

1. La psicopatologia infantile in prospettiva evolutiva

1.1. Comportamenti normali e atipici in età evolutiva La comprensione del *disturbo psicologico* in età evolutiva richiede alcune premesse indispensabili che consentono di evidenziarne le differenze con l'età adulta.

Innanzitutto, *il bambino è un soggetto in continua trasformazione* e le manifestazioni comportamentali del suo cambiamento possono costituire fonte di inquietudine, ansia e preoccupazione in chi lo circonda e si prende cura di lui. In questo senso risulta essenziale aiutare gli adulti a riconoscere quali comportamenti, anche se problematici, sono una manifestazione tipica della fase evolutiva attraversata dal bambino, e quindi rappresentano soltanto un evento passeggero, e quali invece si configurano come veri e propri disturbi.

Ad esempio, la paura di addormentarsi da solo in un bambino di due anni rientra pienamente nella “normalità”, mentre la stessa paura mostrata con continuità da uno di cinque, nonostante l'assenza di una minaccia reale, segnala che qualcosa non va come dovrebbe. Ne deriva la necessità di un impegno culturale degli esperti nella direzione di promuovere la conoscenza delle più recenti e condivise acquisizioni in ambito infantile nei confronti di chi si occupa quotidianamente della protezione e della cura dei bambini, siano essi genitori, pediatri, medici, insegnanti, volontari, educatori, affidatari istituzionali o giudici minorili.

Ciò permette di tranquillizzare chi si trova a dover leggere, capire, sostenere un bambino che si esprime con difficoltà e, allo stesso tempo, consente anche di limitare i danni di valutazioni troppo personali e non confrontate con standard normativi, per età, genere e cultura, che spesso vengono effettuate in maniera ingenua dagli adulti significativi del contesto relazionale (insegnanti, genitori), generando inutili allarmismi e pericolosi etichettamenti. A tale proposito presentiamo a titolo esemplificati-

vo due tabelle. Nella tabella 1 vengono indicati alcuni comportamenti tipici che compaiono nelle diverse età. La loro presenza occasionale, pertanto, non costituisce elemento psicopatologico a meno che l'intensità e la frequenza di comparsa siano eccessive. Naturalmente non si vuole neppure affermare che bambini di quell'età che non manifestano i medesimi comportamenti non siano normali, ma soltanto sottolineare che alcune volte, come nel caso di comportamenti oppositivi intorno ai due anni, l'assenza totale di opposizione può segnalare, in maniera simmetrica alla sua comparsa eccessiva, che qualcosa non sta andando come dovrebbe.

Nella tabella 2 è riportato un elenco di comportamenti infantili relativi all'area della sessualità che possono essere considerati espressione del normale percorso di maturazione sessuale del bambino quando compaiono occasionalmente, in modo isolato e non continuamente associati agli altri in elenco. Spesso, invece, il singolo comportamento, anche quando non è persistente, viene erroneamente interpretato come segnale di presunti abusi o maltrattamenti sessuali suscitando allarmismi, ansie e timori se non vere e proprie

TABELLA 1
Comportamenti tipici in determinate fasce d'età

| Età | Comportamenti tipici |
|------------|---|
| 18-24 mesi | Sfuriate, rifiuto di fare ciò che è stato chiesto, costante richiesta di attenzione, iperattività, timori specifici, disattenzione |
| 3-5 anni | Sfuriate, rifiuto di fare cose richieste, costante richiesta di attenzione, iperattività, paure specifiche, ipersensibilità, falsità, negativismo |
| 6-10 anni | Sfuriate, iperattività, paure specifiche, ipersensibilità, falsità, problemi scolastici, eccessiva riservatezza |
| 11-14 anni | Sfuriate, ipersensibilità, gelosia, problemi scolastici, eccessiva riservatezza, malinconia |
| 15-18 anni | Problemi scolastici, assenze a scuola, imbrogli agli esami, abuso di droghe, trasgressioni, taccheggio e altre minori violazioni della legge |

Fonte: Gelfand, Jenson, Drew (1988; trad. it. in Sanavio, Cornoldi, 2001, p. 42).

