

IL CASO di PIETRO: Psicoanalisi e Neuropsichiatria in età evolutiva, da separate in casa a coppia di fatto.

Flavia Capozzi

Ringrazio la Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza dell'Ospedale Niguarda e il Centro Milanese di Psicoanalisi per questa iniziativa giunta alla sua terza edizione. Non entrerò nel merito della diagnosi e patogenesi dei Disturbi Specifici di Apprendimento (DSA), né sulle linee guida o i cambiamenti apportati al DSM IV (1994) dal DSM V (2013), né sui vari tipi e modalità di trattamento dei DSA. Vorrei andare subito al cuore di questo incontro e focalizzare l'attenzione sul ricco e bel materiale clinico, che ci è stato proposto dalla drssa Josiane Lots , attraverso due prospettive di osservazione quella della neuropsichiatria infantile e quella della psicoanalisi, per me inscindibili. Credo che solo attraverso un dialogo tra queste due discipline nel rispetto delle differenze e reciproche competenze sia ipotizzabile una "cura sufficientemente buona" per i bambini e adolescenti con disturbi neuropsichiatrici. Proverò a discutere il caso di Pietro attraverso tre concetti, che sono alla base della psicopatologia dello sviluppo, condivisi dalla neuropsichiatria infantile e dalla psicoanalisi del bambino e dell'adolescente: unità mente-corpo, relazione e ambiente, sviluppo e processo di crescita.

UNITA' MENTE- CORPO

Gli studi pionieristici di Spitz (1946), l'Infant research (Sandler 1967, Stern 1987) e più recentemente le neuroscienze (Panksepp 1998, Rizzolatti e Sinigaglia 2006) hanno confermato la centralità dell' unità mente\corpo nello sviluppo di un individuo e quindi di un bambino.

Pietro di 8 anni, secondogenito di tre figli, viene portato in consultazione alla fine della II elementare per difficoltà di apprendimento "*è lento e si stanca a leggere*", sul piano emotivo "*si offende facilmente e ha scatti d'ira*"

All'inizio dell'**anamnesi** si ha una notizia drammatica sul padre "*è ammalato di tumore alla vescica per cui fa numerosi ricoveri ospedalieri per interventi o chemioterapia*", non sappiamo altro, né l'epoca di inizio della malattia, né l'età del

padre, né quanti anni aveva Pietro quando il papà si è ammalato. Queste domande mi accompagneranno e condizioneranno tutta la lettura del caso. Dopo due anni e mezzo, quando Pietro frequenterà la V elementare, il padre muore.

Cosa altro veniamo a sapere dalla raccolta anamnestica?

La gravidanza di Pietro è stata a rischio per 9 mesi, parto a termine, cesareo. È stato allattato per 22 mesi, con svezzamento parziale dai 14 mesi per rifiuto di cibo diverso dal latte materno. Ha avuto un ritardo di linguaggio e ha pronunciato le sue prime parole a 2 anni quando ha iniziato a frequentare l'asilo. Pietro dorme nel lettone con la madre e la sorellina di un anno, mentre il padre dorme nel letto del figlio, questa situazione viene motivata dalla madre dalla nascita della piccola per evitare la gelosia di Pietro. Ma più avanti sapremo proprio dallo stesso Pietro che tale situazione era preesistente alla nascita della sorella *“ prima dormivo con la mamma e papà dormiva nel mio letto..... ma poi è nata mia sorella, allora sono andato nel mio letto”*. Mi sarei aspettata che con un attaccamento così esclusivo alla madre Pietro avesse problemi di distacco, ma viene riferita dalla madre alcuna difficoltà di separazione nell'inserimento in asilo nido o in scuola materna.

Sono colpita quando la madre definisce la crescita di questo figlio come *“dolorosa”* Dolorosa perché? Perché è un figlio troppo impegnativo, richiedente ed esclusivo, troppo bisognoso, percepito come poco adeguato (lettone, ritardo di linguaggio) alle loro aspettative. Ma mi chiedo anche quando la signora abbia saputo che il marito era malato e aveva un tumore. Per tutta la consultazione il padre rimane in silenzio, non interviene in alcun modo, è distante anche se presente fisicamente alla visita. Mi chiedo a cosa stia pensando? Dove vada la sua mente.

