta dalla maggioranza degli autori tra il 2 ed il 5% (1, 32).

In particolare Kavale e Fornes riportano per il disturbo di lettura una prevalenza del 4%, con range da 2-10%; per il disturbo di scrittura prevalenza nel range 2-8%, per il disturbo del calcolo nel range 1-6%.

In Italia, dove esiste un sistema linguistico trasparente, la prevalenza viene valutata intorno al 2,5-3,5% da Stella, in accordo con Levi e Soresi; mentre sono rilevati valori inferiori da Coscarella (0.88-1.23%) e superiori da Curci e Ruggerini (3.65%), Mazzotta (4.35%) e Tressoldi (5-10%)» (*ibid.*, 2011).

COMORBILITÀ

«Nel caso in cui il DSA sia associato ad un disturbo psicopatologico, frequentemente si riscontrano disturbi dell'umore, la comorbilità tra le due affezioni può sottendere relazioni diverse, con diverse implicazioni teoriche e cliniche, anche se non sempre chiaramente distinguibili nel singolo soggetto, soprattutto se la diagnosi viene posta tardivamente.

In alcuni casi il disturbo psicopatologico sembra essere una conseguenza del disturbo di apprendimento e dell'insuccesso scolastico che esso comporta; in questi casi il disturbo psicopatologico tende a ridursi spontaneamente in parallelo con la riduzione delle difficoltà scolastiche; in altri casi il DSA appare agire come un fattore scatenante per la strutturazione di un disturbo psicopatologico già presente, sia pur in forma larvata, negli anni precedenti; in questo caso l'andamento dei due disturbi appare relativamente indipendente.

Queste due situazioni non vanno in ogni caso confuse con il percorso inverso, quando cioè il disturbo di apprendimento è aspecifico e rappresenta solo un sintomo del disturbo psicopatologico.

La comprensione della natura dei rapporti tra DSA e disturbi del comportamento richiede una interpretazione esplicativa che a sua volta deve fare riferimento a una precisa teoria psicopatologica.

I Disturbi d'ansia sono spesso associati ai Disturbi di apprendimento, nelle varie articolazioni: attacchi di panico, disturbo di ansia di separazione, fobie semplici, fobia sociale. Questi disturbi possono condurre anche a ritiro dalla scuola, per periodi transitori o prolungati, e comunque interferiscono sulle possibilità di trattamento e recupero delle difficoltà nel settore didattico. I Disturbi somatoformi possono essere espressione di reazioni secondarie agli insuccessi e frustrazioni in campo didattico e produrre disadattamento e ritiro transitorio o prolungato dalla scuola. I Disturbi dell'umore possono subentrare secondariamente a disturbi specifici delle abilità scolastiche o essere una componente causale di disturbi aspecifici di apprendimento.

Rappresentano un rischio sia per il fenomeno di abbandono della scuola, spesso collegato a ritiro sociale, sia – più raramente – per la comparsa di idee suicide» (*ibid.*, 2011).

RIABILITAZIONE DSA

Come scrive Lo Presti (2012) «dopo la diagnosi di DSA molti genitori iniziano per i loro figli un percorso di incontri con Psicologi, Logopedisti, Educatori, Pedagogisti, Psicomotricisti, (ognuno di questi, adeguatamente formato con competenze specifiche per i DSA) al fine di migliorare le abilità. Nei DSA, dal punto di vista puramente Formale si parla di Riabilitazione o di Rieducazione

Funzionale. E' dunque un "linguaggio" ufficiale. Infatti nei manuali diagnostici si parla di "Disturbo", e DSA significa, appunto, "Disturbo Specifico di Apprendimento". Associato alla parola "disturbo" vi è poi la parola "Riabilitazione". Nonostante ciò, proprio negli ultimi anni si è cercato sottolineare che i DSA più che dei "Disturbi" siano delle "Caratteristiche". Nel dettaglio il PARCC sui DSA indica che: "Dislessia, disortografia e discalculia possono essere definite caratteristiche dell'individuo, fondate su una base neurobiologica; il termine caratteristica dovrebbe essere utilizzato dal clinico e dall'insegnante in ognuna delle possibili azioni (descrizione del funzionamento nelle diverse aree e organizzazione del piano di aiuti) che favoriscono lo sviluppo delle potenzialità individuali e, con esso, la Qualità della Vita" (PARCC, 2011)».

