

### **Capitolo III**

## **Un nuovo approccio alla relazione d'aiuto: la psicopatologia dello sviluppo**

*Barbara Forresi*

I tradizionali orientamenti della psicopatologia hanno sostenuto a lungo una concezione del disturbo mentale come basato su sindromi, alla cui origine poteva essere rintracciato un substrato anatomico-funzionale. Tale riduzionismo biologico ed un ridotto interesse per i fattori psicologici e sociali nello studio dell'eziologia del disturbo hanno limitato per molto tempo la possibilità di una piena comprensione del funzionamento psichico e dei fattori che possono ostacolarlo (Rutter, 2000). “Un simile approccio è risultato tanto più inapplicabile allo studio della psicopatologia infantile, che si caratterizza [...] per la grande flessibilità e mutevolezza dei sintomi e del loro significato diagnostico” (Speranza, 1996, p.1).

Sebbene le recenti classificazioni diagnostiche si siano aperte ad una visione più complessa e multidimensionale del disturbo psichico, esse sono ancora distanti dal fornire una visione esaustiva della psicopatologia in particolare per quanto concerne gli aspetti evolutivi e relazionali (Speranza, 1996).

L'approccio della psicopatologia dello sviluppo (*Developmental Psychopathology*, DP), nato negli anni '70 ad opera di studiosi quali Cicchetti, Sroufe, Sameroff ed Ende, si pone oggi quale sistema diagnostico alternativo a quello nosografico dell'DSM e dell'ICD (Cicchetti, Cohen, 1995). Costituiscono principi cardine dell'approccio della psicopatologia dello sviluppo la continuità tra normalità e patologia, tra infanzia e vita adulta, tra fattori di rischio e fattori protettivi; l'interesse per le diverse aree del funzionamento individuale, l'utilizzo di uno schema evolutivo per la comprensione dell'adattamento lungo tutto l'arco della vita (Cicchetti, Cohen, 1995).

Un principio di base che guida la ricerca nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo è che la conoscenza dello sviluppo normale è necessaria a comprendere la psicopatologia; allo stesso modo, l'analisi di traiettorie disadattive e psicopatologiche può far luce sul funzionamento normale di un individuo (Cicchetti, 1984; Cicchetti, 2002). In virtù della continuità tra salute e psicopatologia, uno degli assunti principali della DP

riguarda poi la possibilità di identificare, prima ancora che emerga un disturbo psichico, pattern di comportamento che sono indice un percorso disadattivo: si pone dunque la necessità di definire tali manifestazioni precoci del disturbo, di imparare a riconoscerle, di studiarne le trasformazioni e le possibili conseguenze, anche attraverso l'individuazione di fattori in grado di influenzarne lo sviluppo (Cicchetti, 1984). L'interesse è rivolto, allora, non solo alle popolazioni che presentano una patologia conclamata, ma anche agli individui ad alto rischio per lo sviluppo di un disturbo mentale (Cicchetti, Cohen, 1995).

La DP costituisce uno schema teorico in grado di integrare i contributi di diverse discipline, contribuendo a superare gli storici dualismi fra studio clinico e ricerca scientifica, tra scienze comportamentali e biologiche, tra psicologia dello sviluppo e psicopatologia, nonché fra ricerca di base ed applicata (Cicchetti, 1984; Harrington, 2001). In particolare, consente di ovviare ad alcuni dei maggiori limiti della psicopatologia classica (Speranza, 1999; Cicchetti, 1984; Sroufe, Rutter, 1984) e più specificamente:

1) Il problema dell'etichettamento, conseguente ad una caratterizzazione del disturbo in termini individuali (statico e cronico) piuttosto che relazionali.

2) Una concezione del disadattamento e della patologia come "discontinui" rispetto ad un ipotetico stato di salute: ne consegue che la presa in carico avviene in seguito ad un disturbo conclamato e che non sono contemplati interventi preventivi su situazioni ad elevato rischio psico-sociale.

3) Una visione lineare del disturbo mentale e più in generale del disadattamento, come esito di cause precise ed identificabili.

Nel presente capitolo cercheremo di approfondire gli spunti teorici offerti da questa disciplina e le sue importanti ricadute applicative. Il modello della psicopatologia dello sviluppo (Sroufe, Rutter, 1984; Cicchetti, Cohen, 1995; Cicchetti, Toth, 1998), infatti, è risultato il paradigma di riferimento che garantisce maggiore flessibilità nel contesto della consulenza con il bambino e con l'adolescente, poiché consente di rispettare la complessità dell'universo esperienziale ed individuale del bambino (DHHS, 1999).

Dopo aver preso in esame gli aspetti storici della DP, passeremo ad analizzare alcuni parametri di definizione: sebbene molte componenti della psicopatologia dello sviluppo siano ugualmente applicabili ad altre discipline, riteniamo che sia possibile identificare un nucleo di assunti di base che la rendono disciplina distinta e distinguibile dalle altre (Cicchetti, Cohen, 1995). La trattazione si concluderà con alcune riflessioni sull'approccio alla prevenzione e al trattamento della DP, rimandando al

capitolo sulla consulenza telefonica per una trattazione più approfondita della sua applicazione nel caso specifico della consulenza telefonica.

### **1. Brevi cenni storici**

La psicopatologia dello sviluppo costituisce il prodotto di una integrazione tra diverse discipline, i cui contributi, fino a quel momento, rimanevano distinti. La pubblicazione del testo di Achenbach (1974/1982), il capitolo di Rutter e Garnezy nell'*Handbook of Child Psychology*, il numero speciale della rivista *Child Development* (Cicchetti, 1984) ed una rivista interamente dedicata a questi temi - *Development and Psychoapthology* - sono tra le pietre miliari di questa disciplina, le cui radici affondano in un vasto numero di aree di studio: embriologia, neuroscienze, etologia, psicoanalisi, psicologia clinica, dell'età evolutiva e sperimentale, psichiatria. Possono essere considerati pionieri dell'approccio della psicopatologia dello sviluppo Anna Freud, Melanie Klein, Erik Erikson, Donald Winnicott e John Bowlby, che con le loro osservazioni dettagliate di bambini in contesti non artificiali contribuirono all'investigazione dello sviluppo normale e patologico (Cicchetti, Cohen, 1995).