La descrizione di Pietro fatta solo dalla mamma risulta estremamente contraddittoria *“ ha scatti d'ira non sta fermo è geloso della sorella....è socievole, simpatico, saluta tutti nel metrò”*.

Il clinico, che ascolta il racconto della signora, commenta che *“comunica informazioni un po' alla rinfusa, impulsivamente, senza fare collegamenti, senza pensiero critico sui fatti”*, successivamente la madre verrà descritta *“preoccupata per la malattia del marito e sovraccarica”*.

Dall'iniziale **valutazione** neuropsicologica e cognitiva di Pietro risulta una normodotazione intellettiva con un profilo cognitivo disarmonico per una significativa dissociazione tra competenze visuocostruttive alte (Q P 107) e verbali basse (QV 77). In sintesi si evidenzia un disturbo specifico di apprendimento su base

linguistica con compromissione della lettura e scrittura, di grado moderato (Prove MT non valutabili). Non ci sono dati sul calcolo né sulle capacità motorio-prassiche. Viene deciso un intervento riabilitativo di tipo logopedico. Non so se al di fuori di alcuni colloqui con i genitori, in cui si parla del comportamento di Pietro nei diversi ambienti (casa, scuola, terapia), si sia ipotizzato un sostegno più strutturato ad una coppia genitoriale "sovraccarica" e così sofferente.

Dobbiamo aspettare la **prima seduta di terapia** (inizio III elementare) e lo sguardo della terapeuta, per avere un'immagine di Pietro come bambino vero, reale con un corpo "*è un bambino sovrappeso, dall'aria imbronciata*" già molto consapevole delle sue difficoltà "*dice di venire perché parla e legge male*", aggiunge che gli piace la scuola ma non l'intervallo, non vuole giocare, ma solo imparare. A casa gioca da solo alla Play Station o con i personaggi di Dragon Ball, a volte con le sorelle. Mi chiedo come si muova questo bambino sovrappeso? Se fa giochi di movimento con i compagni? Se pratica o è appassionato di qualche sport? Se si vergogna del suo corpo sovrappeso e per questo evita di giocare con i compagni alla ricreazione. Il disegno della prima seduta (slide 2) è illuminante, è il biglietto di presentazione dei problemi di Pietro "*c'è un padre seduto sul divano e un figlio che apre la finestra per far uscire l'aria*", più che seduto il padre sembra sdraiato (malato), il figlio, che nel disegno appare più alto e grande del padre fa uscire l'aria dalla finestra, ma forse cerca anche di farla entrare, di cambiare l'aria in quella stanza chiusa e forse l'inizio della terapia è anche un modo per far entrare aria/energia nuova nella sua vita, di cambiare qualcosa, di trovare un aiuto alle sue difficoltà. Ma affidarsi non è cosa facile per un bambino abituato a non essere visto e ascoltato, che per la difficile situazione familiare si è dovuto rapidamente rendere autonomo. La terapeuta comprende i sentimenti di Pietro "*mi sembra un bambino triste e arrabbiato di dover fare tante cose da solo*" ma anche orgoglioso e con molta sensibilità gli propone un compromesso (10 sedute di prova, alla fine della quali Pietro chiederà di poter continuare e la terapia durerà circa due anni). Pietro all'inizio minimizza le sue difficoltà "*sono solo più lento degli altri*" e la terapeuta con tatto gli dice "*vuoi che ti aiuti per questa lentezza?*". Pietro accetta l'aiuto "*ma solo un po'*". Subito dopo Pietro teme di essersi scoperto troppo nella sua fragilità, pensa che accettare o chiedere aiuto è cosa da piccoli e cerca di difendersi con atteggiamenti onnipotenti. Propone alla terapeuta un gioco in cui lui conduce e

inventa una serie di indovinelli di animali in modo impulsivo e disordinato, a cui la terapeuta deve rispondere in una sorta di inversione di ruoli.

