

Sintomi di esordio in età pediatrica che preludono a malattie psichiatriche dell'adulto



Lucio Rinaldi

Professore Aggregato di Psichiatria, Università Cattolica, Roma. Responsabile dell'Area dell'Età Evolutiva e Day-Hospital di Psichiatria, Fondazione Policlinico Universitario Gemelli, Roma

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nelle sue proiezioni per il 2020 ha indicato che il carico di disabilità legato ai disturbi mentali è destinato ad aumentare e che i bambini e gli adolescenti che avranno bisogno di un supporto psicologico o psichiatrico saranno il 20%. Appare in tal senso sempre più necessario individuare gli elementi essenziali per prevenire o trattare precocemente il disagio affinché non si organizzino in forme sempre più strutturate e rigide, quali quelle della franca psicopatologia. Tuttavia bisogna tenere presente che nei bambini e negli adolescenti è sempre necessario fare un bilancio psicologico tra sforzi evolutivi, processi trasformativi e manifestazioni sintomatiche.

Aspetti epidemiologici

Un'indagine sulla popolazione, che ha riguardato 28 Paesi, il cui obiettivo principale era fornire una stima della prevalenza e della distribuzione delle patologie psichiatriche, ha rilevato che i disturbi del controllo degli impulsi si presentano verso i 7-9 anni, per quanto riguarda il deficit di attenzione/iperattività (ADHD); verso i 7-15 anni per il disturbo oppositivo-provocatorio (ODD); verso i 9-14 anni per il disturbo della condotta (CD) e i 13-21 anni per il disturbo esplosivo intermittente (IED). I disturbi del controllo degli impulsi avrebbero anche una fascia di età a rischio per l'insorgenza: per esempio l'80% di tutti gli ADHD insorge a 4-11 anni di età, mentre la stragrande maggioranza dei ODD e CD inizia tra i 5 e i 15 anni.

In generale i disturbi d'ansia hanno un'età di insorgenza compresa tra i 5 e i 22 anni. Fobie e ansia di separazione (SAD) hanno insorgenza molto precoce, tra i 7 e i 14 anni. Gli altri disturbi d'ansia (disturbo di panico, disturbo d'ansia generalizzato e disturbo da stress post-traumatico) hanno un'insorgenza successiva. L'età a rischio per l'insorgenza di un disturbo da dipendenza da sostanze è quella compresa tra i 13 e i 24 anni. I disturbi dell'umore iniziano a manifestarsi già intorno a 13 anni.

L'età di insorgenza della schizofrenia è compresa tra i 13 e i 23 anni.

La prima causa di disabilità fra i 10 e i 24 anni d'età sono i disturbi dell'umore. Al secondo posto ci sono gli incidenti stradali, al terzo posto la schizofrenia e al quarto il disturbo bipolare. L'uso di alcolici è al sesto posto. All'ottavo posto i tentativi di suicidio o comunque le condotte autoaggressive.

In Italia il 10% degli adolescenti, valutati su un campione di quasi 3500 studenti, presentava un disturbo mentale diagnosticabile.

Natura e cultura

Al fine di comprendere come si struttura nel tempo il disagio mentale è necessario fare alcune considerazioni preliminari. I bambini nascono con *caratteristiche temperamentali e corredo genetico* differenti e, se sottoposti a influenze ambientali simili, risponderanno ognuno in modo diverso, anche se possono emergere pattern comuni. Per esempio, i bambini che crescono in orfanotrofi, avendo scarsi contatti umani, hanno meno probabilità di conseguire buone capacità linguistiche, di stabilire un attaccamento sicuro con gli adulti o di acquisire una buona comprensione della mente e delle emozioni degli altri.

Music, seguendo una prospettiva bioecologica dello sviluppo umano, ritiene che gli individui siano sempre influenzati dalla loro eredità biologica e anche dai vari sistemi che li contengono, famiglia, scuola ecc. Già durante il concepimento, il feto riceve l'eredità genetica dei genitori ed è portatore quindi di una serie di predisposizioni biologiche, anche se interagisce con il suo ambiente, influenzandolo ed essendo influenzato, sempre in modo bidirezionale. Per esempio, una variante di un particolare gene incrementa le probabilità che un bambino sviluppi la sindrome da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Tuttavia chi ha genitori poco attenti ha maggiori probabilità di sviluppare l'ADHD rispetto a un soggetto che riceve cure genitoriali adeguate. L'eredità

genetica fa aumentare la probabilità d'insorgenza di ADHD, ma il tipo di genitorialità è determinante affinché quel particolare potenziale genetico si esprima.

