

## Cos'è l'Autismo

### Cenni storici della Psichiatria Evolutiva e nosografia

#### Premessa

In questo capitolo verrà tracciato per sommi capi un panorama storico degli sviluppi della psichiatria dell'età evolutiva e della sua nosografia. Soffermarsi sulla storia di questa disciplina, ed in particolare degli inquadramenti diagnostici di volta in volta utilizzati, ha, in un libro sulla farmacoterapia nei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza, un significato preciso. Vuole mostrare quanto una corretta pratica clinica e, all'interno di essa, una razionale prescrizione farmacologica siano imprescindibili da un valido sistema diagnostico, il quale dipende in modo complesso anche dalle vicissitudini storiche e sociali. Nel corso di questa trattazione si accennerà anche agli sviluppi di questa disciplina in alcuni paesi, soprattutto gli Stati Uniti, dove essa in determinati periodi storici ha mostrato rapide accelerazioni e progressi significativi; il confronto con altri paesi può permetterci di scorgere differenze o somiglianze nelle quali possiamo rispecchiarci e anticipare possibili sviluppi futuri. Tra le fonti utilizzate per questo lavoro vanno menzionate le importanti ricostruzioni storiche compiute da Bollea (1960), Chess (1988), Giannotti, Ferrara & Sabatello (1992), e Schowalter (1994).

#### Cenni storici

Prima del Settecento i bambini e gli adolescenti raramente erano considerati individui con propri diritti, e forse è per questo che negli scritti dell'antichità non si nota molta attenzione ai bambini, i quali vengono considerati quasi alla stregua di "animali selvaggi" da educare o "addomesticare" con rigidi strumenti educativi. Essi raramente venivano capiti o osservati in quanto tali, venendo sussunti alla logica degli adulti. L'infanticidio, soprattutto femminile, dovuto a ragioni economiche era comune in molte culture. Tra i primi a tentare una descrizione attenta dei bambini senza eccessive assunzioni adultomorfe va ricordato Sant'Agostino (354-430 d.C.), anche se nei comportamenti ribelli infantili - e questo è comprensibile dato il periodo storico in cui visse - a volte tendeva a intravedere i segni del peccato originale.

Nel Medioevo la cristianità contribuì a stimolare sempre di più un maggiore interesse per i bambini. Gli editti che condannavano la piaga dell'infanticidio, allora molto diffusa, erano frequenti. I bambini senza famiglia che chiedevano l'elemosina nelle strade erano numerosissimi, e non vi erano asili od orfanotrofi. Il primo orfanotrofio fu fondato dall'Arcivescovo di Milano nel 787: accoglieva i bambini abbandonati, che venivano accuditi e poi lasciati andare all'età di 8 anni. La mortalità infantile, anche non dovuta a infanticidio, era altissima, causata a fame, malattie e guerre. La probabilità di morte in tenera età era così alta che era diffusa la consuetudine di non legarsi troppo a un bambino fino all'età di 5 o 6 anni, e neanche di accudirlo in modo appropriato, e possiamo immaginare l'effetto di questo atteggiamento sullo sviluppo psicofisico di coloro che sopravvivevano. Il culmine fu raggiunto nel Trecento con le Crociate e la peste bubbonica, che, come è noto, sterminò popolazioni di intere nazioni.

Dal Rinascimento in poi la situazione incominciò a migliorare: gli orfanotrofi si moltiplicarono, e dal Cinquecento incominciarono ad apparire testi di pediatria e chirurgia infantile, segno questo che testimonia i bagliori della nascita di una disciplina. L'atmosfera culturale era però ancora dominata dall'oscurantismo e dalla

superstizione, se si pensa che il *Malleus Maleficarum* (il "Martello delle streghe") uscì nel 1486 (Sprenger & Krämer, 1486-89), e che i tribunali delle streghe continuarono a funzionare per tutto il Cinquecento e il Seicento; non raramente anche le ragazze adolescenti, divenute il bersaglio della caccia alle streghe, venivano accusate di possessione demoniaca e torturate o uccise.

Nel 1621 uscì a Londra il famoso libro di Robert Burton sulla *Anatomia della melanconia*, che fu ristampato numerosissime volte divenendo molto popolare. In esso l'autore accenna anche al fatto che la melanconia può essere dovuta a cattivo allevamento infantile o a una cattiva balia. Inoltre invita i genitori a non trattare i bambini con comportamenti estremi, cioè a non punirli o vizziarli eccessivamente. Sempre nel Seicento, una figura importante per la salute dei bambini fu San Vincenzo de' Paoli (1581-1660), che a Parigi condusse una battaglia per costruire un orfanotrofio, interessando la nobiltà del tempo e divenendo un fenomeno alla moda.

Nel 1762 uscì l'*Emile* di Rousseau (1712-1778), il famoso romanzo di formazione in cui viene proposta una pedagogia che rispetta il corso naturale dello sviluppo infantile, ad esempio non insegnando ai bambini cose che non possono ancora apprendere data la loro precoce età, quindi permettendo loro di essere "immaturi" prima di diventare adulti. Il libro fu condannato dall'Arcivescovo di Parigi, che criticò la "religione naturale" proposta da Rousseau, il quale, come spesso accade per gli innovatori, acquistò fama solo nel secolo successivo alla sua morte.

Con la fine del Settecento ci avviciniamo alla nascita ufficiale della psichiatria infantile, che si può far risalire, secondo von Gontard (1988), al 1799, quando al *Bethlehem Hospital* di Moarfield, il più antico ospedale psichiatrico inglese, il medico John Haslam (1764-1844) visita una bambina di 3 anni  $\frac{1}{2}$  che dopo una vaccinazione presentava una regressione dalle precedenti acquisizioni dello sviluppo; questo episodio viene definito la "prima descrizione di follia infantile".

### ***La prima area di interesse: il ritardo mentale***

La psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, come disciplina autonoma dalla psichiatria, nasce dunque a cavallo dell'Ottocento, dietro la spinta illuministica che conduce ad una nuova visione del problema pedagogico dei minorati psichici (Bollea, 1960; Chess, 1988). Inoltre non va dimenticato che tra le caratteristiche tipiche del romanticismo ottocentesco vi è anche un rinnovato interesse per il bambino e per metodi educativi più umani. Allora si credeva che il disturbo psichiatrico nel bambino consistesse nella perdita delle facoltà intellettuali, cioè in un deficit cognitivo, mentre è solo con la introduzione del concetto di *moral insanity* nel 1835 da parte di J.C. Prichard (1786-1848) che si fece strada la possibilità di diagnosticare anche nel bambino, come nell'adulto, un disturbo mentale al di là del deficit intellettivo. Se questo fu un progresso, l'altra faccia della medaglia però fu il rischio che il termine "morale" implicasse ogni tipo di devianza, al punto da diventare sospette, in certi casi, persino la spontaneità e la intensità affettiva tipiche dei bambini e degli adolescenti. Il problema di fondo era che allora mancava ancora una conoscenza dello sviluppo del bambino normale, per cui spesso veniva visto con gli occhi degli adulti.

Tra i pionieri della assistenza e della cura del ritardo mentale vanno ricordati vari ricercatori soprattutto francesi e svizzeri, come Johan Heinrich Pestalozzi (1746-1827), Jean Etienne D. Esquirol (1772-1840), Jean-Marc Gaspard Itard (1775-1838), Gotthard Guggenmoos (1775-1838), Friedrich W.A. Fröbel (1782-1852), Edward Séguin (1812-1880), e poi Belhomme, Bourneville, Guggenbühl, Voisin, Hansen, Ferrus e più tardi Hanselman, Decroly e altri. Tutti questi pionieri predicarono una orto-pedagogia dell'insufficiente mentale, con importanti implicazioni per la pedagogia dei bambini normali. Fröbel introdusse nella scuola il gioco a scopo terapeutico,

*Campagna sociale nazionale*

*contro gli abusi nella prescrizione*

*di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

*Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)*

*Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

ispirando tutti i futuri programmi di insegnamento sensoriale e motorio; fondò negli Stati Uniti il primo asilo infantile, dove si fecero vari progressi scientifici nello studio dello sviluppo (ad esempio era stato notato che l'apprendimento migliorava se veniva favorita l'iniziativa naturale dei bambini, e se in questo venivano aiutati dagli adulti). Belhomme, grazie anche alle osservazioni di Itard sul "Selvaggio di Aveyron" (a cui si accennerà dopo) scrisse nel 1824 un trattato sull'idiozia. Ferrus organizza nel 1828 alla *Bicêtre* una scuola per bambini anormali. Guggenmoos fonda a Salisburgo il primo istituto tedesco per oligofrenici (la stessa cosa farà Jean Pierre Falret [1794-1870] nel 1831 alla *Salpêtrière*). Nel 1852 Hansen crea nello Schleswig i primi istituti speciali per epilettici. Séguin (i cui studi ebbero un ruolo molto importante, e che come vedremo ispirò il percorso di ricerca della Montessori) fonda nel 1868 a Parigi in Rue Pigalle una scuola di recupero per insufficienti mentali; nel 1846 scrive il suo primo trattato (nel 1868 esce la seconda edizione), e nel 1869 si trasferisce a Boston, dove, dopo diverse traversie (dovette attendere ad esempio otto anni per la convalida della sua laurea in medicina), perfeziona il suo metodo individualizzato di rieducazione motoria e sensoriale e alla fine viene riconosciuto come il fondatore di tutte le scuole speciali ortopedagogiche americane (Bourneville, che alcuni considerano il creatore della neuropsichiatria infantile, contribuirà a dare una base più scientifica al metodo di Séguin). E così via. La Francia e la Svizzera furono dunque all'avanguardia nella ricerca in questo settore; in Inghilterra, seguendo queste esperienze, solo dopo il 1850 si creeranno le istituzioni di cura mentale per l'infanzia.

