

I

ALCUNE CONSIDERAZIONI SUL BAMBINO E SUI SUOI PROBLEMI OGGI

Arricchiti da più di trent'anni di lavoro clinico nel campo della neuropsichiatria della prima infanzia, abbiamo sviluppato alcune riflessioni sulle diverse problematiche che sorgono nella relazione precoce genitore-bambino, sui molteplici disturbi dello sviluppo infantile e sulla complessità delle psicopatologie precoci. Seguendo il percorso evolutivo di un gruppo di pazienti fino alla loro attuale età di giovani adulti, e in virtù dei numerosi dati prospettici raccolti, ci è sembrato di fondamentale importanza descrivere la relazione tra genitorialità e personalità del bambino.

Le storie cliniche di ciascuno dei nostri soggetti, estremamente interessanti e ricche, caratterizzate da fattori di rischio e fattori di protezione, ci hanno insegnato a esercitare moderazione e umiltà nelle nostre aspettative prognostiche a lungo termine.

I nostri riferimenti teorici, ispirati principalmente alla psicoanalisi infantile e alle conoscenze acquisite sulle vicissitudini proprie dello sviluppo precoce, sono stati regolarmente arricchiti da un confronto prospettico con i dati provenienti dalla letteratura internazionale e riguardanti lo sviluppo dei bambini considerati "a rischio", a partire dall'età prescolare: tutto questo allo scopo di individuare gli atteggiamenti terapeutici più adatti e di permettere ai nostri bambini, così come alle loro famiglie, di appropriarsi, nel modo migliore, del loro destino.

Nel corso di questi ultimi anni, le numerose rielaborazioni dei dati nosografici, clinici e terapeutici in neuropsichiatria infantile hanno promosso interventi terapeutici sempre più precoci. Così, neonati e bambini piccoli sono entrati sulla scena degli interventi terapeutici genitore-bambino, di maggiore o minore durata, diventando oggetto di numerose ricerche che hanno rapidamente trovato eco a livello internazionale.

Prendendo le mosse dal nostro interesse per la clinica diagnostica, l'intervento terapeutico e la ricerca, ci siamo impegnati a promuovere diverse forme di approccio terapeutico precoce, innanzitutto nello spirito dei pionieri della psicoanalisi infantile, quali Anna Freud, Melanie Klein, Donald Winnicott, René Spitz, John Bowlby, Margaret Mahler, Selma Fraiberg, René Diatkine, Serge Lebovici e molti altri, che da moltissimo tempo sottolineano l'importanza della relazione genitore-bambino. Successivamente, a distanza di alcuni anni, seguendo le correnti di ricerca più specificamente orientate verso interventi molto precoci, abbiamo sviluppato due modelli di psicoterapia breve genitori-bambino o madre-bambino – il primo di ispirazione psicodinamica, il secondo a orientamento comportamentale – rivolti a bambini di età inferiore ai trenta mesi (Cramer, 1974, 1997, 1998; Knauer, 1989; Cramer, Robert-Tissot, Stern et al., 1990; Cramer, Palacio Espasa, 1993; Robert-Tissot, Rusconi Serpa, De Muralt et al., 1991; Robert-Tissot, Cramer, Stern et al., 1996; Knauer, Cramer, 2006).

Osservare le relazioni in essere tra genitori e bambino, quando quest'ultimo presenta uno sviluppo considerato a rischio di psicopatologia nell'immediato o nel futuro, ci ha incoraggiati a raccogliere un gran numero di dati utili e a sviluppare una speciale sensibilità nei confronti dei bisogni fondamentali dei bambini piccoli, in base alle difficoltà incontrate, all'espressione della sintomatologia e alla presenza di un'eventuale psicopatologia.

Il bambino si trova sin da subito inserito in un ambiente familiare o di cure da cui dipende come da una terra che offra nutrimento, più o meno fertile, a prescindere dal suo patrimonio genetico e dal carico ineluttabile che porta con sé. Sebbene i diversi elementi che possono concorrere alla comparsa di quadri psicopatologici più o meno gravi presentino aspetti tra loro interconnessi, ci sembra fondamentale continuare ad affinare le categorizzazioni, non soltanto per riuscire a spiegare meglio le cause delle diverse difficoltà incontrate, ma anche per scoprire, in maniera più specifica, i percorsi che potrebbero consentire l'acquisizione di competenze indispensabili per una stabilizzazione degli affetti e dei comportamenti, così come per un adeguato e soddisfacente inserimento psicosociale.

Sin dalla nascita, il bambino deve affrontare sfide complesse e sviluppare strategie multiple per armonizzare percezioni, pulsioni e sensazioni emergenti con lo sviluppo progressivo delle sue abilità, a livello sia motorio sia rappresentazionale. Di fatto, la componente osservabile, che possiamo vedere o descrivere nelle sue diverse manifestazioni affettive

e interattive, rappresenta soltanto una minima parte del suo vissuto, e le sue espressioni non possono essere trasmesse, né diventare “comunicazione”, se non nello scambio di definizioni e significazioni basate sulle concettualizzazioni degli adulti/genitori che lo circondano (Sameroff, Emde, 1989). Nello stesso modo in cui una madre stabilisce un dialogo intersoggettivo con il suo bambino (Stern, 1985), facendo riferimento alle proprie esperienze, spesso collegate alla propria storia, le nostre teorie sullo sviluppo si fondano su ipotesi diversificate e complementari, generate dai percorsi storici delle nostre conoscenze.

