

Appunti di psicopatologia dello sviluppo

Storia naturale dall'infanzia all'età giovanile e adulta

Francesco Ciotti

Pediatra e neuropsichiatra infantile, Cesena

Abstract

Notes on developmental psychopathology. Natural history from infancy to young and adult age

A synthesis of a paper written by M. Rutter et al on the natural history of psychopathological disorders from infancy to young and adult age. The research goes through longitudinal studies published up to 2006.

Quaderni acp 2010; 17(2): 65-67

Key words Schizophrenia. Natural history. Autism. Language disorders. ADHD. Depression

Viene riassunto un articolo di M. Rutter et al. sulla storia naturale dei disturbi psicopatologici tra infanzia ed età giovanile e adulta attraverso l'analisi di ricerche longitudinali pubblicate negli ultimi anni fino al 2006.

Parole chiave Schizofrenia. Storia naturale. Autismo. Disturbi del linguaggio. ADHD. Depressione

BOX 1: SCHIZOFRENIA DELL'ETÀ GIOVANILE-ADULTA

- **Precursori o fattori di rischio nell'infanzia:** ritardo psicomotorio, ritardo del linguaggio, ritardo cognitivo, difficoltà alle relazioni sociali coi pari.
- **Precursori o fattori di rischio in adolescenza:** uso precoce e continuo di *Cannabis* in adolescenza.
- **Sintomi prodromici in preadolescenza:** episodi allucinatori e pensieri deliranti (di questi la metà sviluppa schizofrenia conclamata in età giovanile o adulta specie in caso di familiarità per schizofrenia).

BOX 2: DISTURBI DELLO SPETTRO AUTISTICO

- **Prognosi cattiva** col non raggiungimento di una vita autonoma e indipendente e impossibilità a instaurare relazioni amicali e di lavoro, necessità di assistenza in comunità residenziale o in famiglia, per tutti i soggetti con QI iniziale non verbale inferiore a 50.
- **Prognosi variabile** per i soggetti con QI iniziale non verbale superiore a 70, dei quali la metà circa raggiunge una vita sociale e lavorativa autonoma. La variabilità registrata sembra dipendere soprattutto dall'adeguatezza dei servizi sanitari e sociali nel fornire un intervento appropriato al raggiungimento delle autonomie del bambino e poi del giovane adulto.
- Talora esordio tardivo di una malattia epilettica in età adolescenziale o giovanile adulta.

BOX 3: DISTURBO SPECIFICO DEL LINGUAGGIO

- Soggetti con disturbo specifico del linguaggio nell'infanzia da adulti sembrano raggiungere un livello soddisfacente di linguaggio comunicativo, ma se vengono esaminati con gli esami testologici essi manifestano prestazioni significativamente inferiori alla popolazione normativa adulta sia nelle prove linguistiche che in lettoscrittura. Inoltre manifestano più difficoltà, rispetto ai coetanei adulti senza disturbo di linguaggio, nel trovare lavoro e nelle relazioni affettive e sociali.

In un articolo molto interessante Rutter, Kim-Cohen e Maughan [1] prendono in considerazione la storia naturale dei disturbi psicopatologici tra infanzia ed età giovanile e adulta analizzando le ricerche longitudinali pubblicate negli ultimi anni fino al 2006, in particolare richiamandosi ai lavori più rigorosi e sistematici come il Dunedin Longitudinal Study della Nuova Zelanda, gli studi inglesi di Londra e dell'isola di Wight e alcuni studi finlandesi. L'articolo, cui si rimanda anche per la ricca bibliografia il lettore più esigente, si estende per oltre venti pagine ed è corredato da una ricca bibliografia.

Fornisce una serie notevolissima di dati per ciascun disturbo con la successione che ho rispettato nei box che seguono, nei quali si è cercato di sintetizzare ed estrapolare dalle ricerche le informazioni più rilevanti (*box 1-9*).

L'articolo di Rutter et al. non prende in considerazione lavori che documentino l'efficacia o meno degli interventi clinici in età evolutiva sul modificare in positi-

BOX 4: DISLESSIA

- Gli studi longitudinali dimostrano che i bambini dislessici nella scuola primaria in età prescolare tra i 3 e i 5 anni presentano in grande percentuale deficit nel linguaggio verbale e nella intelligenza verbale e in età adulta i quattro quinti presentano deficit sotto le 2 DS per abilità di spelling e di lettoscrittura, con ripercussioni negative sui livelli scolari ottenuti prima e sui livelli occupazionali e salariali poi.
- Nonostante sia descritta l'associazione in età evolutiva tra dislessia e comportamento antisociale, in età adulta i dislessici non presentano rispetto ai non dislessici un incremento di malattie mentali né maggiore incidenza di criminalità.