Vita prenatale

Studi di Infant Research, Infant Observation e le Neuroscienze ci riportano a uno sviluppo del cervello e della mente che ha inizio sin dall'epoca intrauterina e ci permettono di spingere ancora più indietro la nostra visione d'insieme e di pensare a una origine ancora più arcaica delle relazioni umane, che iniziano a plasmarsi sin dalle prime settimane di vita: una straordinaria continuità fra la vita all'interno dell'utero e la vita nel mondo esterno. Molti studiosi sono oramai dell'opinione che la nascita sia paragonabile a un punto in un *continuum* all'interno di un groviglio straordinariamente complesso di fili fisiologici e psicologici che interagiscono, in quel momento e in seguito, nella formazione del "Sé". Oltre al corredo genetico occorre considerare l'ambiente naturale, come il grado di libertà di movimento all'interno dell'utero, la qualità della placenta, del liquido amniotico ecc.). I "fattori" dell'ambiente naturale sono peraltro influenzati in modo rilevante dagli stati mentali consci e inconsci della madre, sono in stretta relazione con il suo corpo, con l'ambiente in cui lei vive e con la qualità delle cure e del sostegno che riceve. I fattori fisici ed emotivi nella vita della madre influenzano anche la natura del mondo intrauterino in senso generale. Ogni gravidanza è un'esperienza unica e, a seconda dei fantasmi consci e inconsci sottostanti e delle fantasie consce predominanti, l'esperienza stessa della nascita verrà vissuta in modi differenti.

Si parla perciò della nascita di un bambino, con tutta una serie di competenze e di modalità nel porsi alla vita, ma anche e necessariamente della nascita della mente di una madre, che sappia sintonizzarsi e rispondere a quel bambino in un'unione tra biologia e ambiente. Quello che un bambino sperimenta di positivo o negativo sarà

registrato e lascerà delle tracce. Alcune potranno essere richiamate, altre rimarranno non evocabili eppure attive nel creare nuove tracce. Esperienze positive aiutano la plasticità neuronale e facilitano l'assimilazione di esperienze positive. Il rapporto tra feto e corpo materno è pieno di *tira e molla* delicatamente bilanciati. La trasmissione madre-figlio e poi anche ambiente-bambino non riguarda quindi mai solo la psiche, ma funziona in una intermodalità che va dalla sensorialità agli affetti, in un complesso sistema materno-placento-fetale.

Nascita e prima infanzia

Negli esseri umani non c'è un tempo pre-stabilito nel quale deve avvenire il *bonding*, il legame primario. Gli esseri umani potrebbero legarsi con quasi tutti i bambini, non solo i propri, e raramente il legame si stabilisce immediatamente. I legami affettivi nascono in seguito a cure costanti e alla vicinanza che dura nel tempo. Il *bonding* è un processo graduale e reciproco, contrariamente ad altre specie, non è immediato e può essere facilitato. L'allattamento al seno facilita il *bonding* e diminuisce la reattività della donna agli *stressor* psicologici, probabilmente in parte grazie al rilascio dell'ossitocina, ma è anche di gran beneficio per il bambino. I bambini stimolano in modo attivo risposte di *bonding* negli adulti e sono predisposti a mettersi in relazione con persone e volti.

Madri e bambini spesso cercano gli occhi dell'altro dopo la nascita e i neonati preferiscono una foto del viso materno piuttosto che quello reale di un estraneo. Riconoscere i volti può indurre risposte positive e favorire la formazione del *bonding*. I neonati mostrano anche una chiara preferenza per la voce della propria madre. Il ritmo cardiaco del feto cambia quando ascolta una registrazione della voce della madre, ma non cambia se la voce è di un estraneo, dimostrando precoci capacità di apprendimento.

Inoltre i bambini sono in grado di imitare gli adulti già venti minuti dopo la nascita. In alcuni esperimenti si osservano i genitori che tirano fuori la lingua e i bambini che guardano con attenzione e, dopo molti sforzi, imitano i genitori tirando fuori la lingua anche loro. Neonati di soli due giorni sanno imitare tutta una serie di espressioni facciali come sorridere, accigliarsi e mostrare sorpresa. Imparano a imitare presto anche suoni e gesti e producono più suoni simili al linguaggio quando la madre sorride, specialmente quando il sorriso è sincero, quello che alcuni chiamano *sorriso Duchenne*. Attraverso l'imitazione e grazie al fatto che ricevono risposta

ai propri segnali, i bambini imparano che sono in grado di produrre effetti sugli altri e cominciano a sviluppare un certo senso della loro capacità di agire (*agency*) e a provare piacere per ciò che riescono a far accadere. I bambini di due mesi scalciano di più se vedono un effetto del loro gesto, come far muovere un oggetto sincronamente con i loro gesti: ciò viene chiamata *contingenza*, ma non scalciano con lo stesso vigore quando l'oggetto si muove indipendentemente da loro. I bambini percepiscono gli altri come partner interattivi e cominciano le cosiddette *danze* reciproche e hanno bisogno di un caregiver empatico, che interagisca con loro, per sviluppare pienamente capacità relazionali più complesse.