Sono molte le teorie dello sviluppo cui si ispira il nostro lavoro, teorie che offrono una chiave di lettura dell'espressione sintomatica del bambino piccolo: ci ispiriamo, principalmente, alla teoria psicodinamica, così come agli aspetti sistemici interdipendenti dei fattori transgenerazionali, osservando la qualità e gli stili delle relazioni familiari secondo gli approcci associati alla teoria dell'attaccamento, attraverso lo studio delle interazioni reali e osservabili, per poi, in ultima analisi, mettere in rapporto le relazioni genitori-bambino osservate con le proiezioni e le rappresentazioni fantasmatiche genitoriali e con i conflitti legati alla genitorialità (Palacio Espasa, Knauer, 1998). Pensiamo che tutti questi elementi formino la base dell'organizzazione mentale all'origine dello sviluppo della vita fantasmatica del bambino e delle sue successive identificazioni (Palacio Espasa, Knauer, 1996). Benché sia possibile oggettivare alcuni effetti deleteri, se non addirittura traumatizzanti, associati a proiezioni genitoriali particolarmente alienanti, sappiamo che il bambino mantiene una sua parte di libertà, nella misura in cui è parte in causa delle sue reazioni e delle sue difese. Infatti, il bambino è attivo e prende posizione attraverso un suo personale stile di risposte che, a sua volta, modella le risposte dell'ambiente nei suoi confronti. Così si manifestano le importanti differenze individuali osservabili nei diversi ritmi di sviluppo, a livello di linee di sviluppo motorio, sensoriale, cognitivo, linguistico, affettivo e interattivo che, alla fine, conducono a un profilo di personalità specifico. Una definizione, in termini di struttura di personalità, può essere applicata in maniera rigorosa soltanto a partire dall'età della latenza: tuttavia, è possibile offrirne una descrizione a partire dall'età prescolare, tra i quattro e i cinque anni, come una prospettiva o tendenza probabile verso una determinata organizzazione difensiva.

SFIDE E SCELTE DEL CLINICO:
DALLA PREVENZIONE ALLA PREDIZIONE

Il neuropsichiatra infantile si trova ad affrontare due questioni principali: quali sono gli interventi più appropriati, che consentono una ripresa evolutiva nel più breve tempo possibile? Quale destino attende questi bambini, nel corso del tempo?

Potremo constatare una continuità nei miglioramenti osservati, o si noterà, invece, l'improvvisa comparsa di recidive? Occorrerà confrontarsi con l'assenza di una ripresa evolutiva e, in questo caso, con grandi difficoltà nel successivo inserimento psicosociale?

Il neuropsichiatra infantile, proprio come i genitori dei bambini che ha in cura, ha lo sguardo rivolto al futuro e, pur cercando di contrastare certe proiezioni genitoriali che si sono rivelate poco propizie a uno sviluppo adeguato del bambino, delinea a sua volta, con i propri strumenti, una serie di progetti e di predizioni per ogni nuova tappa di sviluppo del piccolo, in una prospettiva preventiva e terapeutica al tempo stesso.

Quali sono i criteri fondanti di queste intuizioni predittive? Come organizzare le osservazioni cliniche in maniera oggettiva, al fine di determinare, in maniera dettagliata, l'impatto dei fattori di rischio rilevati rispetto alle risorse rappresentate dalle capacità di adattamento o di coping del giovane paziente?

Molti autori sottolineano la necessità di sviluppare approcci ancora più specifici, perché l'epoca della terapia generica è definitivamente tramontata (Fonagy, 1994): in effetti, è realistico sperare che interventi preventivi di carattere generale possano riuscire a ridurre la comparsa di qualsiasi forma di psicopatologia successiva? Da qui emerge la necessità di studi longitudinali che ci consentano di identificare le popolazioni "a rischio", permettendoci così di formulare programmi d'intervento pertinenti. La focalizzazione, così come la scelta specifica dei trattamenti, in base all'inscindibilità, in ciascun paziente, dei fattori di rischio e di protezione, dovrebbero guidare i nostri atteggiamenti terapeutici preventivi. Questi ultimi, fondati su prove, potrebbero allora dimostrare la loro piena giustificazione e basarsi su formulazioni più certe dell'origine dei disturbi.

Abbiamo già constatato l'utilità di diversi approcci focalizzati e brevi che si applicano con successo ai casi meno gravi (Manzano, Palacio Espasa, Knauer, 1984; Knauer, 1989). Tuttavia, non possiamo rinunciare ai trattamenti intensivi e a quelli a lungo termine per i casi gravi, che

comportano perturbazioni¹ nella formazione della personalità o nelle linee di base dello sviluppo.

In questo senso, le nuove classificazioni diagnostiche cercano di conciliare precisione oggettiva e flessibilità dei profili strutturali di personalità, affinché sia possibile avviarsi verso prospettive prognostiche sufficientemente aperte ai cambiamenti positivi, anziché soltanto gravate del peso di una diagnosi emessa precocemente. “La diagnosi è un processo evolutivo, che si sviluppa nel corso del tempo [...] possiamo affermare che un soggetto è portatore di un disturbo, ma dire che un soggetto sia affetto da disagio o disturbato o malato rischia di diventare fuorviante” (Emde, 1998). Se tutti ci diciamo d'accordo sul fatto che i disturbi possono trovare una risoluzione, anziché gravare ineluttabilmente sul destino del bambino, non possiamo esimerci dal considerare l'importanza del costituirsi immaginario e strutturale della personalità del bambino stesso, che dovrà infatti, prima o poi, esercitare le proprie competenze sociali e confrontarsi con la realtà del mondo che lo circonda.

È ormai assodata l'importanza degli interventi precoci in una costellazione interattiva patogena, o in un'alterazione dello sviluppo, a fronte delle recenti scoperte, risultanti sia dalle osservazioni psicodinamiche sia dalle ipotesi collegate alle neuroscienze: il sistema psichico rimane aperto finché le strutture comportamentali non si sono ancora stabilizzate, in una sorta di “visione del mondo” esterno e interiore.

Se tutto concorre a far pensare che il cervello sia un organo essenzialmente “proiettivo”, come sottolineato da Changeux (1983), la coazione a ripetere descritta da Freud continua a rappresentarne un meccanismo essenziale: considerata alla stregua di una resistenza al cambiamento, offre però il vantaggio di determinare una certa permanenza dell'essere nella relazione con se stessi e il mondo esterno attraverso la nozione stessa di continuità del Sé.

Così, il neuropsichiatra infantile deve subito confrontarsi con il problema del tempo e, di fronte a certi quadri clinici patologici, è suo compito intervenire, talora persino con urgenza, finché le strutture sono ancora flessibili e aperte al cambiamento.