Espressione particolare del più generale paradigma della DP è la teoria dell'attaccamento di Bowlby, che sottolinea l'importanza degli aspetti relazionali e considera il legame madre-bambino come determinante per il successivo sviluppo (Bowlby, 1988). Bowlby ha contribuito a delineare una classificazione delle relazioni di attaccamento tra madre e bambino, che si riflettono nella costruzione di strutture e schemi cognitivi ed affettivi in grado di regolare in ampia misura il comportamento. Ciò che accade, in sostanza, è che la prima relazione di attaccamento, interiorizzata, diviene uno schema mentale in grado di influenzare le successive relazioni. È probabile, ad esempio, che un bambino con uno stile di attaccamento ansioso-evitante, nel corso dello sviluppo sia indotto ad aspettative negative nei confronti degli altri e tenda ad attribuire alle azioni altrui connotazioni di ostilità e rifiuto (Bowlby, 1988).

Un altro importante contributo alla psicopatologia dello sviluppo proviene dalla stessa psicologia dello sviluppo, in particolare da parte di quegli autori che hanno ricercato applicazioni pratiche della teoria: è il caso di Stern ed Emde che contribuirono a spostare l'attenzione dallo sviluppo ontogenetico individuale alle relazioni persona-contesto (socio-economico, familiare, scolastico, culturale, etc).

La psicopatologia dello sviluppo nasce anche dalla prospettiva organizzativa (*organizational perspective*) (Cicchetti, 1993; Sroufe, Rutter, 1984), destinata a modificare per sempre l'idea di sviluppo: questo, anziché procedere secondo traiettorie lineari, procede attraverso una serie di riorganizzazioni qualitative. In accordo con il principio ortogenetico di

Werner (1984), l'individuo si sviluppa da uno stato semplice, diffuso, indifferenziato attraverso la differenziazione, l'integrazione gerarchica e l'organizzazione. Lo sviluppo segue, dunque, ad una maggiore differenziazione dei sistemi biologico, sociale, emozionale, cognitivo, rappresentazionale e linguistico e contemporaneamente ad un aumento nell'organizzazione delle parti stesse. È concepito come un processo discontinuo, che conduce a livelli di funzionamento superiori caratterizzati da maggiore complessità ed articolazione, esito dell'interazione tra corredo genetico ed esperienza. Se ne evince che nel corso dello sviluppo le nuove strutture emergenti non sostituiscono le precedenti, piuttosto le incorporano: esperienze precoci - positive o negative - che hanno contribuito ad influenzare le strutture individuali permangono così nelle successive riorganizzazioni, traducendosi in fattori di vulnerabilità o punti di forza e contribuendo a rendere più o meno probabili percorsi disadattivi (Cicchetti, Cohen, 1995).

All'interno del modello della psicopatologia dello sviluppo il processo ontogenetico viene concepito come costituito da una serie di compiti, che si presentano in diversi momenti dello sviluppo e che, anche quando siano stati superati, restano critici per l'adattamento del bambino pur passando in secondo piano rispetto a quelli emergenti (vedi tav.1) (Cicchetti, Shneider-Rosen, 1986).

<b>COMPITI EVOLUTIVI</b>	
<i>Regolazione degli affetti</i>	Il funzionamento adattivo implica da parte dell'individuo la capacità di dirigere, controllare, modificare i propri affetti. Questa competenza emerge nel contesto della relazione madre-bambino ed influisce sia sulla capacità di intrecciare relazioni positive nel corso della vita che, più in generale, sull'adattamento in diverse circostanze e situazioni.
<i>Sviluppo dell'attaccamento</i>	I bambini elaborano nel corso dello sviluppo rappresentazioni mentali delle figure d'attaccamento, di se stessi e dell'interazione con gli altri, sulla base della storia relazionale con i propri caregivers primari. Tali modelli influenzano le aspettative circa le relazioni future e la strutturazione di queste.

<i>Autonomia e sviluppo del Sé</i>	Durante la seconda metà del secondo anno di vita cresce nei bambini il senso del proprio Sé. Parallelamente il bambino acquisisce sempre maggiori capacità di autoregolazione; la capacità del <i>caregiver</i> di rispondere alle esigenze del bambino, tuttavia, rimane ancora determinate per lo sviluppo del sé.
<i>Relazioni amicali</i>	La capacità di instaurare relazioni amicali è considerata un compito evolutivo significativo durante il periodo che precede l'ingresso del bambino nel sistema scolastico e durante i primi di anni di scuola e, come gli altri compiti, rimane importante lungo tutto l'arco della vita.
<i>Adattamento scolastico</i>	L'adattamento al sistema scolastico comprende l'integrazione con il gruppo dei compagni, un profitto soddisfacente e lo sviluppo della motivazione al successo. Le competenze sociali e accademiche acquisite sono correlate all'adattamento sociale successivo.

*Tav- 1 Compiti dello sviluppo*

L'attaccamento, ad esempio, è un compito che il bambino inizia ad affrontare nel primo anno di vita ma che nel corso dello sviluppo continua a subire trasformazioni e reintegrazioni rispetto a nuovi compiti come l'autonomia e l'ingresso nel mondo dei pari. Ne consegue che i bambini sono sempre impegnati nella ri-negoiazione dell'equilibrio tra vicinanza e autonomia dagli altri.

Ogni compito esercita la sua influenza nell'arco della vita e richiede che venga integrato e coordinato rispetto all'adattamento individuale

CAPITOLO TRATTO DA: Caffo E., (2003) Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti. Milano: McGraw-Hill, pp.53-70

all'ambiente: le difficoltà incontrate nel superamento dei compiti di sviluppo possono divenire fattori di vulnerabilità duraturi ed incrementare il rischio di esiti psicopatologici (Sameroff, Emde, 1989).