Per riabilitazione si intende un percorso di recupero di funzioni ed abilità già possedute ma che, con vari livelli di gradi e diverse cause, sono state disattivate o meno attivate, sono state rese non funzionanti o ipofunzionanti: ad esempio se avessimo un bambino che prima legge e poi, di colpo (causa trauma, incidente, etc.) non legge più allora parleremmo di riabilitazione, di difficoltà secondarie, ma non di DSA inteso come disordine del neurosviluppo.

Nei DSA le caratteristiche sono innate: dunque, è un qualcosa che non c'è mai stata e che stenta a svilupparsi e quindi il termine riabilitazione sembra meno appropriato a definire l'insieme delle metodiche e supporti che possono essere adottati per facilitare e promuovere l'apprendimento, riducendo gli effetti limitanti delle caratteristiche neuro funzionali di base.

«Visto che è dunque nelle nostre intenzioni dare il più aiuto possibile nello svilupparsi dell'abilità: noi "Potenziamo" le abilità di velocità e correttezza della lettura nella Dislessia; "Potenziamo" le abilità ortografiche per la diminuzione degli errori ortografici nella Disortografia; "Potenziamo" le abilità grafiche di scrittura per migliorare la qualità del gesto grafico; "Potenziamo" le abilità di calcolo per aumentare la velocità ma soprattutto diminuire gli errori» (Lo Presti, 2015).

PSICOTERAPIA ANALITICA E DSA

Marco Mastella (2009, 2012) ha scritto ed esposto in molteplici occasioni seminariali e congressi, sull'utilità della ricerca neuropsicologica tesa ad evidenziare i processi di funzionamento normale della mente e i fenomeni sottesi alle disabilità, auspicando fertili collaborazioni tra approccio cognitivo, neuropsicologico e psicoanalitico.

«Il rischio di 'frammentare' gli ambiti valutativi di un bambino, a scapito di un intervento terapeutico specifico, immediato, 'relazionale-cognitivo', che può dare, come nel caso illustrato, risultati sorprendenti. Nei bambini affetti da DSA, sono accentuati gli aspetti di piacere e di dolore che caratterizzano la curiosità di sapere, di conoscere e la spinta ad apprendere e ad entrare nel mondo della scrittura, della lettura e del calcolo, accettandone le regole, che inevitabilmente si scontrano con le difficoltà di rinunciare almeno in parte alle fantasie magico onnipotenti.

Le differenze tra Difficoltà scolastiche (20% della popolazione) e DSA (3% della popolazione), sono spesso artificiose, nei principali contributi scientifici sui DSA, una parte di tali contributi sostiene l'esistenza di una peculiare vulnerabilità neurobiologica dei bambini (soprattutto dislessici) che sarebbe all'origine dei disturbi e del successivo disadattamento scolastico e dei frequenti problemi emotivi correlati; un'altra parte, di ricercatori di indirizzo psicoanalitico, mettono in evidenza le correlazioni tra i disturbi di apprendimento e le fantasie, i vissuti e le esperienze della prima infanzia di questi bambini, in particolare per quanto riguarda le difese adottate nei confronti delle angosce di separazione.

Lo sviluppo del pensiero, del linguaggio, del disegno, della personalità sono elementi fondamentali per apprendere, e all'importanza della situazione in cui si realizza e condivide l'apprendimento di lettura, scrittura, calcolo (caratteristiche della scuola, dei docenti e delle relazioni formative, nonché dell'ambiente familiare)» (Mastella, et al., 2009).

Anna Maria Nicolò (2005) ha scritto con altri psicoanalisti dell'importanza del trattamento psicoanalitico nel bambino con disabilità o problematiche specifiche e dell'efficacia del trattamento nella regressione dei sintomi, trattamento che è sempre accompagnato da un sostegno alla genitorialità o da un setting parallelo (una propria terapia analitica) per i genitori.