1. “Un problema relazionale transitorio, in risposta a un fatto esterno o a un cambiamento evolutivo, verrà definito una *perturbazione*. Quando il problema persiste per un certo tempo e ha implicazioni potenzialmente negative per lo sviluppo, sarà definito una *turba*, e soltanto quando è relativamente permanente e compromette seriamente lo sviluppo useremo il termine *disturbo della relazione*” (Sameroff, Emde, 1989, p. 122). [NdC]

A PROPOSITO DI BISOGNI PREVENTIVI

Nel 1964, Caplan ha sottolineato la necessità di valorizzare la prevenzione in psichiatria secondo la classificazione in uso, che individua tre categorie: *prevenzione primaria*, il cui scopo è quello di ridurre il numero di nuovi casi di malattie mentali (incidenza); *prevenzione secondaria*, finalizzata a ridurre i casi di malattie mentali accertate, in termini di durata (prevalenza); *prevenzione terziaria*, che si sforza di ridurre gli effetti patogeni, o di sofferenza, dovuti alle malattie conclamate. Poiché queste definizioni sono state concepite principalmente per le malattie somatiche, la loro applicazione in neuropsichiatria infantile risulta difficile, perché si dà per scontato che gli elementi scatenanti la malattia debbano essere perfettamente compresi. Per questo motivo, negli anni Ottanta sono state proposte alcune modifiche, nei termini di una suddivisione delle misure in tre categorie, e precisamente: misure preventive *universali*, rivolte a tutti, quali possono essere interventi prenatali e perinatali adeguati; misure preventive *selettive*, rivolte a un sottogruppo di popolazione che presenta un più elevato rischio di malattia; misure preventive *indicate*, che si applicano a un gruppo di individui non apertamente sintomatici ma che, a un esame più approfondito, manifestino fattori di rischio che giustificano l'intervento clinico. In quest'ultimo caso, il trattamento non è più considerato una forma di prevenzione.

Così, i trattamenti psichiatrici, anche quelli brevi e molto precoci, somministrati alle diadi madre-bambino o alle triadi madre-padre-bambino, non vanno più intesi come interventi preventivi, bensì come interventi clinici, perché a noi, di fatto, vengono indirizzati solamente i bambini chiaramente sintomatici (Cramer, Robert-Tissot, Stern et al., 1990). Le nostre ricerche e valutazioni sulle psicoterapie brevi ci hanno ampiamente confermato l'importanza di stabilire legami terapeutici precoci con le famiglie. Questi legami, infatti, rendono più facile il ricorso alle cure anche in un momento successivo, qualora ce ne fosse nuovamente bisogno, e ci permettono di verificare quale sia la successiva evoluzione dei sintomi precoci (Knauer, Palacio Espasa, 1997; Gentili, Martelli, Benini et al., 1996; Martelli, Collini, Impagliazzo et al., 2002).

L'indicazione di trattamento intensivo, in un centro diurno specializzato per bambini considerati "a rischio", è rivolta a bambini che risultino chiaramente sintomatici alla valutazione psichiatrica. Talvolta, i genitori non conoscono ancora, realmente, i rischi evolutivi cui i loro figli sono esposti, e pensano, come una parte della popolazione in generale, "che tutto passerà con l'età". Sappiamo bene che i trattamenti rivolti

ai bambini piccoli possono beneficiare degli effetti positivi insiti nella maturazione (Golse, 1999), ma sono precisamente gli aspetti inefficaci di tale maturazione “spontanea” quelli di cui dobbiamo tener conto.

Nell’ambito della neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, alcuni dati sono ormai acquisiti e considerati certi. La prevalenza dei disturbi psicologici nell’infanzia e nell’adolescenza è significativa (20%) e, secondo numerosi studi (Anderson, Williams, Mc Gee et al., 1987; Bird, Gould, Yager et al., 1989; Costello, 1989; Matsuura, Okubo, Kojima et al., 1993; Offord, Boyle, Racine, 1989; Zahner, Jacobs, Freeman et al., 1993; Zill, Schoenborn, 1990; Tuma, 1989; Kolko, Kazdin, 1993), solo un’esi-gua percentuale di questi casi giunge a un servizio specialistico (10-15%).

Viene sempre più riconosciuto come i disturbi pervasivi dello sviluppo (PDD, *pervasive developmental disorders*) e le schizofrenie infantili, qualora non trattati, evolvano in deficit mentali gravi e/o in disturbi del comportamento violento. I disturbi emotivi dell’infanzia, che per lungo tempo si è creduto potessero risolversi spontaneamente, persistono, qualora non trattati, in più del 50% dei casi (Offord, Bennett, 1994; White, Moffitt, Earls et al., 1990; Cantwell, Baker, 1989; Gillberg, 1991; Werry, McClellan, Chard, 1991; Clark, Smith, Neighbors et al., 1994; Cohen, Cohen, Brook, 1993; Ollendick, King, 1994).

Allo stesso modo, è stato possibile constatare come i disturbi psichiatrici precoci perdurino durante la tarda infanzia: lo studio condotto da Campbell (1995) ha dimostrato che due terzi dei bambini affetti da disturbi gravi dell’impulsività a tre anni risultano problematici anche a otto e a dodici anni. Questi dati risultano veri, in modo particolare, per i disturbi del comportamento e della condotta antisociale violenta.

I disturbi della condotta, così come altre patologie precoci, permangono oltre l’adolescenza, generando patologie in età adulta: per esempio, i comportamenti impulsivi possono evolvere in personalità antisociale, in una percentuale che, secondo la letteratura, può raggiungere il 50% dei casi (Offord, Bennett, 1994; Weiss, Hechtman, 1993). Gli stati depressivi infantili possono evolvere in disturbi affettivi dell’età adulta, e la persistenza dei disturbi bipolari, tra l’infanzia e l’età adulta, supera, in percentuale, il 50% dei casi (Kandell, Davies, 1986; Garber, Kriss, Koch et al., 1988; Harrington, Fudge, Rutter et al., 1990, 1991; Harrington, Bredenkamp, Groothues et al., 1994).

I dati epidemiologici del Central Statistical Office, registrati in Inghilterra e nella regione del Galles nel 1994, per quanto concerne i bambini vittime di maltrattamento e abuso sono eloquenti: viene comunemente riconosciuto che un bambino su dieci diverrà oggetto di molestie sessuali

e che le forme gravi di maltrattamento coinvolgono 3,4 maschi su 1000 e 3,7 femmine su 1000. Le conseguenze, in età adulta, degli abusi sessuali subiti sono altrettanto eloquenti: una donna che sia stata oggetto di abuso, rispetto a una che non lo sia stata, ha una probabilità tre volte maggiore di andare incontro a episodi depressivi e ansiosi, ed è esposta a un rischio venti volte maggiore di effettuare un tentativo di suicidio. Anche il rischio di sviluppare disturbi somatoformi, un disturbo borderline di personalità e patologie legate alla dipendenza da sostanze risulta elevato (18% dei casi, contro il 6% tra le donne che non hanno subito abusi).