## **2. Principi di base della psicopatologia dello sviluppo**

Come abbiamo visto, la DP costituisce una cornice interpretativa in grado di riunire in sé, in una proficua interazione, conoscenze derivanti dall'epidemiologia, dalla genetica, dall'embriologia, dalle neuroscienze, dalla psicologia, dalla psichiatria, dalle teorie psicoanalitiche e dalla sociologia. Il paradigma offerto dalla DP è multifattoriale e si focalizza sui concetti di relazione, equifinalità e multifinalità, fattori di rischio e fattori protettivi, continuità.

### **2.1 Il principio di relazione**

In accordo con il modello delle DP, ogni percorso disadattivo deve sempre essere letto "*in relazione a*" quei fattori che consentono di comprendere in che modo si sia manifestato secondo una particolare configurazione, in un preciso periodo di tempo, in *quel* bambino/adolescente, all'interno di un determinato sistema ecologico (Sameroff, Emde, 1989).

Se la psicologia dell'età evolutiva ha considerato a lungo il bambino come un organismo sostanzialmente passivo, le cui azioni e reazioni apparivano finalizzate unicamente alla soddisfazione dei bisogni, diversi studi hanno gradualmente confermato come il neonato venga al mondo con un patrimonio di competenze innate, che lo rendono immediatamente capace di interagire con l'ambiente circostante (Sameroff, Emde 1989).

Le prime interazioni del bambino vengono ad acquisire dunque un ruolo di particolare importanza, poiché è a partire da queste che sono possibili armonici percorsi di sviluppo o, al contrario, conseguenze psicopatologiche. La diade madre-bambino è considerata da Sameroff ed Emde (1989) come un sistema biologico: l'**interazione** è l'oggetto di studio e la funzione di regolazione rappresenta lo strumento di comprensione dello sviluppo. I processi maturativi impongono al bambino una serie di **compiti di sviluppo**, che promuovono il passaggio da una regolazione vicariata dalla figura materna, all'acquisizione di una autonoma capacità di **autoregolazione**. Nel corso dello sviluppo la complessità dei processi di regolazione all'interno della diade aumenta, manifestandosi inizialmente ad un livello fisiologico (la madre garantisce l'omeostasi fisiologica del bambino), successivamente comportamentale ed infine emotivo e sociale. In primis, è la figura materna a regolare l'interazione del bambino con gli altri sistemi sociali in base alla sensibilità di quest'ultimo. La flessibilità della funzione regolativa svolta dal *caregiver* diviene un indice significativo della bontà della relazione medesima (Stern, 1985).

Alla base delle teorizzazioni di Stern (1985) vi è l'ipotesi che il bambino, fin dalla nascita, sia non solo un organismo estremamente attivo, ma anche alla ricerca di specifiche stimolazioni sensoriali, in grado di astrarre un modello dalla percezione di uno stimolo, di memorizzarlo e rievocarlo. Sulla base di questa ipotesi si può ritenere che, nell'interazione fra la figura d'attaccamento ed il bambino, questi riesca ad estrapolarne gli elementi invarianti e sviluppi di conseguenza delle aspettative, dando così origine a delle *rappresentazioni dei modelli d'interazione*. Le prime interazioni madre-bambino assumono in quest'ottica un ruolo vitale, dal momento che strutturano la psiche infantile fungendo da base per la costruzione delle prime rappresentazioni (Stern, 1985).

Si può dunque concludere che secondo la psicopatologia dello sviluppo il bambino è competente sin dalla nascita e biologicamente predisposto all'interazione (Sameroff, Emde, 1989). L'origine del Sé è rintracciabile nell'organizzazione e nella regolazione del sistema diadico ed assume connotazioni di complessità crescente in relazione ai processi maturativi del bambino (Stern, 1985). Gli affetti svolgono una funzione fondamentale: essi costituiscono un codice di segnalazione emotiva e permettono che l'interazione venga stabilita e regolata (Emde, Spicer, 2000).

Risulta dunque evidente come le prime relazioni influenzino quelle successive, sia in senso adattivo che maladattivo. Il disturbo patologico non è quindi considerato proprio dell'individuo, ma *prodotto specifico della relazione*: a questo proposito, Sameroff ed Emde (1989) propongono di lavorare su un sistema diagnostico che contempli non più disturbi individuali, ma disturbi della relazione.

## **2.2 I principi di multifinalità ed equifinalità**

Perché un medesimo evento traumatico ha esiti drammaticamente devastanti nella vita di un bambino e non in quella di un'altro? Non tutti coloro che sono esposti a fattori di rischio sviluppano un disagio clinicamente rilevante: una percentuale significativa di coloro che sono vittime di eventi traumatici, ad esempio, si adatta e reagisce in modo positivo (Salzer, Bickman, 1999). Simili differenze individuali testimoniano l'impossibilità di concepire gli esiti psicopatologici secondo un modello lineare e costringono ad adottare modelli complessi e multifattoriali.

I principi di *equifinalità* e *multifinalità* derivati dalla teoria dei sistemi (von Bertalanffy, 1968) offrono un approccio più complesso e realistico alla comprensione della psicopatologia infantile. Secondo il principio di equifinalità, un ampio ventaglio di traiettorie di sviluppo può condurre ad un medesimo risultato: una sintomatologia depressiva, ad esempio, può avere origine da differenti condizioni iniziali (abusi, violenze familiari, separazioni genitoriali, lutti, etc.). Similmente un positivo adattamento,

anche in una condizione avversa quale un abuso, può essere l'esito diverse traiettorie di sviluppo (Cicchetti, Cohen, 1995).

Secondo il principio di *multifinalità*, invece, un particolare evento non conduce necessariamente al medesimo esito (psicopatologico o non) in ogni individuo. Gli esiti clinici, in età evolutiva come in età adulta, possono differire in funzione di numerose variabili relative all'individuo, alla sua famiglia, al suo contesto sociale (Pine, Cohen, 2002). Bambini e adolescenti si pongono di fronte ad un evento stressante con la propria soggettività, che dipende dall'età e dalla fase evolutiva che stanno attraversando, dalle passate esperienze, dalla presenza di adeguate relazioni di attaccamento e dal supporto sociale (Cicchetti, Linch, 1993).