Fin dall'inizio la terapeuta, diversamente dai genitori troppo sofferenti e impegnati nelle richieste della vita reale, vede l'ansia, la rabbia, il dolore di Pietro, ma accetta il mandato circoscritto, affidatole dai genitori e dal bambino, di aiutarlo a leggere più veloce. Da subito la terapia si rivelerà una base sicura per Pietro, che saprà coniugare il lavoro sugli aspetti più tecnici della letto-scrittura al gioco simbolico, a racconti di storie inventate e personali, ad evocazione libera di parole, a disegni. Nelle sedute compare spesso il tema della preoccupazione per la malattia *"il neonato Francesco è ammalato e viene curato dalla mamma, molto stanca, e dallo zio dottore"* e man mano che la terapia procede emergono tematiche di aggressività, rabbia e paura (associazioni di parole scritte *serpenti, squali, denti aguzzi, paura*, slides 7,8). Seguiranno storie dove oltre la rabbia troveranno spazio e ascolto la paura per situazioni pericolose, aspetti onnipotenti, combattimenti tra buoni Goku e cattivi Babyvegeta (slides 9,10), ma anche il tema della perdita e della crescita con conseguenti vissuti depressivi.

RELAZIONE AMBIENTE

Sappiamo che la crescita è un processo maturativo ed interattivo, osservabile ed analizzabile solo all'interno della relazione\ambiente. Winnicott (1952) affermò provocatoriamente *"there is no such thing as a baby"* a significare che un bambino esiste nel momento in cui qualcuno (madre, caregiver, famiglia allargata, insegnanti, terapisti) se ne prende cura; in seguito questa affermazione troverà ampio seguito negli studi sull'attaccamento di Bowlby (1978).

I dati anamnestici ci suggeriscono una relazione tra madre e figlio di tipo fusionale (allattamento per 22 mesi, dormire nel lettone), bruscamente interrotta dalla realtà esterna, la malattia del marito e la nascita della terzogenita. Entrambi, madre e figlio, sono colti completamente alla sprovvista da questi eventi, un'osservazione in sala di attesa descrive una madre che *"si sostituisce al bambino per vestirlo o parlare. Sembra che lo stia ancora imboccando e non gli lasci tempo o spazio per organizzare il suo pensiero"*. Dopo poco questo bambino ancora "imboccato" sarà costretto ad autonomizzarsi rapidamente ed andare a scuola da solo a 8 anni e mezzo. Dopo quasi un anno di terapia Pietro scrive una storia sulla scia di un gioco fatto con i playmobil *"il bambino è preoccupato, ma la mamma anche e non*

lo ascolta” (slide 11). Penso che per fortuna in questo momento c’è lo spazio della terapia dove poter comunicare con un adulto in grado di ascoltarlo.

Il rapporto con il padre è condizionato dalla malattia, le spinte edipiche e onnipotenti di Pietro fanno fatica ad esprimersi e si colorano di pesanti sensi di colpa, sempre dallo stesso testo *“Il papà va in moto. Il figlio Francesco vorrebbe la moto ma è troppo piccolo. Litigano. Francesco si arrabbia tanto. Deve aspettare di essere grande. Il papà fa un incidente e si fa male e va in ospedale.....Il bambino si attacca dietro l’ambulanza”* .