I disturbi che ne derivano riguardano la sfera del senso del Sé, una ridotta autostima, problematiche relative all'identità, distorsioni dell'immagine corporea, nonché la sfera della regolazione dell'umore e del comportamento. I bambini abusati manifestano spesso modelli di percezione sociale perturbati, sovrastimando le intenzioni ostili degli altri nei loro confronti, il che dimostra l'ampiezza degli effetti tipici di una condizione di stress post-traumatico.

Nuove argomentazioni scientifiche vengono in nostro aiuto e ci convincono della necessità di intervenire precocemente: sono le scoperte relative ai "periodi sensibili" nello sviluppo del sistema nervoso centrale. Questi sono stati osservati in un gran numero di ambiti: in modo particolare, in quello della reattività emotiva dell'organizzazione del Sé, della motivazione e delle relazioni (Dawson, Hessel, Frey, 1994; Trevarthen, Aitken, 1994; Cicchetti, Tucker, 1994; Derryberry, Reed, 1994; Zeanah, Anders, Seifer et al., 1989; Carlson, Sroufe, 1995).

Si è constatato come certi tipi di esperienze sensoriali precoci possano produrre danni irreversibili: più precisamente, non vi sono più dubbi sull'effetto distruttivo dello stress emotivo pervasivo e sulla sensibilizzazione nei confronti di questo tipo di esperienze, stressanti dal punto di vista emotivo, in termini di sequele neurologiche e comportamentali dei maltrattamenti precoci (Courchesne, Chisum, Townsend, 1994; Benes, 1994; Post, Weiss, Leverich, 1994; Cicchetti, Toth, 1995; Hart, Gunnar, Cicchetti, 1995).

Le osservazioni condotte su madri depresse e gli effetti deleteri rilevati nelle relazioni con i loro bambini ci hanno convinto dell'importanza di relazioni precoci adeguate per assicurare al bambino, anche successivamente, uno sviluppo interattivo armonico (Lyons-Ruth, Zoll, Connel et al., 1986; Murray, 1992, 1998). Secondo i lavori di Field, i bambini le cui madri sono ancora depresse a sei mesi dal parto iniziano a manifestare segni di ritardo o alterazioni nello sviluppo (Field, 1984, 1992, 1995; Field, Healy, Goldstein et al., 1990).

Così, i dati della ricerca più recente non possono che incoraggiarci a continuare il nostro lavoro, conducendoci su cammini ora maggiormente noti e oggettivando le intuizioni cliniche tramite prove fondate, tanto più che evidenti progressi nelle relazioni precoci vengono rilevati ogniquale volta possa essere avviato un accompagnamento terapeutico adeguato (Cramer, Palacio Espasa, 1993; Cramer, 1998).

FATTORI DI RISCHIO E FATTORI DI PROTEZIONE: COME CONCETTUALIZZARLI?

Sappiamo ormai che le teorie deterministiche perdono terreno, giacché gli elementi di continuità nella patologia si confermano solo nelle situazioni più gravi. È perciò necessario concettualizzare i processi e i meccanismi in una prospettiva evolutiva, al cui interno gli effetti iniziali di esperienze negative possono modificarsi con l'età e con il livello di sviluppo del bambino, al punto che lo sviluppo viene concepito oggi come una serie di riorganizzazioni strutturali che coinvolgono i sistemi biologico, psicologico e sociale del bambino. Così, è possibile spiegare meglio le differenze individuali che risultano dalle transazioni tra questi diversi sistemi. Durante il corso di tutto lo sviluppo, il bambino deve confrontarsi con nuovi compiti, corrispondenti alla sua età. Un fallimento nell'adattamento, nel corso di uno di questi periodi di sviluppo, renderà molto più difficile l'adattamento al periodo successivo (Zeanah, Boris, Larrieu, 1997).

Per chiarire il concetto di fattori di rischio, riportiamo un esempio particolare, molto frequente nelle nostre consultazioni, quale i disturbi del comportamento in età prescolare (fra i tre e i cinque anni). Questi sintomi richiamano in modo particolare la nostra attenzione, visto che la maggior parte dei bambini trattati nel nostro centro diurno presenta, in un modo o nell'altro, disturbi del comportamento evidenti e difficili da sopportare da parte dell'ambiente familiare e educativo.

Una rassegna della letteratura sembra confermare l'evoluzione spontanea di una considerevole percentuale di questi bambini (due terzi) verso difficoltà di adattamento sociale, difficoltà scolastiche e di apprendimento dopo la latenza (Mc Gee, Partridge, Williams et al., 1991; Campbell, 1995) come pure in adolescenza (Ewing, 1994). S'impone una definizione chiara di questo tipo di disturbi: la presenza di una costellazione di sintomi che determinano una diagnosi di disturbi del comportamento (scoppi d'ira, aggressività, insubordinazione alle regole,

iperattività, deficit nelle capacità attentive ecc.), perdurano al di là dei fattori transitori di stress, si manifestano in contesti diversi e nei confronti di più persone diverse, sono relativamente gravi e impediscono al bambino di sviluppare le proprie capacità cognitive e sociali.

Si pone allora la questione di scoprire i fattori di rischio che promuovono questa continuità sintomatologica in maniera consistente. Sameroff (1975) ha presentato un modello transazionale in cui evidenzia come gli elementi legati al temperamento, quali l'iperattività e i disturbi dell'attenzione, siano determinanti per predire successivi problemi, soprattutto se associati a uno stress perinatale quale la prematurità, a problemi di sviluppo e al sesso maschile. Più di recente è stato possibile mettere in relazione il numero di fattori di rischio accumulati nella prima infanzia e le perturbazioni dello sviluppo a lungo termine (Sameroff, Seifer, Baldwin et al., 1993).