Come scrive Rutter (1989), «gli individui sperimenteranno gli stessi eventi in maniera differente, a seconda del loro livello di funzionamento attraverso tutte le aree dello sviluppo psicologico e biologico. Conseguentemente, le varie esperienze di maltrattamento avranno diversi significati per un individuo a seconda della loro natura e del tempo in cui l'esperienza si verifica».

Particolarmente interessanti a questo proposito sono gli studi sulla *resilience*: gli studiosi della DP sono infatti estremamente interessati a quei bambini/adolescenti che pur trovandosi in condizioni di elevato rischio non manifestano alcun disturbo (Sroufe, Rutter, 1984). L'interesse è altresì rivolto a quei soggetti che, pur attraversando un periodo di disadattamento, riescono a recuperare un positivo adattamento (Cicchetti, 2002).

Come testimoniano gli studi sulla *resilience*, non tutti i bambini esposti ad un fattore di rischio ne ricevono un danno: per questo motivo è necessario che i professionisti della salute mentale siano consapevoli del pericolo insito nell'adozione di modelli lineari/meccanicistici, che possono tradursi in drammatiche stigmatizzazioni ed in profezie che si autoavverano (Cicchetti, 1994; Cohen, Caffo, 1998).

### **2.3 Fattori di rischio fattori protettivi**

Le reazioni individuali – disturbate o adattive – costituiscono il risultato di un'interazione dinamica tra fattori appartenenti a diversi livelli: biologico (genetico, endocrinologico, etc.); psicologico (cognitivo, emotivo, etc); sociale (familiare, amicale, etc.) e ambientale (politico, educativo, economico, etc.). Le relazioni tra bambino, contesto e *caregivers* sono alla base dello sviluppo, normale o patologico: non è possibile focalizzarsi su singoli fattori patogenetici, piuttosto è necessario analizzare come il contesto risponde alle caratteristiche di *quel bambino*, in *quel particolare momento*.

In questo senso, l'eziologia del disadattamento è multifattoriale ed è possibile distinguere tra condizioni o situazioni che rendono più probabile il disadattamento (i cosiddetti *fattori di rischio*) e fattori che invece



favoriscono un positivo adattamento dell'individuo anche in situazioni difficili/stressanti (i *fattori protettivi*) (Rutter, 1990). Come ricordano Kazdin *et al* (1997), un fattore di rischio non costituisce la causa di un dato esito psicopatologico, ma influisce sulla probabilità che quel determinato esito si presenti.

Tali fattori non interagiscono tra loro in modo addizionale o lineare, ma in maniera "moltiplicativa"/esponenziale (Sameroff, 1996). I fattori protettivi possono operare sia controbilanciando i fattori di rischio, sia moderando o riducendo gli effetti negativi dei fattori di rischio. Possono, infatti, infatti modulare in senso positivo o negativo gli effetti di un dato evento: non solo a breve e medio termine, ma anche a lungo termine, producendo una modificazione più o meno stabile della personalità e dell'adattamento sociale.

Esemplificativo sul tema dei fattori di rischio/protettivi è il modello di Cicchetti e Rizley (1981), che si riferisce al maltrattamento, ma che è facilmente applicabile ad altri contesti psicopatologici. Approfondendo il concetto di "fattori di rischio", gli Autori introducono una prospettiva temporale e distinguono tra:

- **Fattori persistenti di vulnerabilità** (*enduring vulnerability factors*): sono a lungo termine, concernono i genitori, il bambino o l'ambiente e possono essere di natura biologica, psicologica (es.: un genitore con disturbi mentali), o sociologica.

- **Sfide transitorie** (*transiens challengers*): stress e condizioni a breve termine come perdite (di status, di un lavoro o di una relazione importante), malattie fisiche o infortuni, difficoltà scolastiche, problemi coniugali o familiari, difficoltà di disciplina con i figli, oppure un periodo di sviluppo più difficoltoso del bambino.

- **Fattori persistenti di protezione** (*enduring protective factors*): condizioni permanenti come un elevato Q.I, elevate capacità di socializzazione, positive esperienze familiari da parte dei genitori, etc..

- **Amplificatori transitori** (*transient buffers*): comprendono quegli elementi che possono proteggere il bambino e/o la famiglia dagli stress, come un improvviso miglioramento della condizione finanziaria, un periodo di armonia coniugale o l'uscita del bambino ad una fase di sviluppo difficile.

	<b>Fattori potenzianti</b>	<b>Fattori compensatori</b>
--	----------------------------	-----------------------------

<i>duraturi</i>	<u>Fattori di vulnerabilità</u> : fattori o condizioni durature che aumentano il rischio	<u>Fattori protettivi</u> : condizioni o attributi duraturi che diminuiscono i rischi
<i>transitori</i>	<u>Sfide</u> : stressors temporanei ma significativi	<u>"Tamponi"</u> : condizioni transitorie che agiscono come tamponi rispetto a stressors transitori

Tav. 2: Fattori di rischio e protettivi (Cicchetti, Rizley, 1981)

Secondo gli Autori (1981), è necessario esaminare sia i fattori di rischio potenzianti che quelli protettivi al fine di comprendere i diversi esiti psicopatologici. La popolazione clinica, di conseguenza, dovrebbe essere analizzata non solo in relazione ai fattori protettivi ed ai fattori di rischio, ma anche considerando il diverso peso che questi fattori esercitano in relazione al *contesto socio-ambientale* e al *periodo dello sviluppo* nel quale si presentano (Cicchetti, Cohen, 1995).

È evidente come la perdita del lavoro da parte di un genitore possa avere un diverso impatto su un bambino, a seconda delle condizioni socio-economiche della famiglia; lo è altrettanto che un particolare fattore possa essere maggiormente influente in un determinato periodo dello sviluppo anziché che in un altro. La stessa definizione di fattore di rischio dipende da variabili quali il sesso, l'età, l'etnia, la classe sociale, le caratteristiche di personalità, il periodo dello sviluppo nel quale si presenta (Kazdin *et al*, 1997).