Per corrispondenza:
Francesco Ciotti
e-mail: fran.ciotti@alice.it

BOX 5: ADHD

- I ragazzi con ADHD nell'età scolare sono esposti nell'età adulta con maggiore frequenza allo sviluppo di una personalità antisociale. Tra ADHD infantile e personalità antisociale adulta vi possono essere in preadolescenza e adolescenza il disturbo oppositivo-provocatorio o il disturbo della condotta, ma questi disturbi intermedi possono anche mancare.
- Non tutti i ragazzi con ADHD tuttavia hanno da adulti una psicopatologia, anzi circa la metà di essi da adulto ha un buon adattamento sociale. La prognosi sembra essere peggiore per i soggetti che sono iperattivi e oppositivi sia a casa che a scuola anziché solo a casa e per quei soggetti con un ambiente familiare non supportivo.

BOX 6: DEPRESSIONE

- I bambini con episodi depressivi infantili non presentano un rischio maggiore rispetto ai controlli di andare incontro a depressione nell'età adulta, suggerendo che la depressione infantile è una entità clinica diversa dalla depressione giovanile-adulta.
- Invece l'esordio della depressione in adolescenza è associato a rischio nel 40-70% dei casi di depressione maggiore ricorrente in età adulta, con eguale probabilità nei due sessi e quindi con probabilità 2-7 volte più alte rispetto a soggetti controllo, con caratteristiche cliniche simili e ad alto rischio genetico-familiare.
- Tuttavia la depressione adolescenziale rispetto a quella adulta è più resistente al trattamento farmacologico, è accompagnata spesso nella sua comparsa da eventi avversi familiari e di vita e da disturbi sociocomportamentali.
- Per contro i bambini che da giovani adulti sviluppano una depressione maggiore presentano nell'infanzia dei disturbi d'ansia soprattutto di tipo generalizzato in circa la metà dei casi e uno stile esplicativo pessimistico verso gli eventi di vita e verso il ricordo di episodi negativi di vita.
- Infine l'abuso di sostanze in adolescenza può precedere una depressione maggiore anche per gli effetti farmacologici della sostanza e per il disadattamento sociale spesso associato.

BOX 7: DISTURBI PSICHICI NELL'INFANZIA E COMPORTAMENTO ANTISOCIALE

- Gli adulti con comportamento antisociale hanno quasi tutti una lunga storia di disturbi comportamentali nell'età evolutiva, anche se non tutti i bambini antisociali diventano adulti antisociali.
- In generale la prognosi è più negativa quanto più i comportamenti aggressivi e antisociali cominciano precocemente nell'infanzia. I disturbi della condotta a 7-9 anni sono associati a un elevato rischio di personalità adulta antisociale e criminale, scarsi livelli educativi e lavorativi, violenza domestica, genitorialità precoce, abuso di sostanze, tentativi di suicidio. Una quota di disturbi della condotta in età infantile evolve invece in età giovanile-adulta verso personalità evitanti, isolate, socialmente chiuse e depresse.
- Rispetto ai precedenti, i disturbi della condotta a esordio più tardivo hanno una prognosi migliore. Tuttavia i disturbi della condotta che esordiscono tra 11 e 15 anni sono associati a una maggiore incidenza di disturbi psichiatrici dell'età adulta in generale come mania, depressione, abuso di alcol e di sostanze. L'evoluzione positiva o negativa è influenzata dalla positività o dalla negatività delle esperienze sociali dell'età giovanile come il partner prescelto, il lavoro intrapreso, il servizio militare.

BOX 8: ABUSO DI SOSTANZE

- La maggioranza degli adolescenti sperimenta l'uso di droghe ma solo una minoranza di essi va incontro a un problema di abuso e di dipendenza.
- I fattori di rischio per un adolescente di diventare abusatore e dipendente da sostanze sono: una età di iniziazione all'uso di droghe inferiore ai 15 anni, l'ADHD in età scolare, i disturbi della condotta in preadolescenza, la depressione in adolescenza, la frequentazione di gruppi dei pari a rischio, una iniziazione precoce alla sessualità.
- L'uso precoce e usuale di *Cannabis* espone l'adolescente a un maggior rischio di passare all'uso delle droghe pesanti e al rischio di sviluppare una schizofrenia se geneticamente vulnerabile.