I fattori di rischio che operano entro la sfera di sviluppo individuale del bambino possono essere rischi biologici quali anossia, prematurità, basso peso alla nascita e complicanze neonatali, e possono influenzare lo sviluppo maturativo del bambino. Tuttavia, i fattori di rischio sono attivi anche all'interno dell'ambiente genitoriale, dove una disfunzione familiare, opinioni contrastanti dei genitori – dovute alla mancanza di un contesto coerente – in merito all'educazione del bambino o una risposta materna deficitaria sembrano assolutamente determinanti nella comparsa di sintomi del comportamento nella prima infanzia.

In realtà, alcuni disturbi del comportamento in età prescolare sono del tutto comuni verso i due anni, periodo in cui il bambino si afferma tramite una certa opposizione e scopre progressivamente la coscienza degli effetti delle sue azioni, così come la coscienza di sé. Questa fase dello sviluppo, di solito, si colloca tra i diciotto e i trentasei mesi. Sono dunque i genitori capaci di sostenere questa delicata transizione, favorendo una migliore regolazione emotiva del proprio bambino, che permetteranno a quest'ultimo di evitare la stabilizzazione dei comportamenti difficili di fronte alle frustrazioni, che diventano sempre più problematiche perché vissute in modo sempre più reale.

Si pone così il problema delle capacità genitoriali, che dovrebbero idealmente condurre i genitori a dare dimostrazione di calore affettivo, di reattività alle richieste del bambino, di competenze nel definire limiti costanti e coerenti tramite uno stile educativo stabile e prevedibile, e perciò rassicurante per il bambino. Nel bambino, la capacità di interiorizzare il controllo pulsionale e il desiderio di collaborare con i desideri dei genitori sembrano svilupparsi molto più facilmente in un contesto

educativo capace di regolazione affettiva e di riferimento emotivo stabile, che corrisponde a uno stile di attaccamento di tipo “sicuro”. Le difficoltà della genitorialità, che si manifestano in caso di patologia psichiatrica dei genitori o di disturbi precoci dell’attaccamento, saranno esaminate nei prossimi capitoli di quest’opera (Palacio Espasa, Knauer, 1998).

D’ora in poi, dovremo prendere in esame sia i fattori di resilienza o protezione sia i fattori di rischio. La maggior parte degli studi longitudinali si è concentrata sui fattori di rischio, consentendoci di conoscere bene gli indici di rischio. Tuttavia, da un lato, i meccanismi tramite cui operano questi fattori di rischio rimangono ancora poco conosciuti e, dall’altro, i fattori di protezione sono assai meno studiati e ancora considerati come condizioni d’eccezione. Ci siamo comunque resi conto che i fattori di protezione sono collegati a elementi diversi – come, per esempio, tratti temperamentali positivi, adeguate competenze sociali e capacità intellettive di livello sufficiente del bambino –, ma tutti, *a priori*, facilitano l’inserimento relazionale in un substrato psicologico di bassa sensibilità allo stress.

Il sostegno emotivo dei genitori e anche della famiglia, la presenza di almeno una relazione di buona qualità assicurata da un adulto, il sostegno da parte di istituzioni quali la scuola o la chiesa sono stati spesso considerati fattori di protezione.

La protezione sembra essere offerta da esperienze in grado di ridurre la catena negativa di reazioni che si susseguono a partire dai rischi precoci. L’apertura a nuove opportunità è legata alla promozione del senso del Sé e dell’autostima, e gli studi a lungo termine indicano espressamente come questo processo possa aver luogo in qualsiasi momento dell’esistenza, e che le esperienze relazionali positive possono modificare i percorsi evolutivi non soltanto durante l’infanzia, ma anche in età adulta.

In realtà, è importante chiedersi che cosa fosse diverso per ciascuno di questi soggetti considerati a rischio: porsi questo genere di domande ha permesso di scoprire nuove variabili, come l’elevata conflittualità vissuta nel divorzio, assai più deleteria del divorzio in sé. Il diverso impatto, su ciascun bambino, di una stessa esperienza di rischio ci spinge a considerare gli effetti, sull’impatto del rischio, del comportamento stesso del bambino e delle caratteristiche delle sue difese (per esempio, un coinvolgimento maggiore o minore di fronte al conflitto esterno).

Reazioni diverse, di fronte a una stessa situazione avversa, potrebbero dipendere da una caratteristica biologica di suscettibilità individuale di fronte agli stress vissuti. Sono stati condotti alcuni studi sull’argomen-

to, ma rimaniamo convinti che la vulnerabilità o la resistenza allo stress derivino dalle esperienze precoci molto più che da fattori costituzionali.

L'effetto "buffer" è stato dimostrato dai casi che sfuggono ai rischi e nei processi all'origine di questo percorso. È importante constatare come la forza del rischio presenti aspetti diversi secondo il punto di vista retrospettivo o prospettico. Gli studi prospettici hanno dimostrato che, anche in situazioni di estrema avversità, alcuni bambini riescono a guarire, a condizione, però, che si verifichi un passaggio obbligato dall'ambiente dannoso a un nuovo ambiente di buona qualità educativa. L'ipotesi dell'effetto "buffer" è legata a un'ipotesi centrata sullo stress, tenendo conto che lo stress viene definito "una relazione tra la persona e il suo ambiente, il cui impatto va oltre le proprie risorse, mettendo perciò a repentaglio il proprio benessere" (Lazarus, Folkman, 1984). Gli studi che hanno analizzato l'impatto dei fattori di stress sulla salute hanno tenuto conto non soltanto di eventi esistenziali stressanti – gravi eventi di vita quali un lutto familiare o il divorzio dei genitori – ma anche dei problemi quotidiani che suscitano tensioni croniche capaci di scatenare disagi fisici e psichici quali depressione, angoscia, disturbi del sonno.

Così, si parla di effetto "buffer" quando risorse personali e ambientali consentono di ridurre l'impatto degli eventi stressanti sul benessere degli individui. Le risorse sono sia predisposizioni interne – caratteristiche costituzionali biogenetiche oppure tratti di personalità come, per esempio, tendenza all'ottimismo, attitudini psicosociali positive quali la flessibilità cognitiva, la capacità di superare i problemi (*problem solving*) e le strategie adattive (*coping*) – sia risorse esterne: per esempio, l'ambiente familiare, la rete e il supporto sociale.