TABELLA 2**Comportamenti *normali* e *atipici* connessi alla sessualità in età prescolare**

| È un comportamento normale se | È segnale di pericolo quando |
|--|--|
| Tocca/strofina i propri genitali quando vengono cambiati i pannolini, quando va a letto, quando è teso, eccitato o impaurito | Si tocca i genitali in pubblico, quando gli è stato detto più volte di non farlo o ciò diviene compulsivo a danno di altre attività infantili normali |
| Esplora le differenze fra i maschi e le femmine, i ragazzi e le ragazze | Continua a fare domande insistentemente anche se gli è stata data esauriente risposta o mostra rabbia, aggressività od odio verso il proprio ruolo di genere |
| Tocca i genitali, il seno di adulti e bambini familiari | Tocca tali parti del corpo in adulti non familiari e anche quando è ripreso lo fa di nascosto oppure cerca di convincerli ad accettare il gesto o propone all'altro di toccarlo |
| Sfrutta le occasioni per vedere nude le persone | Continua a fissare le persone nude dopo averne viste molte, chiede loro di spogliarsi o cerca di farlo con la forza |
| Fa domande sui genitali, i seni, il rapporto sessuale, la nascita dei bambini | Continua a fare domande anche dopo che gli è stato risposto adeguatamente per l'età, oppure se chiede a estranei dopo che i genitori gli hanno risposto o ancora se ha conoscenze sessuali non appropriate all'età |
| Erezioni Ama stare nudo e può arrivare a mostrare agli altri i propri genitali | Erezioni continue e/o dolorose Continua a stare nudo in pubblico dopo che i genitori o altri adulti significativi gli hanno detto che non è possibile, oppure lo fa di nascosto |
| È interessato a osservare gli altri mentre sono in bagno | Tale interesse permane dopo giorni o settimane, oppure non vuole lasciare gli altri soli in bagno o entra con la forza |
| È interessato a come nascono i bambini | Tale interesse permane dopo giorni/settimana in cui il bambino ha potuto giocare alla nascita dei bambini oppure mostra grave paura o risentimento contro i bambini piccoli, la nascita e il rapporto sessuale |

TABELLA 2 (continua)

| | |
|--|--|
| Usa parolacce per le funzioni escretorie e sessuali | Continua a usarle dopo che i genitori o altri adulti significativi gli hanno detto ripetutamente di non farlo o se lo fa in pubblico dopo essere stato più volte punito per questo (va valutata naturalmente la frequenza d'uso di tali termini in famiglia) |
| È interessato alle proprie feci | Gioca con le sue feci o le strofina sul pavimento più di una volta |
| Gioca al dottore, ispezionando il corpo altrui | Il gioco perdura anche dopo che gli è stato proibito ripetutamente, oppure forza i coetanei a giocarvi e/o a togliersi i vestiti |
| Infila qualcosa nei genitali o nel retto, proprio o altrui, per curiosità o esplorazione | Continua a impegnarsi in tali azioni dopo che gli è stato vietato e gli sono state date spiegazioni sul pericolo connesso, oppure con forza pone qualcosa nei genitali o nel retto di altri bambini |
| Gioca alla famiglia, impersona il ruolo di mamma o papà | Simula un rapporto sessuale, da vestito, con altri bambini (soprattutto se in modo molto corretto) o peggio lo fa senza vestiti o simulando un rapporto orale o anale |

Fonte: Dettore, Fuligni (1999, pp. 105-7).

decisioni poco ponderate e drastiche che possono rappresentare autentici traumi per gli stessi bambini e per gli adulti coinvolti. Con questo non si vuole invitare a trascurare l'osservazione dei comportamenti che segnalano disagio e sofferenza nel bambino ma, al contrario, sostenere gli adulti che sono a contatto quotidiano con lui, per familiarità o per professione, a osservare con attenzione e ocularità imparando a selezionare i segnali che richiedono la risposta di esperti senza indebite sostituzioni professionali perseguite, troppo spesso, con ingenuità e imperizia.

Le esemplificazioni sopra riportate ci consentono di ribadire la necessaria attenzione a una lettura concomitante e integrata dei processi evolutivi sia "normali" che "atipici". La proliferazione delle conoscenze acquisite negli ultimi decenni sullo sviluppo biologico e psicologico di popolazioni "normali" ha certamente promosso una

migliore comprensione dell'eziologia, dell'evoluzione e delle conseguenze di molti disturbi mentali (Rolf *et al.*, 1990).