All'inizio dell'Ottocento in Francia esplose il famoso caso Victor, il bambino selvaggio trovato nel 1799 nei boschi di Aveyron attorno a Parigi e preso in cura da Itard, che nel corso di cinque anni tentò di civilizzarlo (può essere interessante qui menzionare che - secondo Michael Stone [1973] - Pinel allora cercò di scoraggiare Itard dal lavorare con Victor, dicendogli che sarebbe stato uno sforzo inutile). Comprensibilmente questo caso suscitò, e suscita tuttora, un grande interesse anche per i non specialisti (fu pure il soggetto di un film di Truffaut, *L'enfant sauvage* del 1970, in cui era il regista stesso ad interpretare il ruolo di Itard). Anche se alla presunta età di 11 anni il ragazzo non era ancora arrivato a padroneggiare il linguaggio, riuscì a compiere qualche progresso, il che diede molta speranza ai pedagogisti del tempo (Itard, 1801). La ricerca di Itard fu idealmente continuata da Séguin, il suo principale discepolo.

Tra i medici del tempo che si interessarono ai bambini si può ricordare l'eminente medico Parkinson (che diverrà famoso per l'omonimo morbo), che nel 1807 scrisse una guida pratica per l'educazione dei bambini, raccomandando di non viziarli mai altrimenti "si sarebbero resi odiosi da adulti", e se rifiutavano i consigli del medico "con tutta probabilità l'avrebbero pagata con la morte" (Hunter & Macalpine, 1982, pp. 614-617). Anche Brigham, un altro medico del tempo, in uno scritto nel 1832 raccomandava severità ed esercizi fisici per i bambini (Hunter & Macalpine, 1982, pp. 821-825). Ma più si va avanti nel corso del secolo, più si nota una maggiore umanità ed attenzione nelle osservazioni dei medici del tempo. Nel 1867 uscì il libro di H. Maudsley (1835-1918) *The Physiology and Pathology of Mind*, dove cerca di collegare le lesioni cerebrali a specifici sintomi psicologici; il libro conteneva un capitolo di 34 pagine sulla "follia dell'età precoce" (molto ampliato nell'edizione del 1895), prova che l'interesse per la psichiatria infantile incominciava a farsi sentire.

Meritano di essere menzionati altri due famosi medici dell'Ottocento, il primo nel vecchio continente e il secondo nel nuovo: il pediatra inglese West che per primo descrisse i sintomi psichiatrici dei bambini come separati e differenti da quelli degli adulti, e l'americano Jacobi, il più noto pediatra americano del tempo, che nella discussione dei casi clinici includeva dettagliate descrizioni dei sentimenti del bambino

e della sua famiglia. Negli ultimi anni del secolo vengono scoperte alcune importanti malattie: nel 1880 viene individuata la sclerosi tuberosa, nel 1887 Tay individua la idiozia amaurotica e nel 1905 Vogt ne individua la forma giovanile; la sindrome di Foerster è del 1909; in quegli stessi anni Dupré descrive la sua sindrome di debilità motoria che inaugurerà tutto un capitolo di ricerche.

Nel Novecento l'interesse per la psichiatria infantile crebbe ulteriormente, tanto che vi fu chi profetizzò che il XX secolo sarebbe stato il secolo del bambino. All'inizio l'interesse fu prevalentemente ancora per il ritardo mentale. Alfred Binet (1857-1911), dietro incarico del ministro francese della Pubblica Istruzione, studiò i bambini affetti da ritardo mentale, e nel 1905 pubblicò i suoi primi test (poi chiamati "Binet-Simon"). Terman alla *Stanford University* li standardizzò per i bambini americani e nel 1916 questa batteria di test fu pubblicata in inglese col nome, che la renderà famosa negli Stati Uniti, di "Stanford-Binet". I test di Binet segnano la nascita della testologia, e dai test intellettivi si passerà presto ai test proiettivi e di personalità, così importanti in psichiatria infantile per lo studio poliedrico del caso.

Sempre nel 1905 Sante De Sanctis, in Italia, definì il concetto di "schizofrenia precocissima", poi chiamata anche "schizofrenia infantile", seguito un anno dopo dal pedagogista austriaco Heller ("demenza infantile di Heller") e dal tedesco Weygandt (1870-1939), che, seguendo l'impostazione kraepeliniana e adattandola all'età infantile, anch'egli individuò un tipo di "demenza" nell'infanzia. I contributi italiani di inizio secolo erano all'avanguardia, e i ricercatori si raccoglievano attorno alla prestigiosa rivista *Infanzia Anormale*, fondata a Roma nel 1907, a cui si accennerà dopo. Proprio in quegli anni nascono anche le prime riviste specialistiche straniere: nel 1894 la rivista tedesca *Die Hilfsschule*; nel 1895 compare il *Journal of Mental Deficiency*; nel 1905 esce la rivista di Binet e Simon; nel 1912 Regis pubblica a Lione *L'Enfance Anormale*, e un'altra rivista con un nome simile, *Enfance Anormale*, esce in Belgio; nel 1913 Ewald inizia in Germania le "Memorie di neuropatologia infantile"; nel 1913 a Chicago esce il *Journal of Psychiatry of Adolescence*; e così via.

### ***La seconda area di interesse: la delinquenza minorile***

La seconda grande area di interesse nella storia della psichiatria infantile, dopo il ritardo mentale, fu la delinquenza minorile. Nel 1899 fu fondato a Chicago il primo Tribunale per minorenni, e in generale si attribuisce a questa data la nascita ufficiale della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in America (per pura coincidenza, proprio un secolo dopo la nascita ufficiale della stessa disciplina in Europa, con la prima descrizione - come si è visto - della "follia infantile" da parte del medico inglese John Haslam del 1799). Pochi anni dopo nasce anche la pratica dell'affido, con la possibilità di togliere la patria potestà. Se dunque in Europa il primo secolo di storia della psichiatria infantile fu caratterizzato prevalentemente dall'interesse per il ritardo mentale, negli Stati Uniti la disciplina si occupò immediatamente della seconda area di interesse, quella per la delinquenza minorile, subendo una forte accelerazione. Il motivo per cui negli Stati Uniti il primo fondamentale interesse della psichiatria infantile fu la delinquenza minorile è un tipico esempio dell'intreccio tra sviluppi scientifici e necessità sociali: come osserva Bollea (1980, p. 3), è stata la rapidità dell'industrializzazione e dell'urbanizzazione causate dalla forte immigrazione esterna ad elevare il tasso di delinquenza minorile in questo paese (non a caso, i Tribunali per minorenni si diffusero presto anche in Australia, un altro paese a forte immigrazione). Nel 1904 G. Stanley Hall (1846-1924), negli Stati Uniti, pubblicò il suo monumentale testo *The Psychology of Adolescence*. Nel 1909 il neurologo William Healy, attivo già dalla fine dell'Ottocento, fondò a Chicago un istituto per la cura psichiatrica dei minori, il *Juvenile Psychopathic Institute* (che dal 1917 verrà diretto da Hermann Adler). Vi

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

*Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)  
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

era un grande interesse per i fattori sociali come concausa della delinquenza minorile, anche se era molto diffusa l'idea che i giovani delinquenti avessero deficit mentali. Healy propose un approccio di studio multidisciplinare per il giovane antisociale, che comprendesse gli aspetti biologici, psicologici, testologici e sociali, e stabilì che le figure professionali della neonata psichiatria infantile dovessero essere tre: lo psicologo, l'assistente sociale, e lo psichiatra. Questo "triunvirato" fu una regola che rimase per gran parte del secolo. Fu questo *humus* culturale e sociale che darà vita poi al grande movimento delle *Child Guidance Clinics*, caratterizzato da quello che diverrà l'elemento metodologico più importante e caratteristico della nuova disciplina in diversi paesi: il lavoro in *équipe*. Va anche a molti giudici illuminati il merito di aver stimolato la crescita della psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, con la loro richiesta esplicita della individuazione dei motivi degli atti antisociali e per aver determinato la necessità del lavoro di *équipe*, che diventerà "l'elemento metodologico più importante e caratteristico" della disciplina (Bollea, 1960, p. 144). Il *Child Guidance Movement*, attivo soprattutto nel disadattamento infantile, nell'antisocialità e nella scuola, era caratterizzato da una a forte impostazione preventiva e da uno spirito antinosografico: la diagnosi doveva essere solo una ipotesi di lavoro, il sintomo in quanto tale non interessava, si cercava di comprendere i motivi per cui si era interrotto il ciclo evolutivo per reinserire il giovane nel contesto sociale (Bollea, 1980, p. 4). Queste idee sono a fondamento della moderna psichiatria sociale.