Per individuare le risorse di protezione, nelle recenti ricerche sugli eventi di vita viene utilizzato anche il termine "variabili moderatrici": si suppone che queste variabili moderino gli effetti pericolosi degli eventi di vita negativi. Così, la contemporanea esposizione a fattori di rischio e fattori di protezione evidenzia l'importanza delle diverse strutture di personalità dei soggetti, secondo le loro capacità di adattamento di fronte ai rischi della vita.

LA TRANSIZIONE ALL'ETÀ ADULTA

Il delicato passaggio dalle riorganizzazioni dell'adolescenza all'ingresso nell'età adulta, transizione che si può situare tra i diciotto e i venticinque anni, è oggetto di tutta la nostra attenzione: è proprio nel corso

della vita adulta che non solo si formano i tratti caratteristici di personalità, ma che ciascuno scopre anche, effettivamente, il compimento delle proprie potenzialità e le difficoltà dovute ai propri limiti. La giovane età adulta significa, nella maggior parte dei casi, l'ingresso nella vita professionale e affettiva, il reale distacco dalla dipendenza familiare e il confronto con le esigenze della vita sociale. Se l'adolescenza viene da molto tempo considerata un passaggio esistenziale particolarmente complesso, prendendo in esame gli studi epidemiologici la transizione verso l'età adulta sembra ancora più determinante.

Infatti, la crescita verso l'età adulta sembra indicare un aumento delle malattie mentali tra la fine dell'infanzia e l'adolescenza (18%) e tra l'adolescenza e l'inizio dell'età adulta (dal 25% al 40%, secondo gli studi), arrivando a stabilire che quasi la metà degli adulti di ventun anni potrebbe presentare un disturbo psichico, quasi sempre associato, in comorbidità, ad altre diagnosi mediche.

Tra i pazienti psichiatrici, solo il 10% dei soggetti colpiti manifesta un disagio psichico con esordio in età adulta, mentre il 74% degli adulti di ventun anni con diagnosi psichiatrica ha già presentato un'anamnesi di disturbo mentale durante l'infanzia o l'adolescenza.

Dallo studio dell'isola di Wight, condotto su una coorte di 3500 bambini a partire dal 1965 (Rutter, 1989b), possiamo ricavare l'interessante risultato di un 60% di patologia psichiatrica accertata *de novo* a partire dall'adolescenza: la depressione e la fobia scolare sono le due forme di patologia predominanti. Gli elementi di continuità a partire dall'infanzia riguardano il 75% dei bambini affetti da disturbi del comportamento e il 50% dei bambini affetti da disturbi nevrotici. Lo studio di Dunedin (Anderson, Williams, Mc Gee et al., 1987, 1989) riguardante la salute, lo sviluppo e il comportamento di 1037 bambini nati tra il 1972 e il 1973 ha fornito risultati interessanti sui problemi, in età adulta (ventun anni), di una popolazione perturbata in età precoce (tre anni), dimostrando chiari elementi di continuità patologica, soprattutto nei bambini piccoli appartenenti al gruppo "difficili", impulsivi e agitati, e "inibiti", mentre i bambini "ben adattati" rimangono perlopiù immuni da rischio di patologia in età adulta.

Questi dati generali non riguardano una popolazione trattata in modo specifico: tuttavia, ci incoraggiano a sviluppare interventi destinati in maniera specifica a bambini che presentano il rischio di sviluppare patologie in età adulta.

EVOLUZIONE DALLA PRIMA INFANZIA ALL'ETÀ ADULTA

Qual è l'evoluzione, in età adulta, delle diverse manifestazioni psicopatologiche rilevate durante l'infanzia? Qual è l'impatto a lungo termine dell'educazione e delle problematiche familiari sulla personalità dei bambini una volta diventati adulti?

Abbiamo cercato di offrire alcuni elementi di risposta a tali quesiti, particolarmente importanti per il nostro lavoro di neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza, attraverso l'accompagnamento a lungo termine, tra la prima infanzia e la prima età adulta, di un certo numero di bambini seguiti, sin dall'età prescolare, presso una struttura psicopedagogica del nostro servizio, destinata al trattamento dei bambini considerati "a rischio". Ci è sembrato che questi bambini, che presentavano ritardi o alterazioni nello sviluppo e difficoltà nelle relazioni familiari, avessero bisogno di un trattamento intensivo, perché tramite l'approccio ambulatoriale i loro sintomi non avevano mostrato segni di miglioramento.

Questo ambiente di interventi multidisciplinari riunisce diverse specialità utili per la neuropsichiatria della prima infanzia. Ogni anno, prende in trattamento una dozzina di bambini di età compresa tra i due anni e mezzo e i cinque anni, insieme alle loro famiglie, e li accoglie in maniera intensiva, cinque giorni alla settimana, dalle nove alle quindici. Il centro è concepito come un luogo di cure finalizzato a favorire tanto le relazioni tra i genitori e i loro bambini quanto le capacità del bambino stesso, e a promuovere la socializzazione del bambino nei confronti del gruppo dei pari.

Così, vengono suggeriti trattamenti di logopedia, di psicomotricità, di psicoterapia di gruppo e di psicoterapia psicoanalitica individuale del bambino. Queste indicazioni vengono formulate secondo il ritardo specifico presentato dal bambino, le sue necessità e il suo livello di maturazione. Parallelamente, i genitori vengono incoraggiati a partecipare alla presa in carico del bambino presenziando alle regolari riunioni sul bilancio evolutivo del piccolo e prendendo parte al gruppo settimanale di discussione specificamente destinato a loro.

Nella maggior parte dei casi, anche ai genitori viene suggerito un approccio terapeutico particolare: psicoterapia individuale, guida all'interazione madre-bambino, psicoterapia di coppia o colloqui familiari.

Il trattamento dei bambini prevede l'utilizzo di numerose attività, comprendenti giochi liberi (per stimolare la simbolizzazione) e giochi strutturati (per stimolare le attività di attenzione e concentrazione), in-

dividuali e di gruppo: in questo modo, si sviluppano legami di attaccamento con le educatrici e con gli altri bambini.