È il caso, ad esempio, dei progressi realizzati nella comprensione dei problemi di attenzione, neurobiologici, cognitivi, rappresentazionali, socioemotivi e sociocognitivi dell'autismo, che derivano certamente in modo diretto dai progressi concomitanti avvenuti nei medesimi settori dello sviluppo normale. Simmetricamente, si può senz'altro affermare che i più recenti studi su campioni a rischio e psicopatologici hanno stimolato le conoscenze su un certo numero di temi critici per lo sviluppo normale che corrispondono ad altrettanti filoni di ricerca quali: la relazione fra emozioni, funzionamento cognitivo e biologia; lo sviluppo della regolazione delle emozioni; il contributo di fattori socioemotivi allo sviluppo del linguaggio; le determinanti del comportamento genitoriale; la formazione e la rottura delle relazioni e l'universalità degli stadi evolutivi.

Un merito particolare nell'aver contribuito a realizzare questa fruttuosa integrazione tra discipline diverse (psicopatologia, psichiatria, biologia e psicologia dello sviluppo) nella comune ricerca di comprendere le condizioni per promuovere il benessere dell'individuo fin dai suoi primi giorni di vita va riconosciuto alla *developmental psychopathology*. La psicopatologia evolutiva è l'approccio teorico che negli ultimi decenni ha contribuito maggiormente ad affermare la necessità di studiare la psicopatologia in relazione ai cambiamenti più significativi che intervengono nel corso della vita. È in questo senso che gli autori che lo sostengono propongono una comune cornice concettuale in grado di orientare la comprensione della psicopatologia in riferimento alle tappe dello sviluppo biologico, cognitivo e socioemozionale dell'individuo.

Con ciò non si vuole sostenere che ogni psicopatologia insorga nei primi anni di vita ma sottolineare il ruolo dei cambiamenti evolutivi nel determinare le origini, i sintomi e l'evolversi della psicopatologia. Viene inoltre evidenziata l'importanza di una corretta valutazione della natura e del significato dei problemi comportamentali alla luce delle differenze evolutive per ciò che concerne soprattutto gli aspetti legati al sesso e al genere, poiché bisogna sempre considerare che anche i disturbi che si ritiene abbiano somiglianze consistenti, al di là delle differenze di età e di cultura, presentano, di fat-

to, caratteristiche specifiche determinate dal livello di sviluppo del singolo.

Un tema che va a questo punto introdotto riguarda la *relatività* di ogni manifestazione umana e quindi anche i comportamenti cosiddetti “particolari”. Vogliamo richiamare così l’attenzione sull’importanza di considerare ogni forma di atipicità o devianza facendo riferimento a standard normativi e alle aspettative proprie di ogni cultura rispetto alle fasi dello sviluppo: comportamenti comuni nella prima infanzia, quali pianto frequente, crisi oppositive, incubi, paure, diventano inadeguati qualche anno più tardi, in relazione alle modificazioni dei compiti e delle capacità acquisite dal bambino con l’età e l’esperienza maturata. In questo senso viene recuperata la nozione di *compiti evolutivi* di Havighurst (1952). Questo autore sostiene che nel corso della vita l’individuo si deve confrontare con una successione di compiti specifici che vanno risolti al momento opportuno: se ciò non avviene in tempi più o meno stabiliti, lo sviluppo successivo ne può risultare compromesso. La natura di questi compiti esprime una sorta di interazione dinamica fra gli aspetti della maturazione biologica e le attese sociali che traducono i primi in comportamenti accettati. A questo proposito va naturalmente ricordato il contributo di Anna Freud (1969) che, criticando vivacemente i sistemi diagnostici basati esclusivamente sui sintomi, sosteneva l’utilità di effettuare la valutazione della psicopatologia infantile in base alla capacità dei bambini di risolvere compiti adeguati al livello di sviluppo.

Le considerazioni fin qui effettuate ci consentono di addentrarci nel dibattito cruciale in merito alla *continuità/discontinuità* nel tempo di problematiche a esordio infantile.

Sul problema della continuità o discontinuità fra le manifestazioni psicopatologiche dell’infanzia e i disturbi psichici che compaiono successivamente è in corso un vivace dibattito. Ciò di cui si argomenta è se le difficoltà che si manifestano nelle prime fasi della vita possano costituire i segni premonitori di un quadro complesso che si presenterà anche successivamente, quando saranno implicati ulteriori sistemi motivazionali (continuità), oppure se esista una frattura con le manifestazioni psicopatologiche che si presentano in età successive (discontinuità).