Cicchetti e Rizley (1981), in una prospettiva evolutiva ed ecologica, hanno proposto un modello per spiegare la trasmissione transgenerazionale dell'abuso, fondato sull'analisi delle influenze ambientali, delle caratteristiche del *caregiver*, e delle caratteristiche del bambino. Diviene così impossibile isolare una singola patogenesi del maltrattamento e dell'abuso. Infatti necessita identificare e analizzare più fattori che, se presenti, possono culminare in un'azione di maltrattamento; quest'ultima tende a verificarsi quando gli *stressors*, analizzati in una visione sistemica, sovrastano i fattori di supporto e quando gli elementi di rischio sono più importanti dei fattori di protezione.

Si può concludere, quindi, che un disturbo psicopatologico ha maggiore probabilità di emergere in quei bambini (o in quegli adolescenti) nei quali un'organizzazione patologica abbia modo di strutturarsi nel corso dello sviluppo, ovvero in quegli individui le cui capacità di  *coping*  ed i fattori protettivi non siano stati efficaci nel contrastare i fattori di vulnerabilità a lungo termine e gli *stressor* acuti (Cicchetti, Cohen, 1995).

## **2.4 Il principio di continuità**

Sroufe e Rutter (1984, p.17, trad.nostra) definiscono la psicopatologia dello sviluppo come “lo studio delle origini e del decorso dei pattern individuali di disadattamento comportamentale”.

Il principio cardine della DP è quello di continuità: fra infanzia e vita adulta, continuità fra normalità e patologia. La prospettiva della DP è di tipo evolutivo e longitudinale ed ogni patologia è studiata nel suo sviluppo temporale (Cicchetti, Cohen, 1995). Da una parte, si rende necessario considerare in una prospettiva di sviluppo la capacità dei bambini di proteggere se stessi, le attività in cui si impegnano, gli ambienti che frequentano, le caratteristiche che li rendono più vulnerabili rispetto ad alcuni tipi di vittimizzazione. Dall'altra, diviene centrale lo studio degli effetti sia su bambini di età diverse (ovvero in fasi evolutive diverse), sia dello stesso bambino in differenti momenti dello sviluppo, potendo così analizzare longitudinalmente il cambiamento nell'espressione e nel significato dei sintomi (Cicchetti, Cohen, 1995).

Ove gli approcci classici tracciavano una linea di demarcazione fra la psicologia del bambino e quella dell'adulto, la psicopatologia dello sviluppo sottolinea la continuità di comportamenti adattivi e disadattivi nell'arco di vita. I sostenitori di questo paradigma seguono i singoli sintomi nel tempo, ne osservano le modificazioni (spesso consistenti in età evolutiva), senza attribuire precisi significati se non per una valutazione del funzionamento e dell'adattamento generale dell'individuo (Cicchetti, Cohen, 1995).

L'adattamento (o il disadattamento) di un individuo è legato a doppio filo con la sua storia evolutiva ed il comportamento rappresenta l'esito della sua interazione con l'ambiente. In questo modo viene superata una visione cronica e statica della patologia, in quanto il disturbo è connesso ad una linea evolutiva che può continuamente subire nuovi adattamenti o nuove deviazioni (Sroufe e Rutter, 1984).

Nel corso dello sviluppo un individuo affronta precisi compiti la cui risoluzione influenza la più generale capacità di adattamento del soggetto anche nelle successive fasi evolutive (Sameroff, Emde, 1989). Ogni successo nel superamento di un compito evolutivo aumenta le probabilità di successo nei compiti successivi; viceversa, un fallimento aumenta la probabilità di andare in contro ad ulteriori fallimenti (Cicchetti, Cohen, 1995). Più a lungo un individuo si situa all'interno di un percorso di disadattamento, più difficile sarà ritornare all'interno di positive traiettorie di sviluppo (Sroufe, 1990).

“In un contesto di psicopatologia dell'età evolutiva, vengono considerate la capacità di recupero e la vulnerabilità; le reazioni in bambini molto piccoli possono interferire con il raggiungimento di importanti traguardi dello sviluppo. I sistemi fisiologici e biochimici del bambino possono essere compromessi portando a una scarsa capacità di recupero e a

CAPITOLO TRATTO DA: Caffo E., (2003) Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti. Milano: McGraw-Hill, pp.53-70

una maggiore tendenza al crollo nel caso di stress successivi" (Yule, 2000, pp.33).

Questa progressione è probabilistica, non inevitabile. Come testimoniano gli studi sulla *resilience*, sebbene siano stati identificati pattern che generalmente sono predittivi di un disturbo mentale, la ricerca ha mostrato che, per ragioni ancora da precisare, in alcuni soggetti questo disturbo non si manifesta (Sroufe, Rutter, 1984).

Questa prospettiva, inoltre, consente di osservare il corso dello sviluppo e di intervenire, non solo preventivamente, ma anche nel momento in cui si rendano evidenti pericolose deviazioni non adattive. Il destino di un bambino non è irrimediabilmente segnato a partire dalle prime difficoltà evolutive, perché in ogni momento è possibile che un elemento di discontinuità rispetto alle linee di sviluppo modifichi la situazione (Cicchetti, Cohen, 1995). Coloro che si prendono cura del bambino, della famiglia e del loro contesto di vita, contribuiscono a fare la differenza fra adattamento e disadattamento, rendendo più o meno probabile il superamento ottimale dei compiti di sviluppo.

### **3. Psicopatologia dello sviluppo, assessment e intervento.**

Le ricerche condotte all'interno della cornice concettuale della psicopatologia dello sviluppo sfidano le definizioni classiche di salute e di malattia e contribuiscono a ridefinire il modo in cui coloro che si occupano di salute mentale valutano, classificano ed intervengono qualora un bambino o un adolescente presentino particolari difficoltà di adattamento (Cicchetti, Cohen, 1995; Zenah, 1993).

#### **3.1 L'assessment**

Contrariamente ai tradizionali modelli di *assessment* che si focalizzano principalmente sull'individuo, i sostenitori dell'approccio della DP enfatizzano l'importanza del contesto familiare e di quello ambientale (Cummings *et al*, 2000; Sparrow *et al*, 1995). Nell'ambito della DP si suole parlare di assessment omnicomprensivo (*comprehensive assessment*), ad intendere un'analisi multidimensionale del funzionamento dell'individuo, posto all'interno di un contesto che ne influenza lo sviluppo: solo attraverso una valutazione multifattoriale e multidimensionale è possibile delineare un quadro completo dei fattori di rischio/protettivi sulla cui base approntare un percorso di intervento (Sparrow *et al*, 1995).