In un clima di sicurezza e stabilità, i genitori hanno la possibilità di rivalutare l'immagine del loro bambino e di vivere in modo meno drammatico i disturbi che li hanno spinti a chiedere una consultazione. Il confronto con nuovi modelli relazionali stimola la comparsa dell'espressione emotiva e di interazioni più variate e simbolizzate. Ogni bambino viene accolto e seguito sulla base delle sue specifiche caratteristiche, della sua storia, della sua cultura familiare, secondo un approccio personalizzato che consente di abbracciare tutta la varietà delle situazioni cliniche da trattare.

Il trattamento ha una durata di uno o due anni scolastici, e la maggior parte dei bambini continua a essere seguita ambulatorialmente, dopo aver lasciato il centro diurno. Le statistiche relative agli interventi messi in atto dal centro ci permettono di constatare che, all'uscita dallo stesso, il 70% dei bambini trattati ha potuto essere inserito nella scuola del proprio quartiere, il 20% si è progressivamente inserito nel circuito scolastico normale, dopo una breve permanenza in un istituto psicopedagogico (in media, due anni più tardi), e il 10% ha dovuto essere inserito in un istituto per bambini psicotici, per poter beneficiare di interventi più a lungo termine e della formazione scolastica fornita dall'istituto. Così, più del 90% di questi bambini si è rivelato in grado di accedere, entro tempi più o meno lunghi, a un percorso di scolarizzazione normale.

I cambiamenti nel corso del trattamento riguardano, ovviamente, tutti i soggetti trattati che, infatti, vengono valutati al loro ingresso, alla fine di ogni anno, e all'uscita: queste valutazioni cliniche e di ricerca evolutiva ci hanno permesso di calibrare bene le indicazioni di terapia intensiva presso il centro diurno.

Gli studi longitudinali più a lungo termine, che partono dall'età della latenza e arrivano fino all'adolescenza e all'età adulta, si scontrano con le difficoltà legate al reclutamento dei soggetti disposti a tornare regolarmente per farsi valutare.

A titolo esemplificativo, all'interno di una popolazione di una cinquantina di bambini chiamati a partecipare al nostro follow-up longitudinale, solo una ventina è tornata a incontrarci in età adulta. Nell'età della latenza, eravamo riusciti a reclutarne un numero equivalente, ma è in adolescenza che il reclutamento ha incontrato le maggiori resistenze, sicché solo una dozzina di giovani adulti esaminati è stata vista anche in adolescenza.

Così, gli effetti degli interventi terapeutici e i cambiamenti specifici di questi bambini nel lungo termine sono già stati oggetto di due studi: il primo in latenza (Knauer, Palacio Espasa, 1990), il secondo in adolescenza (Abella Tudanca, 1991; Abella Tudanca, Knauer, Palacio Espasa et al., 1994).

Nel *periodo* della *latenza* è stato possibile rilevare associazioni tra la struttura psichica del bambino e, da un lato, l'organizzazione familiare, dall'altro, i rischi precoci incontrati. Sono stati costituiti tre gruppi – divisi in evoluzione *favorevole*, *mediamente favorevole* e *poco favorevole* – che ci consentono di valutare in modo più oggettivo i criteri in base ai quali formulare la proposta di una specifica forma di trattamento nel nostro centro. Sono state studiate le variazioni dei diversi quadri clinici, in termini di evoluzione della sintomatologia e di funzioni cognitive. Sono stati rilevati anche gli effetti di trattamenti complementari, per giungere a una costante nei risultati: è emersa un'evoluzione favorevole nei bambini che sono riusciti a stabilire una relazione di attaccamento con un'educatrice e altri bambini, i cui genitori abbiano preso parte attiva al trattamento, con un'alleanza terapeutica di buona qualità.

Se la presa in carico sembra aver rappresentato, in un certo modo, un fattore di protezione in quanto esperienza affettiva correttiva sia per i bambini stessi sia per i loro genitori, siamo rimasti sorpresi nel constatare che i temi di proiezione genitoriale sui bambini erano cambiati assai poco, nonostante i mutamenti rilevati in questi ultimi (Knauer, 1992).

A fronte di un'evoluzione della sintomatologia, è stata rilevata una netta evoluzione verso l'internalizzazione dei conflitti e gli affetti più depressivi. I soggetti che hanno sofferto di disturbi psicotici conclamati rimangono un gruppo a sé stante, all'interno del quale l'evoluzione affettiva e cognitiva è minore, e che colpisce per la rigidità del funzionamento. Il gruppo maggiormente a rischio è costituito da bambini attornati da familiari le cui interazioni sono particolarmente conflittuali: tuttavia, proprio tra questi bambini si sono rilevate le capacità adattive più considerevoli, con cambiamenti talora straordinari che hanno portato a un evidente miglioramento dei risultati nel funzionamento cognitivo.

In base ai risultati raccolti in adolescenza, quando ci attendevamo una recrudescenza delle crisi e dei sintomi precoci dei nostri soggetti, abbiamo rilevato una sbalorditiva continuità tra i quadri clinici della latenza e quelli dell'adolescenza, persino con segni di netto miglioramento in alcuni soggetti, entusiasti di fronte alla prospettiva di acquisire una nuova autonomia e molto più riflessivi rispetto a certe difficoltà familiari o personali vissute in precedenza.

Sono stati descritti tre gruppi di funzionamento: un gruppo vicino alla norma, ben adattato; un gruppo in cui i soggetti presentavano ancora segni di fragilità a livello di personalità; e un gruppo di bambini psicotici, i cui risultati permanevano vicini al deficit nonostante un adattamento sociale adeguato. L'evoluzione del funzionamento cognitivo ha manifestato una tendenza verso un netto miglioramento d'insieme. Attraverso un questionario di auto-valutazione (Offer Self-Image Questionnaire), abbiamo potuto tracciare profili di personalità che sono stati poi messi a confronto con le proiezioni genitoriali, le quali si sono rivelate ancora stabili e simili a quelle che avevamo raccolto all'epoca in cui i soggetti erano in età prescolare.

Rimane aperta la questione dell'assenza di scompenso, in questi giovani, durante l'adolescenza. Si tratta forse di un bias di reclutamento in base al quale gli adolescenti interessati a tornare a incontrarci sarebbero stati quelli meglio adattati? Oppure dobbiamo pensare che siano stati protetti dai trattamenti introdotti così presto nel corso della loro prima infanzia? In realtà, la maggior parte di questa popolazione presenta la caratteristica di essere stata curata a lungo termine, trovandosi talvolta ancora in trattamento al momento dell'ingresso nella prima età adulta, sicché ci sembra verosimile l'ipotesi di una protezione terapeutica.