Pietro occupa la posizione scomoda del figlio di mezzo, per giunta maschio tra due sorelle, un’ adolescente e l’altra di poco più di un anno di vita, entrambe per motivi evolutivi diversi credo che richiedano molta attenzione da parte dei genitori. Del rapporto con la sorella più grande non sappiamo nulla, mentre con la piccola da subito viene evidenziato dalla madre un rapporto conflittuale e connotato da forte gelosia. Durante una seduta in cui Pietro mette a letto il bambolotto *“anch’io dormo nel mio letto. Quando ero piccolo dormivo nel lettone ma poi è nata mia sorella, allora sono andato nel mio letto”* e quando la terapeuta gli chiede cosa pensi di questo cambiamento, risponde *“niente”* . E’ la terapeuta che lo stimola facendo esplicito riferimento alla rabbia. Pietro scopre che si può parlare di rabbia e di gelosia, non solo agirla o nasconderla, che può essere visto in tutti i suoi aspetti positivi e negativi senza essere giudicato o sentirsi *“il cattivo”*. A questo punto può incominciare a differenziarsi e rassegnarsi al tradimento dei genitori *“ per la mamma e il papà va bene così”*. Da quel momento riesce a prendere le distanze anche dal comportamento capriccioso e prepotente della sorella, i genitori riferiscono che *“Pietro si mostra più sensibile e tenero nei suoi confronti al punto di rinunciare ogni tanto ai suoi desideri per lei”* .

Colpisce che non vi sia alcun accenno a rapporti con altri bambini, Pietro sembra un bambino solo e senza amici. C’è un solo disegno dell’ultimo periodo in cui compaiono forse dei coetanei *“che fanno acrobazie ma cercano di lasciare spazio anche agli altri “* (slide 12)

Nel tempo si va costruendo una relazione di fiducia tra Pietro e la terapeuta, compaiono termini come *rassicuratore e assicurare* nell’associazione di parole scritte (slide 13). Il lavoro della terapeuta è andato al di là delle specifiche difficoltà di apprendimento per cui fu richiesto l’intervento. E con responsabilità e sensibilità, nonostante i miglioramenti ottenuti sia nell’espressione verbale che nella letto-

scrittura (slides 15,16, 17) la terapeuta deciderà dopo la morte del padre di seguire Pietro *“ancora 6 mesi per sostenerlo”*

SVILUPPO

Già Anna Freud nel 1945 sosteneva l'importanza della spinta evolutiva nello sviluppo di un bambino, per cui la gravità di un disturbo nell'infanzia doveva essere valutata *“non secondo il danno che apporta alle attività o agli atteggiamenti del bambino in un modo particolare o in un dato momento, ma secondo la misura in cui impedisce al bambino di svilupparsi ulteriormente”*. Ma questo è vero solo in parte, si è constatato come in età evolutiva si cambia e si cresce malgrado tutto, malgrado il disturbo e insieme al disturbo.

E anche Pietro cresce nonostante la dislessia e la dolorosa situazione familiare, ma penso che il suo percorso di crescita sarebbe stato ancora più complicato e pieno di ostacoli senza la terapia *“l'aria nuova che fa entrare nella stanza”* del suo primo disegno. Da un parte il lavoro riabilitativo sugli apprendimenti con conseguente miglioramento delle performance lo ha reso più sicuro di sé e ha ridotto l'ansia. Ma credo fondamentale sia stata la figura della terapeuta, che in una fase in cui i genitori, sovraccarichi di impegni e sofferenza non erano in grado di vedere e ascoltare i bisogni di Pietro, ha saputo accogliere, comprendere e sostenere una crescita difficile. Pietro è combattuto tra il desiderio di rimanere piccolo, *“che fa di testa sua, non ascolta la mamma, fa sempre quello che vuole come mia sorella”* e diventare grande *“guidare la moto come il papà.... ma deve aspettare di diventare grande”*. Pietro è ambivalente sul tema della crescita *“Sì, vorrei essere piccolo ma devo fare da grande.....so che devo fare come un grande ma non mi piace”*. Le sue parole risultano ora più vere e autentiche rispetto all'inizio quando diceva che gli piaceva la scuola ma non l'intervallo perché non voleva giocare, ma solo imparare. Non gli piace diventare grande perché significa perdere i superpoteri dell'infanzia, diventare *“uomo è brutto, lavorare sotto gli ordini di un capo, invecchiare”*, crescere significa per Pietro diventare vecchio e ammalato come il padre. Penso che sia difficile per un figlio, quando il padre è anziano, malato e arrabbiato con la vita, crescere, conservando una sana e giocosa competizione con lui, desiderando di superarlo senza sentirsi in colpa.