Per comprendere lo sviluppo della psichiatria nel nuovo continente, le sue influenze e radici storiche (Migone, 1986), va ricordato che nel 1892 era immigrato dalla Svizzera Adolph Meyer (1866-1950), che aveva subito l'influenza di William James (1842-1910) e del suo discepolo John Dewey (1859-1952). Meyer dal 1910 al 1941 lavorò alla *John Hopkins University* dove guidò una importante scuola di psichiatria. Sebbene inizialmente fosse un patologo, Meyer incominciò a avere colloqui con i pazienti, e arrivò alla convinzione che la malattia era una "reazione" a fattori psicologici e biologici, fondando l'approccio "psicobiologico" che dovrà avere una notevole influenza sullo sviluppo della psichiatria nel nuovo continente, connotandola fortemente in senso psicosociale e preparando così il terreno alla diffusione della psicoanalisi. La moglie di Meyer, Mary Brooks, incominciò sistematicamente a fare visite domiciliari, e per questo viene considerata la prima assistente sociale in America.

Ma per comprendere appieno il rapido sviluppo della psichiatria infantile negli Stati Uniti va ricordata anche la visita alla *Clark University* nel 1909 da parte di Sigmund Freud (1856-1939), che evangelizzò il nuovo mondo sulla importanza dell'infanzia per la psicopatologia adulta. Pochi anni prima, nel 1905, Freud aveva pubblicato i *Tre saggi sulla teoria sessuale*, seguiti nel 1908 da "Il piccolo Hans" (*Analisi della fobia di un bambino di cinque anni*) e nel 1914 da "L'uomo dei Lupi" (*Dalla storia di una nevrosi infantile*), aprendo così una linea di ricerca che dura tuttora, anche se in misura ridotta. Nei decenni seguenti nasce anche la psicoanalisi infantile, rappresentata da due donne che per tutto il secolo guideranno due diverse scuole di pensiero: Anna Freud (1895-1982), a Vienna, all'interno della "Psicologia dell'Io", riteneva che la tecnica dovesse tenere in giusta considerazione il livello di sviluppo del bambino e il supporto dei genitori, e Melanie Klein (1882-1960), a Berlino, che privilegiava la interpretazione di transfert, in particolare delle pulsioni aggressive, come veicolo della terapia. Tra queste due prime donne della psicoanalisi faceva sentire la sua voce Donald W. Winnicott (1896-1971), un pediatra e psicoanalista di Londra molto influente che incominciò a scrivere dagli anni Trenta (il suo noto libro del 1958 intitolato *Dalla pediatria alla psicoanalisi* raccoglie i suoi scritti pubblicati dal 1931 al 1956); Winnicott era il principale esponente del *middle group* (il gruppo di mezzo) tra gli "annafreudiani" e i kleiniani di Londra, quando sia Anna Freud che

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

*Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)  
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

Melanie Klein, che si erano trasferite nella capitale inglese (la prima col padre da Vienna, la seconda da Berlino, doversi era trasferita da Budapest), all'interno dell'Istituto di Psicoanalisi di Londra negli anni Quaranta si confrontavano con accesi dibattiti sulla natura della vita infantile e della psicopatologia (King & Steiner, 1991).

Dopo la seconda guerra mondiale avvennero interessanti sviluppi che rappresentarono importanti arricchimenti alla psichiatria infantile, caratterizzati dallo studio sistematico del bambino normale, che furono relativamente tardivi rispetto agli studi del bambino patologico (un pioniere a questo riguardo fu Sully, che nel 1895 pubblicò *Studies of Childhood*, il primo studio sistematico del bambino normale). A New Haven, negli Stati Uniti, nel 1911 Arnold Gesell (1880-1961) fonda la *Yale Clinic of Child Development*, dove soprattutto dagli anni Trenta agli anni Quaranta verranno fatti studi fondamentali sullo sviluppo neurobiologico e comportamentale del bambino normale, con l'aiuto anche di strumenti audiovisivi. Nel frattempo in Svizzera dagli anni Venti agli anni Cinquanta un altro ricercatore ancor più importante, Jean Piaget (1896-1980), pubblicò i suoi lavori sullo sviluppo cognitivo infantile. Piaget, uno dei giganti della psicologia, individuò precisi stadi dello sviluppo cognitivo che potevano essere modificati, anche se non completamente, dalla interazione con l'ambiente. Gli studi sullo sviluppo del bambino normale di Piaget, assieme a quelli del francese Henry Wallon (1879-1962), resero possibile la valutazione dei ritardi dello sviluppo nei bambini seguiti dagli psichiatri infantili (un altro influente ricercatore di Ginevra, che aveva lavorato con Piaget, fu de Ajuriaguerra). Tra i molti e importanti ricercatori che studiarono il bambino normale vanno ricordati anche i russi Lev S. Vigotsky (1896-1934) e Aleksandr R. Lurija (1902-1977), e l'americano Jerome S. Bruner. Ma va ricordato che è rimasta, fino quasi ai giorni nostri, una sorta di frattura tra gli studi del bambino normale e quelli del bambino patologico, per cui preconcetti etici hanno interferito con la ricerca scientifica (Giannotti, Ferrara & Sabatello, 1992, p. 9577). Si pensi solo al problema della sessualità infantile e all'ostracismo subito da Freud a Vienna, alla "follia masturbatoria" descritta da Szasz (1970), o anche ai severi e talvolta sadici metodi educativi dei pedagogisti dell'epoca come il padre del famoso presidente Schreber descritto da Freud nel 1910 (Shatzman, 1973).

Su tutt'altro versante, e precisamente su quello della terapia, nel 1924 John B. Watson (1878-1958) pubblicò il suo fondamentale lavoro, *Behaviorism*, in cui adattava la teoria del condizionamento classico di Ivan P. Pavlov (1849-1936) per indurre, cancellare o modificare determinati comportamenti nei bambini (Meazzini, 1976). A metà del secolo anche B.F. Skinner (1904-1990) fece sentire la sua voce.

Il mondo accademico intanto accoglie e ratifica gli sviluppi della nuova disciplina. Escono cinque importanti trattati, quelli di Ziehen (1917), De Sanctis (1925), Sachs & Hausmann (1926), quello monumentale di Homburger (1925), e quello di Cimbal (1927). Nel 1918 Lanfranco Ciampi, allievo di De Sanctis, ottiene la prima cattedra di Psichiatria Infantile a Rosario (Argentina); nel 1920 Herfort la ottiene a Praga, e nel 1935 altre cattedre vengono assegnate a Mosca e Leningrado. Nel 1937 a Parigi si celebra il Primo Congresso Internazionale di Psichiatria Infantile, organizzato da G. Heuyer, pienamente riuscito, che si può dire sia stato "la vera prova generale di questa nuova disciplina" (Bollea, 1960, p. 145). Nel dopoguerra le cattedre si moltiplicano: ne sorgono a Parigi, in Olanda, a Marburg (Germania), a Berna, nascono associazioni, comitati e riviste, e nel 1954 G. Heuyer e M. Tramer fondano a Macolin (Svizzera) l'*Unione Europea dei Pedopsichiatri*.

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

*Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)  
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

## Sviluppi italiani

Si può dire che in Italia i pionieri della psichiatria infantile siano stati Sante De Sanctis (1862-1935), Giuseppe F. Montesano (1868-1951) e Maria Montessori (1870-1952), che diedero alla disciplina una doppia anima psichiatrica e pedagogica (Bollea, 1960; Nardocci, 1986; Giannotti, Ferrara & Sabatello, 1992, p. 9579). E' di Sante De Sanctis, a cui si è accennato per aver identificato la schizofrenia infantile già nel 1905, il volume *Neuropsichiatria infantile* del 1925, tra i primi trattati a livello internazionale; fu tra i maggiori sostenitori della individualità clinica della psichiatria infantile e del suo affrancamento dalla psichiatria adulta. Giuseppe Montesano, a differenza di De Sanctis, approfondì maggiormente l'aspetto psicopedagogico, cercando di sistematizzare scientificamente l'allora confuso campo delle oligofrenie e aprendo la prima classe differenziale a Roma nel 1909; nel 1911 Montesano fonda *L'assistenza dei Minorenni Anormali*, una rivista di pedagogia speciale. Maria Montessori, famosa per il metodo pedagogico che porta il suo nome, alla fine dell'Ottocento formulò inizialmente questo metodo per gli insufficienti mentali, prima che venisse esteso alla pedagogia generale. Vale la pena soffermarsi brevemente su alcuni aspetti del percorso di questa ricercatrice, che rappresenta uno degli esempi più appassionanti della eroica nascita di questa disciplina. Le note che seguono sono sulla falsariga di una commemorazione fattane da Bollea (1997) in occasione di un Congresso Celebrativo Internazionale a 90 anni dalla fondazione della prima "Casa dei bambini" di Maria Montessori, avvenuta nel 1907 in Via dei Marsi 53 a Roma; in questa toccante commemorazione Bollea si identifica con gli ideali e la passione di questa eccezionale figura di ricercatrice, tracciando una continuazione ideale tra il laboratorio scolastico di Rue Pigalle di Séguin e il laboratorio scolastico di Via dei Volsci (e poi anche quello di Via dei Marsi) della Montessori.