Se nel primo anno di vita i bambini angosciati sono presi in braccio e tranquillizzati, piangono meno degli altri negli anni successivi, poiché sperimentano che le loro emozioni sono tollerate, contenute, modulate e imparano a non esserne sopraffatti. La madre non porta solo le sue qualità nutritive e amorevoli, ma anche il suo sé pensante, stati mentali ed emotivi che, rispetto al caos della vita psichica nel neonato, rappresentano una pre-condizione verso capacità più interconnesse, per un Sé più integrato. Bion parla di "seno pensante" intendendo la capacità materna primaria di nutrire, metaforicamente, fornendo una qualche forma ai "pensieri" rudimentali del neonato (inizialmente insieme confuso di impulsi e sensazioni). In un sano sviluppo emotivo il neonato deve fare esperienza di un oggetto (spesso la madre), capace di accogliere una massa di sensazioni, sentimenti e disagi ai quali il bambino non è in grado di dare un nome e che quindi è incapace di elaborare nel pensiero. La funzione di tale oggetto, definita da Bion "funzione alfa" o "rêverie", è quella di tenere nella mente, dare un significato, rendere pensabili quei sentimenti anche per il bambino. Per adempiere questa funzione è necessario che l'oggetto sia in grado di tollerare il dolore psichico, che il bambino invece non può tollerare. Dopo ripetute esperienze di questo tipo di contenimento, il bambino può interiorizzare tale funzione e acquistare così gradualmente la capacità di elaborare la propria angoscia all'interno del proprio spazio mentale. Bion descrive il processo che ha luogo quando chi presta le cure al bambino (il caregiver) è inaccessibile e non è disponibile ad accogliere le proiezioni dei bambini. Le proiezioni che non vengono accettate ritornano al bambino, sotto forma di "terrore senza nome".

L'adeguatezza delle cure parentali, la depressione materna, i precoci processi psi-

co-sociali influenzano lo sviluppo psico-somatico del bambino. Bassi livelli di calore e di sostegno genitoriale, tanto quanto il rifiuto e l'ostilità materna, sono associati a depressione infantile e adolescenziale.

Le anomalie nei bambini appaiono precocemente e si manifestano sotto forma di problemi caratteriali: indifferenza sociale, ridotta attività, irritabilità e ipersensibilità eccessive. La sensibilità della madre agli stati d'animo del figlio diventa determinante e agisce quindi come regolatore di tensione per il bambino. Dunque, un ambiente di handling "attivo e adattivo" contribuisce all'integrazione degli stati corporei e mentali, strutturando il processo di personalizzazione, permettendo che il piccolo possa sentire fin dal principio la psiche come parte del corpo, in un'esperienza di continuità dell'essere.

Tutto ciò si potrà verificare, ovviamente, partendo da un patrimonio innato, che potrà esprimersi sulla base delle esperienze che il bambino andrà facendo, in relazione con la qualità del rapporto con l'ambiente e risentendo a sua volta dei percorsi psichici dei genitori e delle figure familiari in generale. Gli Autori spiegano anche come l'organizzazione del Sé, la regolazione affettiva (che è fondata sulla capacità del bambino di comprendere il comportamento interpersonale in termini di stati mentali) e la funzione di mentalizzazione vengano acquisite nell'ambito delle prime relazioni di attaccamento. Normalmente la mentalizzazione ha luogo attraverso l'esperienza del bambino di riflessione sui suoi stati mentali, attraverso il gioco sicuro con un genitore o un bambino più grande, ma può essere gravemente compromessa nelle relazioni di attaccamento disorganizzate, con importanti implicazioni cliniche.

Adolescenza

L'adolescenza è un percorso esistenziale promosso da un basilare rimodellamento dei sistemi omeostatici, che caratterizzano il funzionamento di cervello, apparato ormonale, genitale, muscolo-scheletrico. Si deve quindi guardare ai fenomeni dell'adolescenza in termini di ricerca di equilibri possibili, durante la modificazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-gonadi, dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, dell'apparato muscolo-scheletrico, della corteccia cerebrale. Siamo stati per molto tempo portati a considerare i fenomeni emozionali e i comportamenti dell'adolescenza come legati a trasformazioni identitarie, che coinvolgono l'assetto delle relazioni familiari e si estendono al mondo dei pari. Questa visuale del mondo delle relazioni ha permes-

so di comprendere molte dinamiche adolescenziali e di dare senso alle disarmonie. Le trasformazioni relazionali sono state considerate espressione e conseguenza di un processo di rimodellamento e di ridefinizione di costellazioni intrapsichiche, prima tra tutte quella edipica.

I sintomi in adolescenza – e in particolare quelli che trovano in varie forme il luogo di espressione nel corpo – possono essere *possibilità*, occasione e opportunità per rendere contenibili pressioni emozionali e anche *processi* che permettono di costruire *nuovi assetti* per passare *attraverso i fenomeni adolescenziali*. In tal senso è fondamentale il ruolo che possono svolgere coloro che incontrano i sintomi dell'adolescenza (pediatri, ginecologi, psicologi, psichiatri, insegnanti ecc.) nel sostenere l'aspetto costruttivo e il processo di ricerca insito anche nel sintomo più eclatante o preoccupante. Aspetti centrali in questa prospettiva di approccio al sintomo sono la multidisciplinarietà, la collaborazione tra specialisti, l'integrazione delle conoscenze.

Il corpo impone all'adolescente nuove scoperte (prima tra tutte la nuova forma della sessualità), rendendo un poco diverso e sconosciuto l'adolescente a se stesso (e anche agli altri) e tracciando un percorso in continua trasformazione: è il luogo in cui si rende tangibile il cambiamento. Gli adolescenti – dopo la crisi puberale – cercano continuamente di fare i conti con questo luogo di confine in cambiamento, che tentano di fare proprio, di padroneggiare. Il fatto di segnalarlo, scolpirlo, tentare di modificarne forme e dimensioni, sembra indicare la necessità di recuperare la possibilità di controllo o quanto meno la necessità di non sentirsi dominati. Anzi è al corpo che viene affidato, in forme più o meno pittoriche (come accade per esempio con il colore dei capelli e le pettinature) o in forme più o meno simboliche (come accade per esempio nella scelta di un tatuaggio o di un piercing), il compito di *“essere in qualche modo”, quando si è alle prese con il cimento di diventare qualcuno*.