E allora mi chiedo in che modo e con quale bagaglio Pietro proseguirà il suo percorso di crescita alle soglie della preadolescenza, con quali strumenti affronterà

la tempesta adolescenziale? Con quali risorse emotive la madre gestirà il lutto, la sua vita futura e il futuro dei suoi tre figli senza un padre?

CONCLUSIONI : L'etiopatogenesi multifattoriale del disturbo specifico di apprendimento, propria di tutti i disturbi del neuro sviluppo, l'andamento continuo, che si trasforma seguendo le diverse traiettorie evolutive e la comorbilità necessitano di continuità di cura, di una presa in carico stabile, ma allo stesso tempo aperta ai diversi interlocutori del percorso e flessibile ai cambiamenti del disturbo e della fase evolutiva. Levi scrive in un suo ultimo editoriale (2013) prendersi cura dei disturbi neuropsichiatrici in età evolutiva significa *"individuare l'emergenza di un disturbo ed occuparsi nel tempo e ad ampio spettro delle conseguenze **attuali e prevedibili** di quel disturbo in quel bambino nell'interazione con il suo ambiente"*.

Il progetto terapeutico si configura come un modello di cura multimodale, integrato, dove trattamenti diversi possono succedersi nel tempo (riabilitazione, psicoterapia, farmaci) oppure più interventi possono coesistere in setting paralleli.

In questo modello di cura il lavoro con i genitori, inteso come aiuto evolutivo, psicologico, non solo educativo (Fonagy et al., 1993) risulta irrinunciabile.

La scelta della tipologia e del *timing* per i diversi interventi, che si succedono, risponde a criteri clinici oggettivi (linee guida e protocolli terapeutici) e specifici della psicopatologia dello sviluppo come fase evolutiva o contesto ambientale (*realtà esterna*), ma anche ad istanze soggettive, spesso inconsce del curante e della famiglia (*realtà interna, movimenti transferali*). In altre parole è necessario ascoltare il bambino o l'adolescente e i genitori, ma anche noi stessi, i nostri pensieri e vissuti emotivi.

Da sempre ho valorizzato le posizioni di confine/borderline, anche in patologia, perché ci permettono una più profonda comprensione della realtà e il superamento di resistenti dualismi come biogenetica e ambiente, mente e corpo, scienze della natura (studi scientifici) e scienze della cultura (studi umanistici). Credo che nell'ibridazione, nelle contaminazioni, nel meticcio (melting pot) tra conoscenze sia possibile raggiungere quell' "ampliamento della libertà psichica" indicato dalla Manfredi Turlazzi (1994) come uno dei principali scopi del lavoro psicoanalitico.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013), DSM V Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Washington D.C.

Capozzi F. (2007) Il lavoro psicoanalitico con i genitori nel setting istituzionale, in A.M. Nicolò, *Attualità del Transfert*, Milano, FrancoAngeli

Fonagy P., Moran G., Edcumbe R., Kennedy H., Target M., (1993) The roles of mental representations and mental processes in therapeutic action. *The Psychoanalytic study of the child*, 48:9-48

Freud A. (1945) *Indication for Child Analysis; and other papers 1945-1956*. International Universities, University of Michigan, Freud A. *Opere 1945 – 1964*, Torino, Boringhieri (1968)

Levi G. (2013), Tempo di chiudere: tempo di aprire, *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 80, 1: 3-7.

Panksepp J. (1998) *Affective Neuroscience: The foundations of human and animal emotions*, New York, Oxford University Press

Pennington B. F. (2002) *Sviluppo della psicopatologia: eredità e ambiente*, Roma, Giovanni Fioriti (2004)

Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006) *So quel che fai. Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Milano , Raffaello Cortina

Sandler J (1967) *La ricerca in psicoanalisi*, Torino, Bollati Boringhieri (1980)

Stern D.N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*, Torino, Bollati Boringhieri (1987)

Winnicott D.W. (1958) *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Firenze, G. Martinelli (1975)