Maria Montessori, nel 1896, fu la prima donna ad ottenere una laurea in Medicina in Italia (a quel tempo le donne non venivano accettate alla Facoltà di Medicina). Dopo aver iniziato la sua carriera all'Università di Roma, nel 1898 presenta la prima impostazione del suo metodo ("Sull'educazione morale") al Congresso di Pedagogia di Torino. Era stata mandata a quel congresso dal Prof. Clodimiro Bonfigli e dal Ministro dell'Istruzione Guido Baccelli (il quale era stato il suo maestro di Clinica Medica), che volevano sincerarsi sulla situazione della pedagogia in Italia. Sull'eco di quel congresso il trio Bonfigli-Montesano-Montessori, con l'aiuto del Ministro Baccelli, crearono prima il *Comitato* (1898), poi la *Lega Nazionale per la Protezione del Fanciullo* (1901), con Bonfigli presidente, Montesano segretario, e la Montessori assistente (la *Lega* si sciolse nel 1905). Nel 1900 la Montessori, con incarico ministeriale, va a Parigi (da Bourneville) e a Londra, e poi in Belgio, Svizzera e in altri paesi europei; sente molto parlare di Séguin, e si accorge che pochi hanno letto approfonditamente il suo lavoro e applicato il suo metodo pedagogico. Se ne entusiasma, lo traduce per se stessa, e, tornata in Italia, con molta passione tiene conferenze in varie città per farlo conoscere, andando incontro a notevoli delusioni rispetto all'interesse per questa nuova possibilità riabilitativa. Gradualmente arriva a formulare il suo metodo, inizialmente basato sulla "intuizione che la questione dei 'deficienti' era d'ordine più pedagogico che medico". Contrariamente dunque a Séguin, che inizia da pedagogista per poi studiare medicina, la Montessori inizia dalla medicina per poi scoprire che essa deve unirsi alla pedagogia per la terapia dei bambini anormali (curiosamente, proprio in quegli anni, tra il 1903 e il 1907, anche Decroly in Belgio lasciò la medicina per diventare pedagogista). Prende dunque forma il metodo pedagogico della Montessori, basato su un ampliamento della esperienza di Séguin, secondo il quale l'educazione degli anormali non è specifica, ma si basa sui principi

educativi adatti anche ai cosiddetti normali. Il Ministro Baccelli le dà poi l'incarico di preparare i maestri per gli anormali, e nasce la *Scuola Magistrale Ortofrenica*, presieduta prima da Bonfigli e poi da Montesano, che ne sarà attivo protagonista assieme alla Montessori. Si apre in via dei Volsci una classe per bambini anormali e anche un corso per maestri dove la Montessori insegna per due anni con grande passione dalle 8 di mattina alle 7 di sera. Decide a questo punto di dedicarsi essenzialmente alla pedagogia, iscrivendosi anche alla Facoltà di Filosofia, e nel 1907 abbandona definitivamente il campo della psichiatria infantile, lasciando il posto di Assistente alla cattedra di Psichiatria diretta da Sciamanna (posto che verrà preso poi da Cerletti, che dal 1946 diventerà maestro di Bollea). Nello stesso anno le offrono una classe di bambini normali in Via dei Marsi 53, prima sperimentazione di un metodo educativo che dovrà diffondersi in tutto il mondo. Dirà nel 1926, con perfetta coscienza: "40 anni di lavoro tra Itard e Séguin e 10 anni miei sono 50 anni di lavoro successivo di tre medici che aprirono la via di tutta la moderna pedagogia".

Tante altre sono le vicende che potrebbero essere ricordate. Preziosa, per una ricostruzione storica della psichiatria infantile in Italia, è la testimonianza di Giovanni Bollea, che ha vissuto di persona i primi passi di questa disciplina, come si vede ad esempio nella lezione inaugurale del Corso Ufficiale di Neuropsichiatria Infantile da lui tenuta alla Università di Roma il 20 gennaio 1960. In questa lezione inaugurale Bollea ricorda che nel 1900 De Sanctis apriva a Roma il primo ambulatorio di neuropsichiatria infantile, e esattamente trenta anni dopo, nel 1930, Cerletti (noto anche per aver inventato l'Elettroshock) a Genova e Sante De Sanctis a Roma inaugurano i primi due reparti infantili universitari presso la *Clinica di Malattie Nervose e Mentali*. Dopo altri trenta anni circa, viene sancita la richiesta di mettere tra le materie di insegnamento universitario la neuropsichiatria infantile, prima a Roma l'8 ottobre 1959 (dove su proposta di Gozzano viene dato l'incarico allo stesso Bollea) e subito dopo a Messina.

Continuando l'elencazione dei ricordi dell'*excursus* storico di questa disciplina fatta da Bollea (1960), nel 1915 si apre a Milano l'*Istituto Medico-pedagogico Treves*, chiamato poi "Treves-De Sanctis", che diventerà un attivo centro di ricerca. Nel 1922 De Sanctis al XVI° Congresso della *Società Freniatria Italiana* già insisteva per una autonomia formativa del "pedopsichiatra", cioè della psichiatria infantile, che "dovrebbe integrare la sua cultura in neurologia, psichiatria, pediatria, e psicologia". Tra gli allievi di De Sanctis vanno ricordati Cacchione, Carlo De Sanctis, Fantini, Papetti, e Di Tullio. Nel 1925 Medea a Milano fonda la *Pro Infanzia Anormale* (PIA), che ha per scopo la diffusione della igiene mentale infantile. Si diffondono le classi differenziali e sorgono vari Istituti medicopedagogici a Milano, Venezia, Roma, Firenze, Salerno. Nel 1932 la PIA organizza a Roma il 3° *Convegno Nazionale Medico-pedagogico*, dove De Sanctis evidenzia i due poli della psichiatria infantile (quello organico e quello psicosociale) e ripropone il lavoro di *équipe* come base per lo studio del bambino. Nel 1934 B. Di Tullio contribuisce alla nascita dei *Consultori di pedagogia emendativa* presso i Tribunali per minorenni, per affrontare gli aspetti psicologici della devianza minorile, e nel 1936 crea il primo *Centro per lo studio della criminologia minorile*. Partono molte iniziative per il ritardo mentale, e si moltiplicano le classi differenziali nelle scuole (verranno abolite dietro l'ondata della contestazione antipsichiatrica della fine degli anni Sessanta, in quanto ritenute discriminanti e tendenzialmente patogene).

Dalla metà degli anni Trenta la psichiatria infantile in Italia subisce una battuta d'arresto, per poi riprendersi alla fine della seconda guerra mondiale. Nuove patologie infantili, anche dovute ai danni della guerra, si presentano all'attenzione, quali soprattutto le paralisi cerebrali infantili e le patologie del carattere. Gradualmente si nota l'innesto, sulla precedente tradizione culturale prevalentemente organicista, di

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

*Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)  
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