Il corpo può anche diventare il luogo in cui gestire l'eccesso di difficoltà nel fare e nello sperimentare l'adolescenza. In questa oscillazione tra un corpo che permette un ancoraggio in una fase caratterizzata dalla precarietà del senso di identità e di un corpo che serve nel sospendere, nell'interrompere o nel modulare la spinta propulsiva dell'adolescenza, debbono essere inquadrati i sintomi che riguardano il corpo in adolescenza. Quando parliamo di sintomi che riguardano il corpo possiamo intendere un insieme di manifestazioni che lo coinvolgono, lo segnalano, lo impongono

e che possono riguardare la compromissione o l'eccesso di una funzione cerebrale, dalle manifestazioni di tipo dissociativo, che comportano un impoverimento delle funzioni integrative, alle riduzioni di funzioni modulatrici, come avviene nel discontrollo degli impulsi.

In tutte queste declinazioni dell'adolescenza possiamo cogliere sia i segnali di un fallimento che quelli di una potenzialità, di una possibilità. Chi ne registra i segnali può scegliere se valorizzare maggiormente l'aspetto deficitario e disarmonico o coglierne la potenzialità evolutiva e costruttiva. Di fronte all'impasse evolutiva, alla difficoltà nel proseguire, il sintomo del corpo o attraverso il corpo può essere di supporto al compito evolutivo imposto dalle trasformazioni somato-psichiche dell'adolescenza. Il sintomo, se non compreso o non trasformato, può diventare – nel tempo – un modo persistente del fare la vita e quindi diventare una forma stabile di psicopatologia.

Fattori di rischio di disagio psicologico nei bambini

Le ricerche degli ultimi trent'anni hanno confermato l'intreccio di fattori causali ambientali e innati nella genesi di molti disturbi psicopatologici. Le predisposizioni genetiche sono attivate dall'esposizione a fattori ambientali, che possono ridurre o annullare la *resilienza*, cioè la capacità di un individuo di affrontare e superare un evento traumatico o un periodo di difficoltà e quindi di rendere tollerabili le esperienze traumatiche del bambino nei confronti dei fattori avversi. Lo scambio che l'individuo conduce con l'ambiente, a sua volta, può determinare un'espressività più accentuata del patrimonio genetico suscettibile a determinati stimoli.

Studi più recenti indicano una diretta influenza dell'ambiente sull'espressività del patrimonio genetico; alcune nuove conoscenze sulle malattie mentali derivano proprio dallo studio delle modificazioni epigenetiche che concorrono ad alterare il sistema nervoso. L'esposizione a fattori di rischio psicosociale può portare a modificazioni biologiche del SNC, soprattutto nei primi due-tre anni di vita del bambino. Ne consegue che l'ambiente creato dal contesto familiare può determinare effetti profondi su tutti gli aspetti dello sviluppo, dallo stato di salute alla nascita all'acquisizione delle competenze necessarie per affrontare la scuola e l'apprendimento o per sviluppare le relazioni più complesse delle età successive.

Solide evidenze scientifiche sottolineano quanto il sistema di attaccamento sia coinvolto in questi processi. Se i primi due an-

ni di vita sono caratterizzati da un attaccamento sicuro, dall'accrescimento delle competenze, da un ampio sviluppo della funzione riflessiva e dalla mentalizzazione, allora il bambino che cresce si riconosce, può apprezzare e discriminare le proprie emozioni e i propri sentimenti e di conseguenza le emozioni e i sentimenti altrui, può considerare il punto di vista dell'altro ed è quindi capace di trarre pieno vantaggio dall'educazione, costruendo una resilienza psicologica da mettere in gioco in caso di esperienze stressanti.

Tali individui, crescendo, riusciranno probabilmente a far fronte in maniera positiva agli eventi critici e a riorganizzare costruttivamente il proprio comportamento dinanzi alle difficoltà; allo stesso tempo rimarranno sensibili alle opportunità positive che la vita offrirà loro riuscendo, nonostante tutto, a fronteggiare efficacemente le difficoltà, i lutti e i conflitti.

La *funzione mentale della resilienza* può, in effetti, essere valutata come un indice adeguato dello sviluppo dell'apparato psichico. Le comunicazioni affettive all'interno della relazione di attaccamento facilitano la maturazione delle aree del SNC coinvolte sia nella regolazione affettiva che nell'auto-regolazione. Il bambino che ha vissuto esperienze di abuso e trascuratezza ha alte probabilità di crescere nell'incapacità di fidarsi nelle relazioni, nella difficoltà di provare empatia per gli altri o di rispettare i ruoli sociali, mostrandosi pronto anzi a distruggere, attaccare e cercare di dominare tutto quello che può essergli offerto a casa e a scuola e, dunque, vulnerabile a futuri problemi di salute mentale.