Sparrow *et al* (1995), analizzando la letteratura in materia, hanno identificato una serie di dimensioni individuali e familiari rivelatesi critiche in diverse condizioni di disadattamento e di disturbo mentale. Tali dimensioni (riassunte nella tavola3) dovranno costituire il focus dell'assessment del bambino (o dell'adolescente) e della sua famiglia.

CAPITOLO TRATTO DA: Caffo E., (2003) Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti. Milano: McGraw-Hill, pp.53-70

ASSESSMENT	Dimensioni critiche
Individuale	Abilità senso-motorie Funzioni cognitive Linguaggio Funzioni socio-emotive Risultati scolastici Comportamenti adattivi
Familiare	Livello di coesione (o autonomia dei membri) Adattabilità (o capacità di risposta allo stress) Capacità di espressione e modulazione delle emozioni Modalità comunicative Struttura (esistenza di subsistemi e permeabilità di questi legami) Dinamiche interne (interazione/autonomia) Orientamento al successo (scolastico/lavorativo) Soddisfazione

Tav.3: *Dimensioni critiche dell'assessment (Sparrow et al, 1995)*

### 3.2 Prevenzione e trattamento

Abbiamo visto come secondo la DP sia possibile identificare deviazioni e modificazioni nelle traiettorie di sviluppo di soggetti in età evolutiva ed intervenire prima che questi si cristallizzino in veri e propri disturbi psichiatrici: magari gravi, disabilitanti e resistenti al trattamento (Cummings *et al*, 2000).

Data questa premessa è evidente come la DP trovi interessanti applicazioni sia sul versante trattamentale - intendendo per trattamento ogni intervento rivolto ad un disturbo conclamato - che nell'ambito della prevenzione (Cicchetti, Cohen, 1995).

L'importanza della psicopatologia dello sviluppo nella prevenzione è ben sintetizzata da Sroufe e Rutter che hanno scritto: "Attraverso la comprensione dei fattori che spingono un soggetto verso o lo allontanano da un determinato pericolo a diverse età, è possibile non solo acquisire una maggiore comprensione dello sviluppo, ma anche ottenere informazioni determinanti per la prevenzione primaria" (1984, p.19, trad. nostra).

Secondo l'approccio della psicopatologia dello sviluppo un bambino esposto ad un certo numero di fattori di rischio ha maggiori probabilità di sviluppare un disturbo cognitivo, sociale, emotivo e/o comportamentale: ne

conseguenze che quanto più tempestivo è l'intervento, tanto maggiore è la probabilità che sia efficace (Cummings *et al*, 2000).

La prevenzione assume, dunque, un ruolo di primaria importanza, consentendo non solo di intervenire precocemente sui fattori di rischio ma anche di promuovere nei bambini, negli adolescenti e nelle loro famiglie lo sviluppo di fattori protettivi: competenze genitoriali, abilità cognitive e sociali, cooperazione nel gruppo dei coetanei, etc. (Cummings *et al*, 2002).

E' da considerarsi cruciale, oltre al contenuto dell'intervento, anche il *momento* in cui l'intervento preventivo (o il trattamento) ha inizio: poiché lo sviluppo è caratterizzato da periodi "sensibili", che offrono opportunità di riorganizzazione e di cambiamento, l'intervento può rivelarsi particolarmente efficace se collocato al loro interno (Cicchetti, Cohen, 1995).

Ramey e Ramey (1998, cit. in Cummings *et al*, 2000) hanno identificato sei principi che dovrebbero guidare la formulazione di interventi preventivi:

1. interventi precoci e di lunga durata hanno maggiori probabilità di essere efficaci;
2. programmi più intensivi (rispetto al numero di contatti ed al coinvolgimento) hanno maggiori probabilità di essere efficaci;
3. è necessario che i bambini siano sempre coinvolti nell'intervento qualora si intendano accrescere le loro competenze sociali e cognitive (un intervento rivolto alle sole madri non può essere sufficiente);
4. sono più efficaci quei programmi che includono il bambino e la famiglia, prendendo in considerazione gli aspetti sociali, cognitivi;
5. è possibile riscontrare differenze individuali nel beneficio prodotto dall'intervento;
6. iniziali effetti positivi dell'intervento diminuiscono in assenza di un ambiente supportivo in grado di consolidare i cambiamenti nel bambino e nella famiglia.

Relativamente al trattamento dei disturbi in età evolutiva, da più parti è stato evidenziato come spesso sia eclettico, privo di sistematicità, rivolto ad un ristretto numero di elementi (spesso uno solo); come raramente includa momenti di follow up e di verifica dell'efficacia (Kazdin, 1995).

La DP, enfatizzando la necessità di fondare ogni trattamento su modelli guidati dalla teoria (*theoretically driven*), concettuali (*conceptual*) e sensibili alla dimensione evolutiva (*developmental informed*), ha contribuito a spostare l'attenzione dalla semplice riduzione del sintomo alla complessità degli elementi che lo circondano (Kazdin, 1995).

In particolare, secondo Kazdin (1997, 1995), occorre sempre valutare come gli effetti del trattamento varino in funzione di variabili moderatrici, che possono riguardare il bambino (età, sesso, situazioni di comorbidità, etc.) o la famiglia (composizione del nucleo familiare, adattamento dei genitori, etc.). Ma come valutare l'efficacia del trattamento? Si evidenzia la necessità di considerare non solo una riduzione nella sintomatologia (e/o un minore utilizzo dei servizi pediatrici, dei centri di salute mentale e della giustizia), ma anche un miglioramento nella abilità sociali, nell'interazione genitori-figli, nello stato di benessere.

L'intervento – data una concezione complessa del disturbo mentale - sarà più efficace ed i suoi risultati più duraturi, se rivolto ad un ampio spettro di fattori. Sono dunque da privilegiarsi trattamenti omnicomprensivi, che includano aspetti del contesto familiare e sociale, che contemplino diversi tipi di intervento e siano di lunga durata (Kazdin, 1997; Cicchetti, Cohen, 1995).