nuovi modelli teorici provenienti dall'estero, basati sull'attenzione alla psicodinamica familiare, sull'uso di rettivi mentali o test proiettivi, sull'intervento sull'ambiente. In particolare all'inizio è molto sentita l'influenza svizzera: nel 1946 la *Centrale Italo-Svizzera di Assistenza Sanitaria* (CIAS) organizza un convegno a Milano con la partecipazione di Minkowski, Piaget, e Rey, e pochi mesi dopo vi è il 1° Convegno Internazionale della *Semaine Internationale d'Etudes pour l'Enfance de la Guerre* (SEPEG) svizzera a Losanna, a cui parteciparono sei italiani (M. Berrini, G. Bollea, C. Busnelli, M.A. Manacorda, M. Tommolini, M. Venturini), ricevendo enormi stimoli dai colleghi di dodici paesi europei presenti. Un anno dopo, nel 1947, Bollea e Venturini organizzarono a Roma un convegno nazionale della SEPEG, dove si discusse la struttura dei *Centri Medico-Psico-Pedagogici* (CMPP), e l'*Opera Nazionale Maternità e Infanzia* (ONMI) si impegnò a crearli in Italia. Nel 1947 sorgono infatti i primi due CMPP a Milano (con Porta e la Berrini) e a Roma (con Bollea, che chiamò a collaborare Bartoleschi, Ossicini, e Traversa); in un decennio diventeranno più di 200. Questi centri sono tipicamente caratterizzati dal lavoro in *équipe* (in genere costituite da un neuropsichiatra, uno psicologo, una assistente sociale, e/o un insegnante). Sempre nel 1947 Di Tullio fonda l'*Ente Morale per il Fanciullo*, con lo scopo di assistere il giovane delinquente. Nel 1948 Bollea e Venturini sollecitano la fondazione della *Società Italiana per l'Assistenza Medico-Pedagogica ai Minorati fisici e psichici dell'Età evolutiva* (SIAME), con Montesano come presidente e la M. Rovigatti come segretaria generale, che organizzerà vari congressi negli anni seguenti (Milano, Salerno, Napoli, Torino, Roma). Sempre nel 1948, a Congresso di Venezia della *Società Italiana di Psichiatria* (SIP), viene fondato il *Comitato Italiano di Psichiatria Infantile*, con Carlo De Sanctis come presidente e Bollea come segretario generale. In quegli anni viene anche affrontato il problema della rieducazione psicomotoria delle paralisi cerebrale infantile, e nel 1954 i gruppi di Crema, Milano e Roma riescono a far approvare la legge sugli spastici. Nel 1956 si celebra in Italia un congresso della *Società Italiana di Igiene Mentale*, intitolato "Irregolarità della condotta", che era praticamente un congresso nazionale di psichiatria infantile. Nel 1958 si ha il primo riconoscimento internazionale: Bollea a Lisbona viene eletto vicepresidente dell'*Associazione Internazionale di Psichiatria Infantile*. Due anni dopo, nel 1960, viene eletto anche presidente del *Comitato Europeo di Psichiatria Infantile*. Nel 1953 riprende la pubblicazione di *Infanzia Anormale* che rappresentò un po' una palestra e un importante momento di incontro degli psichiatri infantili del tempo. Questa prestigiosa rivista, come si è accennato prima, era stata fondata nel 1907, i primi direttori furono Sante De Sanctis e Eugenio Medea, e tra i collaboratori figuravano Corberi, Albertini, Vergani, Vidoni, Tacconi, Ciampi, ecc. Già circolava da alcuni anni col nome di *Bollettino dell'Associazione Romana per la cura medico-pedagogica dei fanciulli anormali e deficienti poveri*, e fu preceduta dalla pubblicazione di alcuni numeri della rivista *Ortofrenia* da parte di Gonelli Cioni nel 1894, cui seguì *L'educazione dei frenastenici* pubblicata da F. Ferreri nel 1901. *Infanzia Anormale* fu sospesa nel 1930 e riprese le pubblicazioni nel 1953, dopo 21 anni: nel 1950 infatti il *Comitato Italiano di Psichiatria Infantile* della SIP aveva iniziato la pubblicazione, all'interno del *Lavoro Neuropsichiatrico*, della "Rassegna di Neuropsicopatologia e Igiene Mentale Infantile", e l'interesse suscitato da questa iniziativa aveva reso necessario fondare una rivista autonoma, per cui si decise di riattivare *Infanzia Anormale*; nonostante si riconobbe che il nome della rivista non fosse più attuale, si decise di mantenerlo per rispetto verso la tradizione, ma nel 1969 divenne *Neuropsichiatria Infantile*, e nel 1984 prese definitivamente il nome, più appropriato e preciso, di *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*.

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)  
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone

Nel 1956 si assegnano libere docenze in Neuropsichiatria Infantile, e negli anni dal 1957 al 1963 a Roma, Genova e Pisa si formano le prime scuole di specializzazione universitarie, tra le quali spicca quella di Roma, una delle più prestigiose, diretta da Giovanni Bollea, che si può considerare il vero padre della moderna psichiatria infantile in Italia. Oggi si contano più di una ventina di cattedre di prima fascia, una cinquantina di seconda fascia, e una dozzina di scuole di specialità di psichiatria dell'età evolutiva, in una ricca realtà scientifica in continua crescita, che sarebbe difficile descrivere in dettaglio anche per la troppa vicinanza storica.

In Italia la psichiatria infantile è stata fin dall'inizio chiamata "neuropsichiatria infantile" per non abbandonare il termine usato da Sante De Sanctis, Montesano e Montessori sin dal 1902, nel senso che - come si espresse lo stesso De Sanctis - la "psichiatria infantile è lo studio somato-psichico di ogni disturbo dell'intelligenza e del comportamento del bambino dell'età evolutiva 0-18 anni" (il termine "infantile" oggi viene spesso sostituito con "dell'infanzia e dell'adolescenza" o "dell'età evolutiva" per meglio connotare questo *range* di età dei pazienti trattati). Più tardi, nel 1960, mentre in Italia, come già in altri paesi, le Cliniche delle Malattie Nervose e Mentali si stavano dividendo in "Neurologia" e "Psichiatria", vi fu chi volle intendere il termine "Neuropsichiatria infantile" come "neurologia infantile". E' questo un problema che la neuropsichiatria infantile dovrà affrontare con l'entrata in Europa, in quanto negli altri paesi la psichiatria infantile è divisa dalla neurologia.

Nel dopoguerra, la psichiatria infantile italiana si riprese, e si propose tre obiettivi: 1) i disturbi comportamentali, che erano in forte aumento; 2) la criminalità infantile e giovanile tipica del dopoguerra; 3) la riabilitazione dell'insufficiente mentale, con una nuova impostazione di studio di tipo pluricentrico. In questo senso la scuola italiana di neuropsichiatria infantile è sempre stata tra le più complete, in quanto inglobò la psicologia genetica e la psicodinamica, e impose la riabilitazione psicomotoria e funzionale in ogni forma di disturbo organico, psichico, ed evolutivo. In un primo momento sentì l'influenza della scuola psicoanalitica francese (mentre per la psichiatria adulta sarà la cultura anglosassone ad esercitare una influenza preponderante, dopo aver soppiantato quella tedesca), ragione per cui gli autori di riferimento sono stati ad esempio gli psicoanalisti S. Lebovici, R. Diatkine, R. Misès, M. Soulé, ecc. In campo diagnostico fu preferito lo schema classificatorio proposto da Misès, e gli ICD sono stati di gran lunga preferiti ai DSM (anche se vi sono state eccezioni, ad esempio nel 1984 fu presentata la classificazione del DSM-III per la psichiatria dell'età evolutiva [Guaraldi & Caffo, 1986]). Come in altri paesi, l'interesse prevalente di una prima fase di sviluppo della psichiatria infantile in Italia è stato rappresentato dalla insufficienza mentale (anche in Francia, come sappiamo, vi fu una grossa tradizione in questo senso) e dai disturbi caratteriali. L'interesse per la delinquenza minorile fu minore, per ovvie ragioni socioculturali (non vi era una forte immigrazione esterna, e la delinquenza minorile era a livelli molto più bassi rispetto ad alcuni paesi anglosassoni). Come oggi apprendiamo tristemente dai *mass media*, ciò sta rapidamente cambiando davanti ai nostri occhi, così pure come ci stiamo adeguando ad altri paesi per quanto riguarda l'incidenza del fenomeno dell'abuso infantile, per cui anche queste stanno diventando aree di grande interesse da parte degli psichiatri infantili italiani.

La psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza in Italia quindi è stata caratterizzata da un ridotto uso di farmaci (se paragonata ad esempio agli Stati Uniti), e da un diffuso uso delle psicoterapie ad orientamento dinamico, individuali e familiari. Estremamente importante è l'attenzione alla famiglia e all'ambiente sociale per comprendere il caso clinico durante l'età evolutiva: nelle parole di Bollea (1960), "il vero pedopsichiatra ha essenzialmente una mentalità umanistica e sociale... Il caso clinico è visto e sentito

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione*

*di psicofarmaci a bambini ed adolescenti*

*Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)*

*Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

immediatamente nella inscindibilità del paziente dall'*humus* in cui vive (p. 154)... Il fanciullo è un essere totalmente dipendente... e la conoscenza del fattore ambientale (famiglia-scuola-società) è fondamentale" (p. 155). Per affrontare la complessità della situazione clinica, nella cultura teorica e pratica della psichiatria infantile italiana il lavoro di *équipe*, come si è già accennato, ha avuto un ruolo chiave, così come è stato per altri paesi. L'*équipe* è stato uno strumento importantissimo per favorire quella cultura, indispensabile soprattutto in questa disciplina, del superamento delle ottiche parziali delle diverse professionalità ed avvicinarsi alla comprensione della complessità del caso. Nelle parole di Bollea (1960), nella *équipe*, guidata dal neuropsichiatra infantile, deve vigere paradossalmente una sorta di "gerarchia orizzontale" (p. 154), in cui cioè i vari punti di vista vanno considerati alla pari degli altri per gli apporti che possono dare: la *forma mentis* del pedopsichiatra deve essere quella di giungere ad una sintesi dei due poli, quello biologico e quello sociale, di "catturarli dialetticamente fusi" (p. 155).

Gli anni più recenti dello sviluppo di questa disciplina hanno visto ancor più prospettive arricchire questa realtà che sta rapidamente cambiando, e stanno sempre più prendendo piede sottospecialità anche ad impostazione biologica (si pensi solo agli studi di genetica e di *brain imaging*). Tutti segni questi che questa disciplina, ormai raggiunta una fase di piena maturità, sta diventando una realtà ricca e complessa in continua evoluzione davanti ai nostri occhi.