Secondo molti autori, la psicoterapia nei bambini e adolescenti affetti da DSA costituisce una prevenzione primaria rispetto allo sviluppo di patologie depressive e break-down evolutivi in adolescenza e nell'età adulta.

La depressione nasce dalla consapevolezza di avere una diversità che se non intercettata e accettata può essere vissuta come una disabilità più importante da un punto di vista psichico rispetto al disturbo dell'apprendimento in sé.

L'intelligenza in questi bambini e adolescenti è un fattore che li rende emotivamente più vulnerabili, proprio perché più consapevoli delle proprie difficoltà, più in grado di percepire le differenze con i propri compagni di classe e più bisognosi di essere compresi nella loro fatica, nel sottoporsi ai trattamenti riabilitativi plurisettimanali, nello sforzo quotidiano che svolgono in classe e a casa nell'eseguire i compiti, nel convivere con una difficoltà oggettiva.

Per questo, nei protocolli riabilitativi, a nostro parere, dovrebbe essere inserito un percorso psicoterapeutico di tipo psicoanalitico proprio per venire incontro a queste specifiche necessità, favorire la risoluzione dei sintomi depressivi quando già presenti e prevenirne una possibile insorgenza negli anni a venire.

Anche ai genitori è necessario offrire un supporto, poiché il dolore dei figli non è sopportabile per nessun genitore (Lupinacci et al., 2015), affinché possano essere risolti da possibili sensi di colpa, dal timore di non fare abbastanza o non essere in grado di aiutarli.

I genitori hanno anche necessità di essere supportati psicologicamente come persone e nel loro ruolo, proprio per le necessità riabilitative dei figli che richiedono tempo, impegno, fatica e molta tenuta, inoltre molte energie vengono loro richieste anche nell'interfacciarsi con la scuola e i terapeuti dei loro figli.

La psicoterapia analitica fornisce una possibilità di miglioramento e guarigione, e gli strumenti per affrontare diversamente, in modo più efficace il presente, in funzione del futuro che verrà.

Bibliografia

- APA. *Diagnostic and statistical manual*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Carnaroli F., Mastella M. (a cura di), *Le tante declinazioni della psicoanalisi infantile*, Dibattiti Teorico-Clinici su www.spiweb.it, 15 settembre 2012 - 15 gennaio 2013.
- Cornoldi C. (a cura di), *Difficoltà e disturbi dell'apprendimento*, Ed. Il Mulino Collana "Strumenti", Bologna, 2007.
- De Beni R., Cisotto L., Carretti B., *Psicologia della lettura e della scrittura*, Ed. Erickson, Trento, 2001
- Lo Presti G., *Nostro figlio è dislessico. Manuale di autoaiuto per i genitori di bambini con DSA*, Ed. Erickson, Trento, 2015,
- Lo Presti G., *Diagnosi dei disturbi specifici dell'apprendimento scolastico*, Ed. Erickson, Trento, 2012.
- Lupinacci, MA, Lucattini A., et al.: *Il dolore dell'analista. Dolore psichico e metodo psicoanalitico*, Astrolabio, Roma, 2015.
- Mollon P., *Esperienze di disintegrazione*, Astrolabio, Roma, 2017.
- Mastella F., Mastella M., Tugnoli S. *Appunti di psicologia dello sviluppo* Aracne, Roma, 2009
- Nicolò A.M., Trapanese G., *Quale psicoanalisi per la famiglia*, Franco Angeli, Milano, 2005
- PARCC 2011, *DSA Documento d'intesa*, in www.lineeguidadsa.it, pp. 21-22, Bologna, 2011.
- Saccomanni L., Chiarezza G.A., *I disturbi specifici di apprendimento*, in *Linee guida per i disturbi di apprendimento, parte I*, SINPIA, Milano, 2011.
- Tressoldi P.E., Vio C., *Diagnosi dei disturbi dell'apprendimento scolastico*, Ed. Erickson, Trento, 1996.
- Vicari S., Caselli M.C., *Neuropsicologia dello Sviluppo*, Ed. Il Mulino, Bologna, 2010.

Corrispondenza

Adelia Lucattini

Cell.: +39 329 3766099

E-mail: adelia.lucattini@gmail.com