Un divario troppo grande tra i bisogni del bambino e le cure genitoriali comporta una carenza di base che può tradursi in un attaccamento disturbato. A loro volta alcuni modelli di attaccamento disturbato, influenzando direttamente l'espressività genetica e la maturazione del SNC, sono invariabilmente associati a esiti psicopatologici dal significativo impatto sociale (disturbi di personalità, uso di sostanze, comportamenti antisociali, disturbi del comportamento alimentare, disturbi della condotta) e alla facilitazione dell'espressività di malattie mentali a forte base genetica (disturbo bipolare, depressione maggiore). Le capacità di accudimento e gli stili genitoriali agiscono allora non solo come elementi costitutivi della relazione genitore-figlio, generando e influenzando costantemente il clima affettivo, ma anche come veri attivatori del patrimonio genetico.

I principali fattori di rischio, responsabili di alterazioni delle prime relazioni e di fal-

limenti nello sviluppo psico-emozionale tali da condurre alla psicopatologia, sono ormai noti e costituiscono un elemento imprescindibile per orientare gli interventi di prevenzione. Tali fattori possono essere divisi in due grandi aree: la prima riguarda *la vulnerabilità e/o la patologia del caregiver* o delle figure di riferimento, la seconda relativa *alle caratteristiche e agli eventi significativi o critici nella loro storia*.

Per quanto riguarda le condizioni genitoriali correlate a sviluppi patologici della prole, le più significative sono le seguenti:

- Depressione genitoriale (non solo materna) perinatale
- Psicosi o grave disturbo di personalità dei genitori, in particolare della madre;
- Disturbo del comportamento alimentare della madre
- Uso materno di alcol e sostanze (in particolare cocaina)
- Precedente morte fetale o perdita di un bambino piccolo
- Esposizione dei genitori a maltrattamenti, traumi e violenze nell'infanzia;
- Maternità adolescenziale senza supporto
- Relazioni insoddisfacenti tra i genitori (disfunzione genitoriale)
- Condizioni abitative e lavorative precarie
- Basso livello socio-culturale

Evidenziando l'effetto potenziante della combinazione di più condizioni infantili capaci di esporre al rischio di un disturbo psicopatologico successivo, i più noti fattori di rischio specifico nei bambini sono:

- Minorazione sensoriale o disabilità evolutiva
- Basso peso alla nascita
- Eventi gravemente sfavorevoli (perdita di un genitore ecc.)
- Maltrattamento e abuso
- Rivalità accentuata tra fratelli (fratric molto numerose)
- Comportamenti devianti dei pari (comportamenti antisociali, uso di sostanze, violenza, bullismo e abuso)
- Mancata disponibilità di cure e di diagnosi
- Disturbi dello spettro autistico
- Ritardo mentale
- Basso QI
- Bassa autostima
- Temperamento difficile
- Ritardi specifici dello sviluppo (es. linguaggio)
- Insuccesso scolastico
- Malattie organiche

Esperienze sperimentate dai bambini:

- Bullismo
- Deprivazione sociale
- Influenze socio-culturali

Indicatori precoci di una possibile evoluzione psicopatologica

I *disturbi dell'attaccamento* e i *disturbi della regolazione in età prescolare* rappresentano gli indicatori singoli più potenti di uno sviluppo alterato. I bambini con pattern di attaccamento disturbato, infatti, manifestano spesso difficoltà importanti nelle relazioni sociali e nell'apprendimento, per la loro tendenza a esternalizzare o interiorizzare invece che a mentalizzare, costituendo una parte importante della popolazione che richiede interventi educativi speciali, con un costo rilevante in termini di assistenza sociale e sanitaria sin dai primi tempi.

Riguardo all'area dei **disturbi del comportamento alimentare** possiamo considerare come, fin dai primordi, la relazione del neonato con la madre avvenga attraverso il corpo, in particolare, mediante il canale orale-digestivo e successivamente con gli apparati e le funzioni, che vengono coinvolti nel corso della evoluzione del bambino. Così mangiare, digerire, sputare, vomitare, diventano il veicolo espressivo di emozioni, sentimenti positivi, tranquillizzanti o frustranti e angoscianti; l'avvicinare-allontanare, rifiuto-accettazione, trattene-espellere rimarranno come modelli di relazione fin quando non verranno sviluppati e accettati, divenendo meccanismi "mentalizzati", per affrontare i propri conflitti. Se lo sviluppo invece ne sarà carente, questi modelli rimarranno prettamente espressivi e relazionali ed entreranno in una dimensione patologica. Il disturbo sul corpo o mediante il corpo, pertanto, si va a instaurare là dove la sofferenza psichica, non percepita e relegata nell'inconscio, va a minare l'integrità fisica e più sono forti la difesa e la rimozione della sofferenza psichica, più è grave e profondo l'attacco al corpo.

Per l'**anoressia** è stata individuata una fascia di popolazione sottoposta a un maggior rischio, cioè le ragazze dai 12 ai 18 anni appartenenti a classi sociali medio-alte. L'aumento di incidenza ha una distribuzione bimodale con un picco a 14,5 anni e un altro a 18 anni; questo tipo di situazione è simile in tutti i Paesi occidentali e questo dato conferma l'influenza di fattori socio-economici. A questo fenomeno si accompagna una notevole precocità d'esordio, assente nel passato, che ha fatto osservare l'emergenza di tali patologie in una nuova fascia di soggetti a rischio. Si può attualmente ipotizzare che *le prime avvisaglie della patologia anoressica siano da riconoscere tra gli otto e i dieci anni* anche per quei casi che si manifestano più tardi.