Come esempio a sostegno dell'ipotesi della continuità si può far riferimento ai disturbi dell'attaccamento, che nel corso dello sviluppo si possono ampliare in un quadro più complesso che costituisce un disturbo profondo e generalizzato del sentimento di protezione e sicurezza del bambino. I problemi relativi all'equilibrio attaccamento-esplorazione, relativamente frequenti nei bambini di circa tre anni, diventano disturbi veri e propri quando le emozioni e i comportamenti manifestati nelle relazioni di attaccamento sono così difficili da aumentare il rischio di angoscia persistente nel bambino o di una menomazione del suo funzionamento.

Come esempio a sostegno dell'ipotesi della discontinuità ci si può riferire alla teorizzazione sulla "crisi adolescenziale", che interpreta la conflittualità tipica di questo periodo della vita come una caratteristica intrapsichica (frattura, *turmoil*, *breakdown*, nel senso di una frattura dell'organizzazione interna che è in via di strutturazione; si parla anche di *breakdown* evolutivo) che si può esprimere nelle varie forme della psicopatologia.

Da questi interrogativi deriva un quesito ulteriore: la presenza di un disturbo psicopatologico nell'infanzia comporta necessariamente un'alterazione stabile del funzionamento personale che può condurre al manifestarsi di disturbi psichici nelle fasi successive della vita, oppure l'influenza di situazioni contestuali-relazionali positive combinata con caratteristiche di plasticità mentale può modificare una storia di disagio psichico infantile e preadolescenziale in una storia di "normalità" esistenziale? D'altra parte è noto che uno sviluppo normale nelle prime fasi della vita non rende esenti dalla comparsa di forme psicopatologiche in quelle successive. In altre parole, ci si chiede qual è la prognosi dei disturbi infantili e quali sono le possibilità di incidere positivamente, per mezzo dei vari interventi terapeutici e preventivi, sull'evoluzione del disturbo e sulla prevenzione del rischio.

Esiste ormai un certo consenso sul riconoscimento che il disturbo psicologico in età evolutiva non presuppone necessariamente continuità in epoche successive. La presenza di un comportamento problematico in un certo periodo della vita e in risposta a certi accadimenti, infatti, come abbiamo visto, non costituisce di per sé elemento psicopatologico nell'attualità, né va considerato necessaria-

mente come indicatore prognostico. Ciò naturalmente quando non siamo alla presenza di quelle caratteristiche di intensità e frequenza eccessiva che segnalano inequivocabilmente che qualcosa non va. A tale proposito, in accordo con Sanavio e Cornoldi (2001), possiamo sostenere che la definizione della soglia (*cut off*) oltre la quale si può parlare di disturbo in età evolutiva è, entro certi limiti, arbitraria. Questo spiega perché nei confronti delle decisioni riguardanti la presenza o meno di un disturbo in un bambino siamo portati a confrontarci più che con criteri e modelli normativamente validati, con i nostri modelli ottimali di normalità, che raramente coincidono tra loro. Ne consegue che il confronto fra tali modelli e i bambini reali sui quali siamo chiamati a esprimerci fa emergere distanze interpretative difficili da colmare e da conciliare. D'altra parte non è neppure soddisfacente l'utilizzo di principi statistici elementari che stabiliscono a priori quando un comportamento diventa "disadattivo" e cioè quando devia dalla *norma*, indice ottenuto sulla base della percentuale di comparsa di quel comportamento nella popolazione di riferimento (che naturalmente deve essere la stessa per età, genere, cultura ecc.).

Infine, occorre esprimersi, anche se purtroppo brevemente, sulla cruciale questione della continuità o della discontinuità intergenerazionale della psicopatologia. In altre parole, ad esempio, quali e quante sono le possibilità per un figlio, del quale almeno un genitore sia affetto da depressione maggiore, di incorrere nella stessa patologia? Fino a pochi anni fa, la logica della causalità lineare che sovrastimava la componente genetica nell'eziologia di questa malattia, come delle altre forme di psicopatologia, affermava con certezza la realtà, più che la probabilità, di esiti infausti per questi bambini. Attualmente, invece, dall'evidenza empirica di una grande mole di ricerche condotte con metodologie più attente alla comprensione dei processi evolutivi di popolazioni a rischio, confrontate con quelle normali, si è pervenuti alla consapevolezza che la maggior parte delle forme di psicopatologia riconosce una molteplicità di cause (talvolta la costellazione include una causa necessaria, ma non sufficiente), ed è pertanto opportuno descrivere il quadro psicopatologico in termini di percorsi devianti o di traiettorie di sviluppo.