Date queste premesse, il trattamento multisistemico (*Multisystemic Treatment*, MST; Henggeler et al, 2002, 1995, 1992), sembra essere quello che più si adatta ai principi della psicopatologia dello sviluppo: è orientato ad un ampio numero di fattori, riconosce il fondamentale ruolo svolto dai caregivers, è indirizzata non solo ad una riduzione dei fattori di rischio ma anche ad un potenziamento di quelli protettivi, include diverse tipologie di intervento evidence-based (Henggeler et al, 2002).

Dopo aver dimostrato la propria efficacia nei disordini della condotta e nei comportamenti antisociali – riletti come il risultato di relazioni disfunzionali all'interno della famiglia, della scuola, del gruppo dei coetanei e del più ampio contesto sociale - il trattamento multisistemico, negli ultimi anni, ha trovato applicazione anche nel campo dei disturbi emotivi, grazie ad uno studio promosso dal *National Institute of Mental Health* nel 1994 (Henggeler et al, 2002).

Nell'ultima relazione sulla salute mentale in età evolutiva del Surgeon General degli Stati Uniti si legge che un particolare assunto dovrebbe guidare la comprensione ed il trattamento dei disturbi mentali nell'infanzia:

“La psicopatologia nell'infanzia è il frutto di complesse interazioni tra caratteristiche specifiche del bambino (inclusi fattori biologici, psicologici e genetici), del suo ambiente (fattori relativi ai genitori, ai fratelli, alle relazioni familiari, al gruppo dei coetanei, alle relazioni di vicinato, alla scuola e al più vasto contesto socio-culturale) e del modo in cui questi fattori interagiscono e si modellano reciprocamente nel corso dello sviluppo” (DHHS, 1999, p.127, trad. nostra).

Per impedire pericolose modificazioni nello sviluppo biologico, cognitivo, emozionale e sociale dei bambini e degli adolescenti sono necessari interventi tempestivi da parte di una rete di soggetti e di istituzioni ben più estesa di quella composta dai soli professionisti della salute mentale:

CAPITOLO TRATTO DA: Caffo E., (2003) Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti. Milano: McGraw-Hill, pp.53-70

sono coinvolti, tra gli altri, la famiglia, la scuola, la comunità, i servizi di salute mentale, il sistema giudiziario.

Ciò comporta un coordinamento a più livelli, con una definizione precisa di ruoli, metodologie e responsabilità: la complessità e la multidimensionalità del disturbo mentale - così come teorizzato nel modello della DP - richiede una condivisione di obiettivi, di procedure, di competenze e di professionalità. La presa in carico, in ogni caso, dovrebbe essere guidata dalla consapevolezza che in qualsiasi momento dello sviluppo è possibile intervenire, mitigando gli esiti di esperienze traumatiche, riportando un bambino che sta percorrendo sentieri impervi verso itinerari più armonici e sereni.



CAPITOLO TRATTO DA: Caffo E., (2003) Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti. Milano: McGraw-Hill, pp.53-70

### **Bibliografia**

1. American Academy of Pediatrics (1999), Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject Review, *Pediatrics*, 103, 186-191.
2. Achenbach T. (1982), *Developmental Psychopathology*, (Vol.1).Wiley, New York (Original work published 1974).
3. Bauserman R., Rind B., Tromovitch P. (1998), A Meta-Analytic Examination of Assumed Properties of Child Sexual Abuse College Samples, *Psychological Bulletin*, 124, 1, 22-53.
4. Bowlby J., (1988), Dalla teoria dell'attaccamento alla psicopatologia dello sviluppo, *Rivista di Psichiatria*, 23, 2, 57-68.
5. Browne A., Finkelhor D. (1986), *Initial and long-term effects: A review of the research*, in: Finkelhor D. (Ed.), *A sourcebook on child sexual abuse*, Sage, London, 143-179.
6. Cicchetti D., (2002), The impact of social experience on neurobiological systems: illustration from a constructivist view of child maltreatment, *Cognitive Development*, 17, 1407-1428.
7. Cicchetti D., (1994) Advances and challenges in the study of the sequelae of child maltreatment [special issue]. *Development and Psychopathology*, 6, (1).
8. Cicchetti, D., (1993), Developmental psychopathology: reactions, reflections and projections, *Developmental Review*, 13, 471-502.
9. Cicchetti D. (1984). The emergence of developmental psychopathology, *Child Development*, 55, 1-7.
10. Cicchetti D., Carlson V., (1989) *Child maltreatment – Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge University Press, New York.
11. Chicchetti D., Cohen D.J., (1995) Perspectives on developmental psychopathology. In: D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds) *Developmental psychopathology, (Vol. 1, Theory and Methods)*, Wiley, New York, 3-20.
12. Cicchetti D., Linch, M., (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: consequences for children's development, *Psychiatry*, 56, 96-118
13. Cicchetti D., Rizley R. (1981), Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment, *New Direction for Child Development*, 11, 31-55.
14. Cicchetti D., Schneider-Rosen K. (1984), Theoretical and empirical considerations in the investigation of the relationship between effect and cognition in atypical populations of infants: Contributions to the formulation of an integrative theory of development, in Izard C. et al. (eds.), *Emotion, cognition and behaviour*, Cambridge University Press, New York.

CAPITOLO TRATTO DA: Caffo E., (2003) Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti. Milano: McGraw-Hill, pp.53-70

15. Cicchetti D., Sroufe R., (2000) Editorial: The past as prologue to the future: The times, they've been a-changin', *Development and Psychopathology*, 12, 255-264.

16. Cicchetti D., Toth S. (Eds.), (1997) *Developmental Perspectives on trauma: Theory, Research, and Intervention*, Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 8, University of Rochester press, Rochester.

17. Cohen, D.J., Caffo E., (1998), Developmental Psychopathology: a framework for planning child mental health, *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 7, 3, 156-160.

18. Constantine L.L. (1981), *The effects of early sexual experience: A review and synthesis of research*, in Constantine L., Finkelhor D. (1979), *Sexually victimized children*, Free Press, New York.