Nei bambini e nei pre-adolescenti il disagio che può fare da prodromo ai disturbi

alimentari si esprime in comportamenti che nell'adulto appaiono secondari:

- *Il modo in cui mangiano* (spesso la lentezza):
 - Esclusione di alimenti
 - Ingestione di acqua
 - Sminuzzamento del cibo
 - Attività fisica
 - Uso frequente del bagno
- *ma soprattutto*:
 - Sbalzi d'umore
 - Difficoltà nelle relazioni sociali
 - Insofferenza
 - Irrequietezza

Per quanto concerne la **bulimia** si è visto che non esisterebbe una correlazione significativa tra la ricerca spasmodica di una dieta in età adolescenziale e lo sviluppo della patologia bulimica ma piuttosto vi sarebbe una correlazione significativa tra sintomi depressivi e rischio di sviluppo di patologia bulimica e binge eating.

Per lo sviluppo di un disturbo alimentare sarebbero comunque in ogni caso molto importanti *il sentimento di vergogna con associata riduzione dell'autostima e tendenza al controllo*, la presenza di *comportamenti autolesivi* e un alto indice di *insoddisfazione corporea*. I disturbi del comportamento alimentare si presenterebbero come tentativo patologico di risoluzione di problematiche evolutive, esitando in forme più o meno gravi di scollamento dalla dimensione del reale.

I pochi studi longitudinali sui predittori dei **disturbi d'ansia**, in particolar modo gli **attacchi di panico**, si sono per lo più concentrati sui problemi di internalizzazione (problemi emotivi, per esempio ansia, depressione, altri disturbi dell'umore). La sensibilità, l'ansia, così come l'ansia da separazione sono state associate a un aumentato rischio di attacco di panico con l'insorgenza in adolescenza. È stato anche evidenziato come, oltre a sintomi interiorizzanti, sia importante studiare altri problemi di salute mentale come i sintomi di esternalizzazione (problemi comportamentali e disturbi della condotta, ad esempio il disturbo oppositivo provocatorio). L'associazione trovata tra i problemi sociali e la comparsa di attacchi di panico può essere il risultato di una spirale verso il basso che, a partire da scarse abilità sociali e difficoltà nelle relazioni tra pari, può portare ad ancora più bassa fiducia in se stessi e a sentimenti di mancanza di controllo e di impotenza. Tuttavia, può anche essere espressione di trasmissione genetica della vulnerabilità dai genitori ai propri figli o della interazione gene-ambiente. Studi trasversali dimostrano che gli adulti con attacchi di panico hanno problemi

nelle relazioni con gli altri che possono portare alla trasmissione di abilità sociali meno sviluppate per la loro prole, eventualmente con conseguenti problemi sociali nei bambini.

Rispetto all'area delle **psicosi**, è stato evidenziato come gli individui ad *alto rischio clinico (CHR)* per la psicosi rappresentino un gruppo eterogeneo con un alto tasso di disturbi psichiatrici concomitanti. Diversi studi hanno riportato bassi livelli di funzionamento tra gli individui che sono ad alto rischio per psicosi o nella fase premorbo della psicosi. Tuttavia processi che porterebbero alla psicosi, derivanti dalla genetica, da fattori ostetrici e da fattori ambientali, potrebbero non essere predittori specifici soltanto della schizofrenia, ma di un'ampia tipologia di disturbi clinici. I bambini con un più basso livello di funzionamento e di regolazione in area scolastica, di capacità relazionale tra pari e di funzionamento sociale, potrebbero eventualmente sviluppare sintomi psicotici da giovani adulti. I bassi livelli di funzionamento e di dis-regolazione nei primi stadi di sviluppo potrebbero essere indicatori di tratti di vulnerabilità di questi individui a presentare sintomi psicotici in futuro, così come altri problemi di salute mentale non psicotici. È emersa qualche evidenza da studi longitudinali secondo i quali i deficit di linguaggio recettivo, di comunicazione e di deficit cognitivi nell'infanzia potrebbero essere in particolare associati allo sviluppo futuro della psicosi, mentre i deficit nello sviluppo emotivo e sociale/interpersonale potrebbero essere predittori comuni di psicosi, depressione, disturbi bipolari e disturbi d'ansia.

Elementi predittivi significativi sono:

- Deficit nelle abilità motorie

- Deficit di memoria
- Deficit di attenzione
- Isolamento sociale
- Disturbo dello sviluppo del linguaggio

I **disturbi dell'umore** sono il risultato complesso dell'interazione tra genetica, epigenetica e fattori di rischio ambientale. Studi sui gemelli hanno stabilito che fattori ambientali di rischio hanno un effetto indipendente dalla possibilità di sviluppare disturbi dell'umore, al di là della suscettibilità genetica. Dal momento che dalla nascita a circa 7 anni di età i bambini vanno incontro a una maggiore maturazione del cervello nelle regioni critiche legate alla regolazione emotiva e cognitiva, tutti i fattori stressanti durante questo periodo possono avere effetti negativi durevoli attraverso alterazioni nella struttura e nella funzione del cervello.