A questo scopo gli studi condotti su gruppi di controllo e gruppi a rischio (ad esempio, i figli di pazienti psichiatrici) prevedono l'utilizzo di valutazioni intermedie che consentono di cogliere in maniera più precisa l'influenza dei diversi mediatori biologici, psicoso-

ⓑ La *resilience*

Nella letteratura psicologica la nozione di *resilience* è stata utilizzata per descrivere tre diversi tipi di fenomeni: a) il raggiungimento di esiti positivi, in termini di sviluppo e di adattamento, nonostante una condizione ad alto rischio; b) il mantenimento di un buon livello di competenza anche in condizioni di stress e pericolo da parte dell'ambiente; c) la riparazione (*recovery*) dal trauma.

A seconda dell'accentuazione, il termine *resilience* può rimandare a una caratteristica individuale – la capacità dell'individuo di resistere allo stress – indicando quindi una competenza tesa al mantenimento dell'integrità personale, oppure sottolinea la possibilità della persona di superare, con esiti positivi, le condizioni avverse. Questa seconda accezione di *resilience* prende in maggior considerazione gli aspetti legati ai fattori protettivi, cioè a quegli eventi favorevoli che, nel corso della vita, contrastano o riducono l'effetto di situazioni difficili. Ad esempio, nel caso di figli di gravi pazienti psichiatrici, può funzionare come fattore protettivo la presenza nell'ambiente familiare di almeno un altro adulto (l'altro genitore, una nonna, una zia) che possa fungere da figura positiva d'attaccamento prendendosi cura del bambino in maniera adeguata e agevolando la sua frequentazione di contesti esterni alla famiglia (asilo nido se piccolo, scuola materna e luoghi di socializzazione esterna, quali gli ambienti sportivi o le attività extrascolastiche). Realizzando queste condizioni, l'ambiente di cui il bambino ha esperienza diretta può funzionare, nel suo complesso, in termini protettivi: può contrastare il rischio familiare in maniera diretta, fornendo numerose occasioni in cui egli possa sperimentarsi efficace e competente e, nel contempo, in maniera indiretta, riducendo la quantità di tempo di esposizione del bambino al rischio familiare. In questi casi non è necessario procedere ad allontanamenti, che invece si rendono inevitabili quando nell'ambiente di vita non sussistono le necessarie condizioni di protezione.

ciali e psicologici che intervengono a modulare nel tempo i processi di adattamento. Questo approccio comporta un lavoro di individuazione delle misure maggiormente significative e predittive di un funzionamento attraverso diverse età, nonché un'approfondita valutazione dei confronti più significativi fra gruppi di bambini ad alto rischio e gruppi normali. I risultati hanno mostrato che effetti di interazione di vario tipo sono comuni nel corso dello sviluppo e, in molti casi, le continuità presenti attraverso le generazioni derivano da catene di effetti indiretti, piuttosto che porsi quali conseguenze di un effetto principale stabile (la malattia del genitore, ad esempio). In altri termini, ciò che emerge da questi studi è l'importanza di variabili contestuali che possano contrastare gli effetti di probabili nessi patogeni, funzionando da fattore protettivo nei confronti della competenza e della *resilience* individuale al rischio patologico.

Infine, negli ultimi anni gli esperti hanno sempre più concordato sul fatto che durante i primi tre anni di vita non si possa parlare propriamente di disturbo psicologico individuale, ma di *disturbo relazionale* (è sufficiente ricordare i contributi di Anders, Emde, Leiderman, Parmelee, Reiss, Sameroff, Sroufe e Stern raccolti nell'ormai classico volume *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia* a cura di Sameroff, Emde, 1991), in quanto il bambino non può essere considerato separatamente dal contesto di crescita in cui si realizzano le sue interazioni quotidiane. Ne consegue che durante l'infanzia non ci si possa tanto confrontare con un disturbo psicopatologico che comporta un'alterazione stabile del funzionamento personale, ma con situazioni evolutive a rischio, che possono o meno condurre a disturbi psichiatrici e psicopatologici a possibile insorgenza successiva.

Quest'ultima considerazione introduce all'importanza, ormai condivisa da teorici e clinici, dell'attenta disamina del *contesto* di vita del bambino dove si realizzano le condizioni della normalità o le premesse del disagio presente e del disturbo futuro.