### Sviluppi recenti negli Stati Uniti

Negli anni Trenta molti psichiatri, a causa della guerra e della persecuzione razziale, fuggirono dall'Europa per emigrare negli Stati Uniti, dove proprio in quegli anni la psichiatria infantile cresceva vertiginosamente (basti pensare che nel 1935 vi erano già 617 ambulatori di psichiatria infantile). Nel 1930, alla *John Hopkins University*, dove lavorava Meyer, fu aperta la prima sezione di psichiatria infantile in un ospedale di pediatria, e fu nominato direttore Leo Kanner, che nel 1935 pubblicò l'influente trattato *Child Psychiatry*. Come è noto, allora la cultura dominante era quella psicoanalitica, e uno dei libri più influenti era il classico del 1925 *Gioventù travolta* di Aichhorn (1878-1949), uno psicoanalista di Vienna contemporaneo a Freud (autore anche della prefazione), che aveva studiato a lungo i giovani delinquenti e psicopatici secondo una cornice psicoanalitica. Nel 1946 fu tradotto in inglese il classico di Anna Freud del 1936 *L'io e i meccanismi di difesa*, che però già circolava in tedesco (in italiano uscì nel 1967). Nel 1933 uscì l'importante lavoro di Potter sulla schizofrenia nei bambini (che stimolò un acceso dibattito sulla schizofrenia infantile, ancora oggi non del tutto sopito), e nel 1937 l'articolo di Bradley sulla sorprendente utilità delle anfetamine nei bambini ipercinetici. Altri lavori classici furono quello di Kanner (1944) sull'autismo infantile, di Spitz (1945) sugli effetti negativi dell'istituzionalizzazione nei bambini, di Bender (1947) sui criteri diagnostici della schizofrenia infantile, di Walker & Kirkpatrick (1947) sull'uso degli antiepilettici per i problemi del comportamento, dei coniugi Glueck (1950) sulla influenza della famiglia nell'insorgenza della delinquenza minorile e sulla possibilità di predire i comportamenti antisociali già dai primi anni di scuola, e così via. Dagli anni Quaranta i progressi furono rapidi, con la fondazione di molte scuole di specialità in psichiatria infantile, soprattutto dietro alla pressione dei tanti psichiatri stranieri che, giunti dopo la guerra negli Stati Uniti per formarsi, volevano tornare al loro paese dopo aver seguito un training specifico. Nel 1946 fu fondato il *Group for the Advancement of Psychiatry* (GAP), formato da psichiatri illuminati e progressisti, in genere di estrazione psicoanalitica, che daranno un importante impulso scientifico e agli indirizzi di politica sanitaria; un anno dopo, nel

1947, fu fondata la commissione di psichiatria infantile del GAP, che nel 1950 pubblicò un documento in cui caldeggiava la formazione di programmi di training di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza. Nel clima ottimistico del dopoguerra, Truman nel 1946 "dichiarò guerra" alla malattia mentale firmando il *National Mental Health Act*, che prevedeva grossi finanziamenti per la psichiatria pubblica. Come uno dei tanti segni di questi sforzi, nel 1949 fu fondato il *National Institute for Mental Health* (NIMH), fratello minore del *National Institute of Health* (NIH).

Va sottolineato che negli Stati Uniti la psichiatria infantile non nacque dai "genitori legittimi" (la psichiatria da una parte e la pediatria dall'altra), ma autonomamente, e precisamente fu espressione del *Child Guidance Movement*, a cui si è accennato prima: le discipline che "partorirono" la psichiatria infantile furono la assistenza sociale, la psicologia, e le scienze sociali (basti pensare che l'*American Psychiatric Association* [APA] la riconobbe solo negli anni Cinquanta). Le *Child Guidance Clinics*, inizialmente sorte come intervento sul ritardo mentale e sulla delinquenza minorile, legate ai Tribunali per minorenni, presto si occuparono anche dei problemi familiari e dei veri e propri disturbi mentali, sia nevrotici che psicotici. La prima *Child Guidance Clinic* nasce nel 1919, e nel 1930 in America ve ne sono già 500. Il *Child Guidance Movement* si diffonde anche in Inghilterra, dove nel 1926 viene creato il *Child Guidance Council*, che coordina gli interventi sull'infanzia, e nel 1927 la *East London Child Guidance Clinic*, mentre in Germania nel 1928 esistono già più di 40 Centri di Psichiatria Infantile organizzati in *équipe*.

Dagli anni Quaranta-Cinquanta negli Stati Uniti la specialità di psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza entra nel suo fulgore. Nel 1950 fu organizzata, con molto successo, una *White House Conference on Children and Youth*, aperta anche alla partecipazione di 500 giovani. Inoltre nel 1950 Erik Erikson (1902-1994) pubblica il suo famoso e influente libro *Infanzia e società*, che sottolinea l'importanza dell'allevamento dei bambini per lo sviluppo adulto. Anna Freud, Heinz Hartmann e Ernst Kris fondano la prestigiosa rivista *The Psychoanalytic Study of the Child*, a cadenza annuale, che per l'importanza dei lavori pubblicati diventerà un punto di riferimento nel movimento psicoanalitico. Un altro importantissimo contributo, proveniente dall'Inghilterra ma subito rimbalzato oltreoceano, fu il rapporto di John Bowlby (1907-1990) all'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) del 1951, in cui veniva studiata la separazione e l'attaccamento alla madre. Il filone di ricerca sulla "teoria dell'attaccamento" aperto da Bowlby (1944, 1958, 1969, 1973, 1980) dovrà poi diventare uno dei più interessanti e fertili in campo sia psicoanalitico che cognitivista. Bowlby, utilizzando anche un approccio basato sull'etologia umana, revisionò la teoria freudiana delle pulsioni individuando un "sistema motivazionale" nettamente separato dalla sessualità, quello dell'attaccamento, che non viene più concepito come derivato dalla pulsione libidica ma totalmente indipendente da esso e altrettanto importante per la sopravvivenza. La sua ricerca sistematizzò in una più vasta cornice teorica, che collocava la psicoanalisi di diritto all'interno delle scienze naturali, le intuizioni di alcuni pionieri della scuola inglese della "teoria delle relazioni oggettuali" come Fairbairn e Suttie (Parisi & Migone, 1994), che - come recita il noto *dictum* di Fairbairn (1952, p. 137) - avevano postulato altre forze motivazionali autonome non meramente "alla ricerca del piacere" (*pleasure-seeking*) ma "alla ricerca dell'oggetto" (*object-seeking*). Questa revisione teorica costituisce uno dei più importanti aggiustamenti della teoria psicoanalitica operati alla luce delle acquisizioni sulla psicologia dello sviluppo (Eagle, 1992), e avrà importanti ripercussioni nella psicoanalisi nordamericana con la diffusione della teoria delle relazioni oggettuali e della Psicologia del Sé di Kohut. Nel 1952 fu fondata l'*American Academy of Child Psychiatry*, e gli sviluppi dei primi anni della storia istituzionale della psichiatria infantile in America sono raccontati in

dettaglio nel primo volume del suo organo ufficiale, il *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, fondato nel 1962.

L'entusiasmo per le idee psicoanalitiche (si pensi al concetto di "madre schizofrenogena") e per l'importanza del passato nel determinare la psicopatologia adulta portò, soprattutto negli anni Cinquanta, a un relativo abbandono di interesse per i casi non facilmente riconducibili a un modello psicosociale (come ad esempio il ritardo mentale e le epilessie), e a frequenti ragionamenti del tipo *post hoc ergo propter hoc*, contro i quali nel 1955 mise in guardia Hartmann (1964) dimostrando la loro scorrettezza scientifica. Lo stesso Heinz Hartmann (1894-1970), una delle figure più influenti nella storia della psicoanalisi e fondatore della "Psicologia dell'Io", aveva scritto nel 1937 *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento* (che fu pubblicato in tedesco nel 1939, tradotto in inglese nel 1958 e in italiano nel 1966), dove teorizzò una "sfera dell'Io libera da conflitti" contribuendo quindi a correggere una iniziale impostazione della psicoanalisi troppo legata al punto di vista delle pulsioni. Il suo scopo era quello di renderla una psicologia generale aggiornandola ai progressi della psicologia accademica. A questo proposito, va segnalato che nei tempi recenti si è assistito, all'interno della psicoanalisi, a una grande rinascita della *infant research*, i cui principali esponenti sono Stern (1985), Lichtenberg (1983, 1989), Emde (1988) e tanti altri, che ha portato a una sostanziale revisione della metapsicologia e delle precedenti concettualizzazioni psicoanalitiche sullo sviluppo infantile espresse ad esempio dalla Mahler (1968; Mahler, Pine & Bergman, 1975; posizioni per certi versi simili a quelle della Mahler, e anch'esse poi da molti ritenute superate, furono sostenute in Inghilterra da un'altra nota psicoanalista, la Tustin [1972], che ha studiato l'autismo). Un altro autore che negli anni recenti sta suscitando sempre più interesse sia nel campo psicoanalitico che in quello cognitivista è l'ingese Fonagy (1996; Fonagy & Target, 2001), che, tra le altre cose, ha approfondito, all'interno della cornice della teoria dell'attaccamento, l'importanza dello sviluppo della "funzione autoriflessiva" (definita, a seconda dei contesti, anche "metacognizione" o "teoria della mente") come fattore di protezione per disturbi psicologici nell'adolescente e nell'adulto (ad esempio di natura borderline).