Indicatori precoci di una possibile evolutività verso la **depressione** sarebbero:

- Ipo-reattività
- Disregolazione emozionale
- Problemi interpersonali
- Isolamento sociale per scarse capacità di mentalizzazione
- Bassa autostima
- Ansia da separazione
- Ruminazione

Il **disturbo bipolare** si presenta tipicamente con episodi depressivi dopo la pubertà. In alcuni bambini ad alto rischio, disturbi del sonno e ansia precedono disturbi dell'umore per diversi anni e riflettono una maggiore vulnerabilità. Disturbi del ritmo circadiano e disfunzioni immunitarie sono associati ai disturbi dell'umore e possono essere indicatori di vulnerabilità influenzati da questi altri fattori di rischio. Un modello di stadiazione clinica (**Figura 1**),

che descrive la storia naturale del disturbo bipolare, è quello di Duffy del 2015.

Eventi negativi nelle prime fasi di vita, compresa l'esposizione in età precoce a psicopatologia dei genitori, le interazioni disturbate madre-bambino e i traumi come l'abuso e la negligenza, svolgono un ruolo significativo nel rischio di disturbo bipolare e possono contribuire a una prognosi peggiorativa. I processi psicologici specifici implicati nel disturbo bipolare, che potrebbero fornire promettenti obiettivi di intervento precoce, sono l'impulsività, il rapporto ricompensa-obiettivo, la ruminazione e lo stile cognitivo.

Diversi studi concordano sulla definizione degli indicatori precoci dell'evolutività verso i disturbi bipolari:

- Iper-reattività
- Deficit della capacità di attenzione
- Impulsività e difficoltà di controllo del comportamento
- Disturbo d'ansia e attacchi di panico
- Disturbi del sonno
- Scarsa tolleranza alla frustrazione
- Difficoltà nella pianificazione e nel problem solving
- Alterazione dei meccanismi di reward

Conclusione: individuazione precoce degli indicatori

Appare in conclusione evidente che l'individuazione di segnali precoci del disagio psichico non può prescindere dall'osservazione delle forme delle relazioni nelle quali il bambino è immerso. In particolare è importante osservare come la madre (e il padre) intervengano nel contenere e modulare gli stati affettivi del bambino e porre attenzione a quei segnali sfumati e non strettamente indicativi di un disturbo clinico (es. depressione materna), che però possono far pensare a una mancanza di

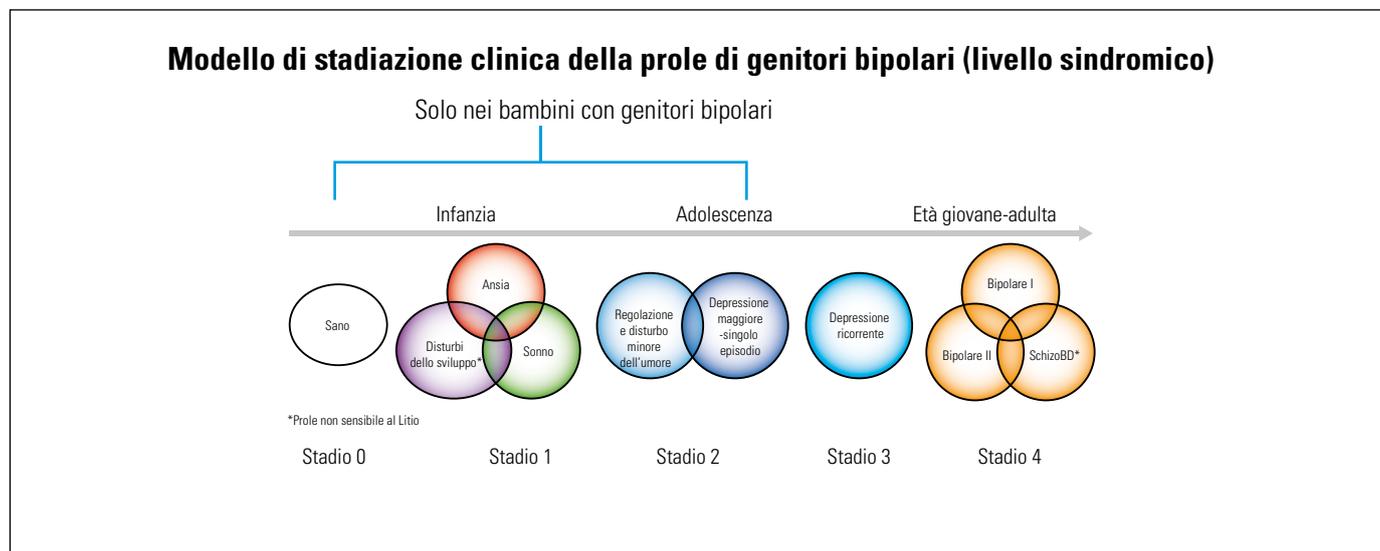


Figura 1. Stadi progressivi del Disturbo Bipolare, Duffy et Al. (2015) Early identification of recurrent mood disorders in youth: the importance of a developmental approach. *Evid Based Ment Health* 18:7-9.

sintonizzazione, a un'incoerenza nel fornire le cure al bambino. Si pensi a madri distaccate, disattente, che non mostrano orgoglio per i piccoli progressi del proprio neonato, che colgono solo segnali negativi oppure, viceversa, rispondono solo agli stati affettivi positivi del bambino; madri eccessivamente ansiose e costantemente preoccupate per sintomi fisici e comportamentali. Bisogna considerare, inoltre, la qualità della presenza paterna sia nella sua potenzialità protettiva della diade madre-bambino, sia per le modalità con le quali partecipa alla costruzione dell'identità del bambino. In tal senso potremmo dire che i segnali predittivi precoci sono da individuare nei comportamenti e nelle espressioni del bambino ma anche nella qualità delle presenze materne e paterne intorno a lui.