BOX 9: SINTESI DIACRONICA DELL'ESORDIO DEI DISTURBI E DELLA LORO EVOLUZIONE

Fascia di età	Esordio del disturbo	Ad alto rischio di sviluppare in età adulta
Età prescolare (2-6 anni)	- Autismo - Disturbo del linguaggio	- Psicosi deficitaria - Mort. scolastica, disad. sociale
Scuola primaria (6-11 anni)	- Dislessia - ADHD - Sintomatologia ansiosa	- Mort. scolastica, disad. sociale - Personalità antisociale - Depressione maggiore
Scuola media inferiore e biennio delle superiori (11-16 anni)	- Disturbo della condotta - Depressione - Episodi deliranti e/o allucinatori	- Personalità antisociale - Depressione maggiore - Schizofrenia

BOX 10: INTERVENTI EFFICACI IN ETÀ EVOLUTIVA PER DISTURBO

Disturbo	Interventi efficaci in età evolutiva
Autismo	Interventi di tipo cognitivo-comportamentale (ABA, TEACCH*) finalizzati al raggiungimento delle autonomie personali e sociali lungo l'arco della vita.
Disturbo di linguaggio	Intervento riabilitativo logopedico continuo o a cicli fino all'ingresso della scuola primaria per sostenerne anche i primi apprendimenti scolastici.
Dislessia	Intervento riabilitativo logopedico e abilitativo didattico nella scuola primaria.
ADHD	Nella scuola primaria interventi di tipo cognitivo comportamentale di parent-training e di teacher-training, da soli o associati a metilfenidato nei casi più resistenti.
Disturbi ansiosi	Tecniche cognitivo-comportamentali di riconoscimento dell'allarme ansioso e di apprendimento di strategie di gestione e di coping dell'ansia.
Disturbo della condotta	Tecniche cognitivo-comportamentali di parent-training ai genitori e di training dell'autocontrollo e della gestione del conflitto e della rabbia al ragazzo.
Depressione	Psicoterapia cognitivo-comportamentale breve mirata a modificare le convinzioni negative e i pensieri automatici negativi dell'adolescente.

* *Tecniche comportamentali specifiche che hanno in comune l'obiettivo di migliorare l'autonomia personale e la comunicazione del bambino nei suoi contesti di vita abituali di casa e di scuola. Utilizzano prevalentemente messaggi visivi in una stretta collaborazione operativa tra educatore specializzato nella tecnica, genitori e insegnanti.*

vo la storia naturale del disturbo in età giovanile e adulta. Come gli Autori sottolineano infatti, ciò che manca ancora in letteratura sono gli studi longitudinali a lungo termine su come e se gli interventi clinici nell'infanzia modifichino la storia naturale dei disturbi in età giovanile e adulta. Gli studi che esistono sulla risposta ai trattamenti dei vari disturbi infantili presentano in generale follow-up a breve e medio termine. Nel capitolo 11 del *Manuale di Psicologia dello Sviluppo* (2009) intitolato "L'intervento preventivo, clinico e riabilitativo nell'ambito dello sviluppo", Lambruschi e Ciotti passano in rassegna i lavori specialistici che si occupano del trattamento e gli studi di efficacia che sono appunto sempre a termine breve o medio [2]. Come si evince dagli interventi riportati nel *box 10*, gli studi campione-controllo che si ritrovano in letteratura in particolare sul trattamento dei disturbi psicopatologici rimandano quasi tutti a tecniche cognitivo-comportamentali. Ciò costituisce oggettivamente un problema nel nostro Paese dove sia nelle strutture pubbliche che private la formazione di tipo cognitivo-comportamentale dei terapeuti è l'eccezione e non la regola. ♦

Bibliografia

[1] Rutter M, Kim-Cohen J, Maughan B. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life. *J Child Psychol Psychiatry*, 2006;47:276-95.
 [2] Lambruschi F, Ciotti F. "L'intervento preventivo, clinico e riabilitativo nell'ambito dello sviluppo" in: Barone L. (a cura di) *Manuale di Psicologia dello Sviluppo*. Carocci, 2009.