Nel 1952 uscì il DSM-I, senza un capitolo a parte sulla psichiatria infantile; il ritardo mentale (chiamato *mental deficiency*, e che includeva solo le forme idiopatiche e familiari) veniva esposto nelle ultime pagine (la terza delle tre parti del manuale). Il termine ufficialmente adottato per connotare il disturbo mentale fu "reazione", a riprova dell'influenza dell'approccio psicobiologico di Meyer e della psicoanalisi. In quegli anni il dibattito sulle psicosi infantili era molto acceso, e Bruno Bettelheim (1903-1990) faceva sentire la sua voce diventando una figura popolare per i suoi scritti in cui cercava di aiutare i bambini autistici con una terapia istituzionale a lungo termine, ottenendo alcuni miglioramenti anche se mai la guarigione completa (negli anni Ottanta Bettelheim fu al centro di grosse polemiche, con complesse implicazioni sia teoriche e che sociologiche [Roazen, 1992]). Mosse nel 1958 segnalò il pericolo che la diagnosi di psicosi fosse abusata nell'infanzia, anche per il fatto che sembrava che nei bambini la Clorpromazina ottenesse buoni risultati senza effetti collaterali (come è noto, pochi anni dopo, mano a mano che si diffondeva l'uso di questo farmaco, ciò fu clamorosamente smentito). Nel 1959 negli Stati Uniti fu ufficialmente fondata la specialità di Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza con la regola però che all'esame di specializzazione dovesse essere sempre presente anche un pediatra. Negli anni Sessanta i finanziamenti governativi, sotto la presidenza Kennedy, aumentarono enormemente e, dato che il livello di delinquenza minorile rimaneva sempre alto, fu data molta enfasi alla prevenzione e al training degli operatori della salute mentale infantile. La euforia del dopoguerra degli anni Cinquanta, in cui vi era

un grande ottimismo e si credeva che si poteva vincere la malattia mentale così come si era vinta la guerra, lasciò il posto a una maggiore preoccupazione negli anni Sessanta, non solo a causa del fatto che la delinquenza minorile non accennava a diminuire, ma anche poiché incominciava a delinearsi un nuovo e imponente fenomeno, quello del movimento della contestazione studentesca, che, tra i tanti rinnovamenti anche positivi, portava con sé un alto uso di droghe nei giovani dei *campus* universitari come fenomeno tipico della "controcultura" e della moda di quegli anni. I consigli del famoso Dr. Spock (1904-1998) di essere tolleranti coi figli, contenuti nel suo popolare libro pubblicato nel 1945 (venduto in 40 milioni di copie e in molte lingue), furono ritenuti, a ragione o a torto, in parte responsabili di aver favorito una crisi di insicurezza del ruolo dei genitori, il cui permissivismo avrebbe contribuito alla ribellione dei giovani *hippies* (il Dr. Spock in seguito si convinse di aver sbagliato, e fece autocritica).

Nel 1962 uscì il classico di Provence & Lipton *Infants in Institutions*, in cui veniva dimostrato che anche i "buoni" orfanotrofi non possono sostituire l'ambiente di una famiglia, per cui da quel momento iniziò una politica che andava tutta nella direzione delle adozioni. Ma già dai primi anni Sessanta esplose il fenomeno del *child abuse*, sia sessuale che fisico, e nuove leggi apposite entrarono in vigore in ogni stato americano. Si capì meglio anche il ruolo specifico del bambino nella relazione coi genitori: Knobloch & Pasamanick (1959) introdussero il concetto di "danno cerebrale minimo", e Chess, Thomas *et al.* (1960) intrapresero il loro noto studio longitudinale sul temperamento dei bambini. Nel 1964 Rutter *et al.* (1976) iniziarono il famoso studio decennale dell'Isola di Wight, una pietra miliare della epidemiologia psichiatrica infantile (vedi anche Rutter, 1989). La Robins nel 1966 pubblicò il suo libro in cui mostrava che i bambini con disturbo della condotta avevano una maggiore probabilità di mostrare una psicopatologia da adulti, soprattutto di tipo antisociale.

Il DSM-II, uscito nel 1968, era un fascicolo di 134 pagine, privo di criteri diagnostici e di un sistema multiassiale, e si decise di basarlo sull'ottava edizione della *International Classification of Diseases* (ICD-8), uscito due anni prima; si abolì il termine "reazione", per mantenerlo però solo per la sezione di psichiatria infantile. Il ritardo mentale, che ora veniva inteso non come idiopatico ma come dovuto a qualunque causa, veniva esposto in una decina di pagine come prima categoria diagnostica e al di fuori della sezione di psichiatria infantile. Vi erano solo 6 categorie diagnostiche per l'infanzia e l'adolescenza esposte in due pagine alla fine del manuale (reazione ipercinetica, di chiusura in se stessi [*withdrawing*], iperansiosa, di fuga da casa, aggressiva non socializzata, di delinquenza di gruppo - oltre a queste vi era la reazione di adattamento, che poteva presentarsi sia nell'adulto che nel bambino)

#### Tab. 1: Classificazione del DSM-II (1968)

- Ritardo mentale (*esposto a parte*)
- Reazione ipercinetica
- Reazione di chiusura in se stessi [*withdrawing*]
- Reazione iperansiosa
- Reazione di fuga da casa
- Reazione aggressiva non socializzata
- Reazione di delinquenza di gruppo
- Reazione di adattamento (può essere sia nell'adulto che nel bambino)

La più complessa classificazione di psichiatria infantile del Gap, uscita due anni prima (Group for the Advancement of Psychiatry, 1966), era uno strumento più apprezzato,

poiché integrava punti di vista fenomenologici, psicoanalitici, e di sviluppo. Ma nonostante la enorme influenza che esercitò il classico di Anna Freud del 1965 *Normalità e patologia del bambino* (che verrà tradotto in italiano nel 1969), già allora incominciò a declinare l'approccio psicoanalitico in psichiatria infantile, in una guerra teorica che allora vedeva tre partiti scontrarsi tra loro: i partigiani della biologia, della psicologia, e della sociologia.

Negli anni seguenti due nuovi approcci si affacciarono all'orizzonte: il comportamentismo e la terapia familiare (soprattutto il gruppo di Minuchin a Filadelfia), anche se il primo tese a restare confinato agli psicologi e il secondo agli assistenti sociali più che agli psichiatri infantili.

I grossi fenomeni sociali degli ultimi anni del secolo sono davanti ai nostri occhi: coloro che negli anni Sessanta-Settanta erano passati attraverso il movimento di ribellione giovanile o avevano abusato droghe divennero i genitori dei bambini degli anni Ottanta-Novanta. Sono aumentate le nascite di figli da donne non sposate, e sono aumentati i genitori entrambi lavoratori. Tutto questo ha provocato varie conseguenze, tra cui il fatto che i bambini passavano molto più tempo da soli in casa non supervisionati. Sono aumentati i problemi di uso di sostanze, abuso sessuale infantile, AIDS, e, in certe aree, uso di armi da fuoco. Nel contempo sono aumentati sia gli studi sulla influenza genetica in alcune malattie gravi, sia lo studio dettagliato della influenza dei traumi infantili. Sono aumentate enormemente le terapie farmacologiche nell'infanzia, soprattutto i neurolettici per i disturbi psicotici, gli stimolanti per i disturbi dell'attenzione, e gli antidepressivi per la depressione, i disturbi alimentari, l'enuresi, il panico, e il disturbo ossessivo-compulsivo. Si ha la sensazione che i farmaci funzionano meno nei bambini che negli adulti, ma, per svariati motivi, sono state fatte poche ricerche sistematiche e a larga scala sui bambini se paragonate a quelle su adulti.

Nell'ultima parte del secolo avvenne un importante cambiamento, non solo nella psichiatria infantile ma in tutta la psichiatria: la richiesta di maggiore controllo e rigore metodologico e statistico per la pubblicazione su riviste scientifiche. Questa esigenza serviva a molteplici scopi: interrompere le interminabili dispute teoriche tra opposte fazioni, democratizzare l'enorme flusso di informazioni che provenivano dal campo, e venire incontro alle esigenze di *accountability* e di misurabilità a medio-breve termine che si facevano sempre più sentire a causa delle ristrettezze economiche. Anche il DSM-III, DSM-III-R e DSM-IV (American Psychiatric Association, 1980, 1987, 1994) furono prodotti con questo spirito, figli della "*age of accountability*", come è riflesso ad esempio nelle principali caratteristiche di questi manuali (la presenza di criteri diagnostici descrittivi e "ateorici", e il sistema multiassiale), anche se la sezione di psichiatria infantile di questi manuali è forse meno chiara e più controversa della sezione di psichiatria adulta (per un approfondimento sui DSM dell'*American Psychiatric Association*, vedi Migone, 1983, 1992/1999, 1995a, 1995b; de Girolamo & Migone, 1995).

Vediamo ora come nelle ultime tre edizioni del DSM (DSM-III, DSM-III-R, e DSM-IV) viene trattata la sezione di psichiatria dell'età evolutiva, per poi brevemente passare in rassegna la classificazione dei due ultimi ICD (ICD-9 ed ICD-10).