19. Cummings E.N., Davies P.T., Campbell S.B., (2000) *Developmental Psychopathology and family process. Theory, research and clinical implications*. The Guilford Press, New York.

20. Emde R.N., Spicer P., (2000) Experience in the midst of variation: New horizons for development and psychopathology, *Development and Psychopathology*, 12, 313-331.

21. Finkelhor D., Kendall-Tackett K. (1997), A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse, and violent victimization, in Cicchetti D., Toth S. (Eds.), *Developmental Perspectives on trauma: Theory, Research, and Intervention*, Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 8, University of Rochester press, Rochester.

22. Harrington R., (2001) Causal process in development and psychopathology, *British Journal of Psychiatry*, 179, 93-94

23. Henggeler S.W., Schoenwald S.K., Rowland M.D., Cunningham P.B., (2002), *Serious emotional disturbance in children and adolescents. Multisystemic Therapy*, Guilford Press, London.

24. Henggeler S.W., Schoenwald S.K., Pickrel S.G., (1995), Multisystemic therapy: bridging the gap between university and community based treatment, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 709-717.

25. Henggeler S.W., Melton G.B., Smith L.A. (1992), Family preservation using multisystemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961

26. Kaufman J. (1996), Child Abuse, *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 251-256.

27. Kazdin A.E., Kraemer H.C., Kessler R.C., Kupfer D.J., Offord D.R., (1997) Contributions of risk factor research to developmental psychopathology, *Clinical Psychological Review*, 17 (4), 375-406

CAPITOLO TRATTO DA: Caffo E., (2003) Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti. Milano: McGraw-Hill, pp.53-70

28. Kazdin A.E. (1997), A model for developing effective treatments: progression and interplay of theory, research and practice, *Journal of Clinical Child Psychology*, 26, 114-129.

29. Kazdin A.E. (1995), *Conduct disorder in children and adolescents* (2nd ed). Sage, Newbury Park.

30. Kempe R.S., Silverman F.N., Steele B.B., Droegemuller N., Silver H.K., (1962) The battered-child syndrome, *Journal of American Medical Association*, 101, 17-24.

31. Lisak D., Hopper J., Song P. (1996), Factors in the cycle of violence: Gender Rigidity and emotional construction, *Journal of Traumatic Stress*, 9, 721-743.

32. Montecchi F. (1998), Gli abusi sessuali: forme cliniche, in Montecchi F. (Ed.), *I maltrattamenti e gli abusi sui bambini. Prevenzione e individuazione precoce*, Franco Angeli, Milano.

33. Pine DS, Cohen JA, (2002). Trauma in children and adolescents: risk and treatment of psychiatric sequelae. *Biological Psychiatry*, 51, 519-531.

34. Ramey C.T., Ramey S.L., (1998), Early intervention and early experience, *American Psychologist*, 53, 109-120.

35. Rutter M., (2000), Psychosocial influences: critique, findings and research needs, *Development and Psychopathology*, 12, 375-405.

36. Rutter M. (1989), Pathways from childhood to adult life, *Journal of Psychological Psychiatry*, 30, 23-51.

37. Rutter M., Sroufe L.A., (2000) Developmental psychopathology: Concepts and challenges, *Development and Psychopathology*, 12, 265-296.

38. Salzer M.S., Bickman L., (1999). The short and long term psychological impact of disasters: implication for mental health interventions and policy. In: R.Gist, B.Lubin (Eds) *Response to disaster: psychosocial, community and ecological approaches*, Philadelphia: Brunner-Mazel. 63-82.

39. Sameroff A., (2000) Developmental system and psychopathology, *Development and Psychopathology*, 12, 297-312.

40. Sameroff A., (1996). Democratic and republican models of development: paradigms and perspectives. *Developmental Psychology Newsletter*, 1-9.

41. Sameroff A., Chandler M. (1975), Reproductive risk and continuum of caretaking causality, in Horowitz F. (ed.), *Review of child development research* (vol.4), University of Chicago Press, Chicago.

42. Sameroff A., Emde R.N., (1989), *Relationship disturbances in early childhood. A developmental approach*. Basic Books, New York (trad it. *I disturbi delle relazioni nella prima infanzia*, Bollati Boringhieri, Torino, 1991).

CAPITOLO TRATTO DA: Caffo E., (2003) Consulenza telefonica e relazione d'aiuto. La qualità dell'ascolto e dell'intervento con i bambini e gli adolescenti. Milano: McGraw-Hill, pp.53-70

43. Sparrow S.S., Carter A.S., Racusin G., Morris R., Comprehensive psychological assessment through the life span: a developmental approach. In: D. Cicchetti, D.J. Cohen (Eds) *Developmental psychopathology, (Vol. 1, Theory and Methods)*, Wiley, New York, 81-105.
44. Speranza A.M., (1996), *Verso un nuovo paradigma concettuale: la psicopatologia dello sviluppo*, in [www.psychomedia.it](http://www.psychomedia.it)
45. Sroufe (1990), Considering normal and abnormal together: the essence of developmental psychopathology, *Development and Psychopathology*, 2, 335-347.
46. Sroufe L.A., Rutter M. (1984), The domain of developmental psychopathology, *Child Development*, 55, 17-29.
47. Stern D., (1985), *Il mondo interpersonale del bambino*, Bollati Boringhieri, Torino.
48. Trickett K., Reiffman A., Horowitz L., Putnam F. (1997), *Characteristics of sexual abuse trauma and prediction of developmental outcomes*, in Cicchetti D., Toth S. (Eds.), *Developmental Perspectives on trauma: Theory, Research, and Intervention*, Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, vol. 8, University of Rochester press, Rochester.
49. U.S. Department of Health and Human Services (1999), *Mental health: a report of the Surgeon General*. Rockville MD: National Institute of Mental Health, National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services.
50. von Bertalanffy L., (1968), *General System Theory*, Braziller, New York .
51. Werner H. (1984), *Comparative psychology of mental development*, International Universities Press, New York.
52. Yule W., (2000). *Disturbo post-traumatico da stress: aspetti clinici e terapia*, McGraw-Hill, Milano.
53. Zenah C. (Eds), (1993), *Handbook of infant mental health*, Guilford, New York.