Se il nostro approccio medico rimane eminentemente psicoterapeutico, tuttavia una minoranza dei bambini da noi seguiti ha tratto beneficio da prescrizioni farmacologiche adattate alle loro necessità e, nella maggior parte dei casi, solo per un periodo di tempo limitato. Queste prescrizioni sono state proposte a partire dal periodo della latenza, soprattutto con bambini che presentavano segni cospicui di iperattività con deficit dell'attenzione (metilfenidato), disturbi gravi del comportamento (neurolettici), disturbi ossessivo-compulsivi invalidanti (antidepressivi) o disturbi affettivi gravi (antidepressivi, regolatori dell'umore a partire dall'adolescenza).

In età adulta, abbiamo convocato alcuni dei nostri ex pazienti: un po' meno della metà ha risposto al nostro appello, presentandosi agli incontri programmati. Alcuni hanno accettato di risponderci al telefono, mentre altri hanno preferito non richiamare alla memoria le difficoltà incontrate durante l'infanzia e hanno declinato il nostro invito. Così, abbiamo potuto rivedere una ventina di giovani adulti.

Grazie a un'intervista clinica semistrutturata, integrata con due questionari, abbiamo cercato di oggettivare i diversi profili di personalità dei soggetti sottoposti allo studio, stabilendo una diagnosi per ciascun caso.

Il primo questionario esamina diversi fattori ambientali, tra cui il livello sociale e professionale, malesseri e sintomi somatici e psichici, le relazioni affettive, i trattamenti effettuati. L'intervista clinica, finalizzata a raccogliere una valutazione retrospettiva (imago genitoriali, scuole), i progetti di vita e una stima della propria realizzazione personale attuale, del proprio inserimento sociale e affettivo e della qualità della vita, ci ha consentito di valutare il livello di soddisfazione personale di ciascun soggetto.

Il secondo questionario (International Personality Disorder Self-Report) è stato compilato dal soggetto stesso dopo l'intervista clinica. Questo ci ha permesso di affinare la diagnosi sull'Asse II del DSM-IV, e di confermare, in considerazione della sintomatologia identificata, se il giovane adulto rientrasse in una delle categorie dei disturbi di personalità. Dopo l'intervista clinica, è stato anche sistematicamente condotto un esame cognitivo per mezzo della Scala WAIS-R, al fine di valutare il QI di ciascun soggetto.

Nel nostro follow-up "Giovani Adulti", abbiamo innanzitutto cercato di analizzare in quale direzione generale procedesse l'evoluzione tra latenza, adolescenza ed età adulta, in maniera prospettica, a partire dalla prima infanzia. Rileveremo un movimento generale progressivo o, al contrario, regressivo, a fronte delle costrizioni della realtà socioeconomica e dell'inevitabile, progressiva uscita dall'ambiente familiare? In che misura l'evoluzione favorevole rilevata all'uscita dal centro diurno, poi in latenza o ancora in adolescenza, può predire un ingresso facilitato nell'età adulta? In che misura, al contrario, le patologie gravi della prima infanzia (patologie della relazione e della comunicazione) possono determinare un esito sfavorevole all'ingresso nell'età adulta? Esiste una correlazione tra le difficoltà incontrate precocemente nelle relazioni familiari e una successiva diagnosi in età adulta? I fattori traumatici gravi (quali i lutti precoci) possono influire sullo sviluppo a lungo termine? Quali sono i fattori di protezione da prendere in considerazione? I trattamenti a lungo termine sono determinanti? Qual è l'influenza del quoziente intellettivo? Esiste una correlazione tra diagnosi in età adulta e qualità della vita, inserimento sociale e presenza di una vita amorosa nei nostri soggetti?

Sono, queste, domande alle quali abbiamo cercato di rispondere grazie al follow-up a lungo termine dei nostri soggetti, considerati caso per caso, insieme alle caratteristiche specifiche del loro ambiente familiare. Nel corso del nostro studio evolutivo abbiamo preso in esame l'impatto delle proiezioni genitoriali e dei diversi conflitti della genitorialità sulla

progressiva strutturazione della personalità dei nostri soggetti. Concludendo, i risultati del nostro lavoro, fondamentalmente clinico, ci sono apparsi davvero confortanti.

I soggetti che abbiamo incontrato in qualità di giovani adulti ci hanno dimostrato che avevano conservato viva la curiosità rispetto a se stessi e al proprio percorso, con un buon ricordo della permanenza al centro diurno. A volte, sono venuti a chiederci un parere sulle loro problematiche più attuali. Infatti, questo incontro è stato, per la maggior parte di loro, un'occasione per riflettere sul proprio passato e per comunicarci le proprie speranze di realizzazione futura.

Le domande dedicate ai ricordi che avevano conservato dei genitori ci hanno fatto capire quanto grande fosse la lealtà del bambino, e il ricordo talora traumatico, rimosso o elaborato, lungo il percorso del tempo che passa. Infatti, escludendo rare eccezioni, i genitori, descritti adeguatamente dai figli, con le loro caratteristiche più o meno facili da affrontare, sono stati giudicati buoni genitori, perché si erano preoccupati e avevano accettato la presa in carico del centro diurno e i successivi trattamenti offerti, dimostrando così sollecitudine rispetto alla vita psichica del proprio bambino.

Le domande che abbiamo posto sui loro progetti di vita ci hanno rassicurati sulle speranze nutrite da ciascuno, giacché, dimostrandoci di possedere una buona capacità di riflessione e di introspezione in relazione a se stessi, questi giovani adulti hanno saputo esprimere liberamente i propri desideri e le proprie aspirazioni per l'avvenire. Si è parlato anche del loro personale desiderio di avere figli: in particolare, le giovani donne della nostra coorte hanno manifestato l'intenzione di chiedere aiuto in caso di problemi relazionali con i propri piccoli, visto l'esito positivo della loro esperienza.

Così, l'interesse di un follow-up longitudinale può corrispondere a una "riappropriazione di significato" per ciascun soggetto e presentare un aspetto terapeutico in sé, attraverso una mobilitazione affettiva e una riflessione sulla propria esperienza di vita.