La conoscenza di queste nozioni di base è bagaglio culturale necessario per il pediatra di famiglia per potergli facilitare la necessità di un invio e per poter collaborare al sostegno del paziente con la sua famiglia durante il prolungato follow-up che la malattia può richiedere.

✉ luciorinaldi.psi@gmail.com

1. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, et al. Age of onset of mental disorders: a

review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007;20:359-64.

2. Gore FM, Bloem PJ, Patton GC, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet* 2011;18;377:2093-102.

3. Frigerio A, Rucci P, Goodman R, et al. Prevalence and correlates of mental disorders among adolescents in Italy: the PrISMA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2009;18:217-26.

4. Music G. *Nurturing Natures. Attachment and children's emotional, sociocultural and brain development.* Psychology Press, New York, 2011.

5. Belsky J, Bakermans-Kranenburg M, Van IJzendoorn M. For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences, *Current Directions in Psychological Sciences* 2007a;16:300-4.

6. Piontelli A. *From fetus to child: An observational and psychoanalytic study.* London: Tavistock Publications, 1992.

7. Busato Barboglio C, Rinaldi L. *Corpo, cibi, affetti. Una concezione integrata del crescere.* Edizioni Borla, 2013.

8. Busato Barboglio C, Mondello ML. *I nuovi assetti della clinica psicoanalitica in età evolutiva.* Edizioni Borla, 2011.

9. Bowlby J. *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment.* New York: Basic Books, 1969.

10. Kisilevsky BS, Hains SM, Brown CA, et al. Fetal sensitivity to properties of maternal speech and language. *Infant Behav Dev* 2009;32:59-71.

11. Field TM, Woodson R, Greenberg R. Discrimination and imitation of facial expression by neonates. *Science* 1982;218(4568):179-81.

12. Ainsworth MD, Bell SM. Infant crying and maternal responsiveness: A rejoinder *Gewirtzand Boud Child Development* 1977;48:1208-16.

13. Bion WR. *A theory of thinking.* *International Journal of Psychoanalysis*, 1962 a; vol. 43: Reprinted in *Second Thoughts*, 1976.

14. Fonagy P, Target M. *Psicopatologia evolutiva. Le tecniche psicoanalitiche.* Raffaello Cortina, 2005.

15. Bria P, Busato Barboglio C, Rinaldi L. *La voce del corpo. Esperienze psicoanalitiche di lavoro con adolescenti e genitori.* Ed. Franco Angeli, 2009.

16. Camuffo M, Costantino MA. Fattori protettivi e promozione della resilienza nel bambino e nell'adolescente. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza* 2009;76:179-90.

17. Balbernie R. Reactive attachment disorder as an evolutionary adaptation. *Attachment & Human Development* 2010;12:265-381.

18. Rutter M. Resilience, competence, and coping. *Child Abuse Negl* 2007;3:205-9.

19. Collishaw S, Pickles A, Messer J, et al. Resilience to adult psychopathology following childhood maltreatment: evidence from a community sample. *Child Abuse Negl* 2007;31(3):211-29.

20. Shore AN. *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé.* Ediz. Astrolabio, Roma, 2008.

21. Duffy A, Jones S, Goodday S, Bentall R. Candidate Risks Indicators for Bipolar Disorder: Early Intervention Opportunities in High-Risk Youth. *Int J Neuropsychopharmacol* 2015;19(1).

DALLA PREFAZIONE DI GIANCARLO BIASINI AL LIBRO DI CARLO CORCHIA

Denatalità in Italia Da dove veniamo e dove stiamo andando

di prossima pubblicazione per iod edizioni

La collaborazione di Carlo Corchia con *Quaderni acp* è la più lunga e costante che la rivista abbia avuto. Inizia con il primo numero (*Quaderni acp* 1994;1:15.16). Carlo era a quei tempi ricercatore presso l'Istituto di Clinica Pediatrica dell'Università di Sassari. Prima che diventasse Responsabile dell'Unità Operativa di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale di Cosenza e poi direttore dell'Unità Operativa di Terapia Intensiva Neonatale dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma.

Ci eravamo conosciuti alle prime giornate di Varenna del 1990 e poi del 1992 e poi ai corsi residenziali di epidemiologia dell'Istituto Superiore di Sanità. Trovo, in un lucido del tempo, che il primo problema che ci si poneva all'interno della nostra associazione era la "maggiore comprensione possibile dei fenomeni clinici così come apparivano".

Nessun tema che trattasse o che lo interessasse finiva con quello che lui aveva scritto; cercava interlocutori su tutto e con tutti e all'interno della rivista per la quale scriveva ne trovava. E' questo che ci manca e sempre ci mancherà. Specialmente quel suo modo di concludere i dubbi con un *Ci lavorerò nei prossimi giorni.* Che era un impegno per lui e per noi una attesa.