### ***II DSM-III (1980)***

Nel DSM-III la sezione di psichiatria infantile, intitolata "Disturbi che esordiscono di solito nell'Infanzia, nella Fanciullezza o nell'Adolescenza", viene posta all'inizio del manuale, ed è molto ricca (75 pagine). Presenta 9 disturbi in asse I e un disturbo da registrare in asse II. I 9 disturbi in asse I sono: Ritardo mentale, Disturbi da deficit dell'attenzione, Disturbi della condotta, Disturbi ansiosi della fanciullezza e

dell'adolescenza, Altri disturbi (dell'attaccamento, schizoide, mutismo elettivo, oppositivo, dell'identità), Disturbi alimentari, Disturbi da movimenti stereotipati, Altri disturbi con manifestazioni fisiche (Balbuzie, Enuresi funzionale, Encopresi funzionale, Sonnambulismo, *Pavor Nocturnus*), Disturbo generalizzato dello sviluppo (Autismo infantile, Disturbo generalizzato dello sviluppo dell'inizio della fanciullezza, atipico). La categoria da registrare in asse II è rappresentata dai Disturbi specifici dello sviluppo: lettura, calcolo, linguaggio, articolazione, misto, atipico

#### Tab. 2: Classificazione del DSM-III (1980)

- Ritardo mentale (lieve, moderato, grave, gravissimo, non specificato)
- Disturbi da deficit dell'attenzione (con iperattività, senza iperattività, residuo)
- Disturbi della condotta (iposocializzato con aggressività, iposocializzato senza aggressività, socializzato con aggressività, socializzato senza aggressività, atipico)
- Disturbi ansiosi della fanciullezza e dell'adolescenza (ansia di separazione, di evitamento, ansia diffusa [iperansietà])
- Altri disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza (Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'età infantile, Disturbo schizoide della fanciullezza e dell'adolescenza, Mutismo elettivo, Disturbo oppositivo, Disturbo dell'identità)
- Disturbi dell'alimentazione (Anoressia mentale, Bulimia, Pica, Disturbo di ruminazione dell'età infantile)
- Disturbi da movimenti stereotipati (transitorio a tipo tic, cronico a tipo tic, tipo Tourette, atipico del gruppo dei tics, atipico da movimenti stereotipati)
- Altri disturbi con manifestazioni fisiche (Balbuzie, Enuresi funzionale, Encopresi funzionale, Sonnambulismo, *Pavor Nocturnus*)
- Disturbo generalizzato dello sviluppo (Autismo infantile, Disturbo generalizzato dello sviluppo dell'inizio della fanciullezza, atipico)
- Disturbi specifici dello sviluppo (lettura, calcolo, linguaggio [espressivo e recettivo], articolazione, misto, atipico) (*in asse II*)

Molte sono le differenze col DSM-II. Tra le principali (oltre ovviamente alla introduzione dei criteri diagnostici e al sistema multiassiale, a cui si accennava prima), vi è la eliminazione del termine "reazione" (che può alludere ad un livello eziologico) e la introduzione del termine "disturbo" (*disorder*). Il Ritardo mentale viene messo all'interno della sezione di psichiatria infantile e dell'adolescenza; tra i vari tipi di ritardo mentale, il funzionamento intellettuale *borderline* o al limite (Q.I. = 71-84) viene omesso in quanto in genere non presenta disturbi nel comportamento adattivo, ma può comunque essere registrato nelle Condizioni non attribuibili a disturbo mentale (i "codici V"). Inoltre, mentre nel DSM-II le poche categorie considerate erano concepite, in termini di stabilità e resistenza al trattamento, come a metà strada tra disturbi situazionali passeggeri da un parte, e le psicosi, le nevrosi e i disturbi di personalità dall'altra, il DSM-III elenca un vasto numero di diagnosi di varia gravità e stabilità.

Tra le differenze specifiche vanno menzionate le seguenti: la Reazione ipercinetica viene rinominata Deficit dell'attenzione con iperattività (viene elencato un altro disturbo senza iperattività e uno residuo); la Reazione di chiusura in se stessi (*withdrawing*) viene suddivisa in Disturbi di personalità evitante e schizoide, che sono collocati in asse II (nel primo vi è una motivazione al coinvolgimento con gli altri, nel secondo manca); la Reazione di fuga da casa viene rinominata Disturbo della condotta iposocializzato senza aggressività; la Reazione di delinquenza di gruppo viene rinominata Disturbo della condotta socializzato con aggressività o senza aggressività; vengono aggiunti nuovi disturbi come il Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'età

infantile (quello che veniva chiamato "*failure to thrive*", cioè i bambini che non si attaccano alla madre e non mostrano una motivazione a crescere), il Mutismo elettivo, e il Disturbo oppositivo (dietro suggerimento del GAP); infine viene aggiunto il Disturbo dell'identità (frequente nell'adolescenza, ma da distinguersi dal Disturbo borderline di personalità).

*Il DSM-III-R (1987)*

Grossi cambiamenti avvennero nella sezione di psichiatria infantile del DSM-III-R

**Tab. 3: Classificazione del DSM-III-R (1987)**

- Ritardo mentale (lieve, moderato, grave, gravissimo, non specificato) (*in asse I*)
- Disturbi generalizzati dello sviluppo (Disturbo autistico, Non Altrimenti Specificato [NAS]) (*in asse I*)
- Disturbi specifici dello sviluppo (Disturbi delle capacità scolastiche [calcolo, espressione scritta, lettura], Disturbi del linguaggio e dell'eloquio [articolazione della parola, linguaggio espressivo, ricezione del linguaggio], Disturbi delle capacità motorie [coordinazione, NAS], Altri disturbi dello sviluppo NAS) (*in asse I*)
- Disturbi con comportamento disturbante (da deficit dell'attenzione con iperattività, della condotta [di gruppo, solitario con aggressività, indifferenziato], oppositivo-provocatorio)
- Disturbi d'ansia della fanciullezza e dell'adolescenza (da ansia di separazione, di evitamento della fanciullezza o dell'adolescenza, da iperansietà)
- Disturbi dell'alimentazione (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Pica, Disturbo di ruminazione dell'infanzia, NAS)
- Disturbi dell'identità di genere (Disturbo dell'identità di genere della fanciullezza, Transessualismo, Disturbo dell'identità di genere della fanciullezza o dell'età adulta tipo non transessuale, NAS)
- Disturbi da tic (Tourette, Disturbo cronico da tics motori o vocali, Disturbo transitorio da tic, NAS)
- Disturbi delle funzioni evacuative (Encopresi funzionale, Enuresi funzionale)
- Disturbi dell'eloquio non altrimenti classificati (Farfugliamento, Balbuzie)
- Altri disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza (Mutismo elettivo, Disturbo dell'identità, Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia e della prima adolescenza, Disturbo da stereotipia/abitudini, Disturbo da deficit dell'attenzione indifferenziato)

Innanzitutto si è cercato di innalzare la soglia per fare diagnosi grazie anche alla vasta sperimentazione tramite le prove sul campo (*field trials*). La sperimentazione del DSM-III permise di mettere in luce sia i vantaggi che gli svantaggi del sistema multiassiale, e la difficoltà a stabilire una chiara base concettuale soprattutto per la separazione tra i primi due assi, e questo soprattutto in psichiatria infantile. Per risolvere almeno una parte dei problemi, il DSM-III-R introdusse alcune modifiche all'asse II, nel quale, oltre ai Disturbi di personalità che sono rimasti, sotto la rubrica "Disturbi dello sviluppo" sono stati aggiunti il Ritardo mentale, i Disturbi generalizzati dello sviluppo, e i Disturbi specifici dello sviluppo. In questo modo nell'asse II vennero inclusi, salvo rare eccezioni, disturbi che hanno tutti insorgenza nell'infanzia o nell'adolescenza e che hanno un carattere di stabilità nel tempo.

Tra le altre modifiche, vanno menzionate le seguenti. Il Disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività è stato meglio differenziato dal Disturbo della condotta e da quello oppositivo, e sono stati elencati una serie di criteri senza che uno specifico criterio fosse indispensabile; invece, il Disturbo da deficit dell'attenzione senza iperattività si è rivelato ai *field trials* abbastanza raro, e si è ritenuto non più

necessario soprattutto dopo la revisione dei criteri diagnostici del Disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività, per cui è stato rinominato Disturbo da deficit dell'attenzione indifferenziato.

I Disturbi della condotta (iposocializzato e socializzato con o senza aggressività) sono stati semplificati e ridotti a soli tre tipi (di gruppo, solitario con aggressività, indifferenziato), segnalando una differenza fondamentale emersa dalle ricerche, cioè il fatto che il comportamento antisociale sia messo in atto da soli o in un gruppo verso il quale il bambino o l'adolescente si sente leale. Inoltre questi tre tipi di disturbi della condotta sono raggruppati insieme al Disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività all'interno di una categoria chiamata *Disruptive behavior disorders* (tradotta, cacofonicamente, Disturbi con comportamento disturbante).

Il Disturbo Schizoide della fanciullezza e dell'adolescenza è stato eliminato, in quanto si è visto che raramente è presente senza altri gravi sintomi che suggeriscono un Disturbo generalizzato dello sviluppo. Il Disturbo oppositivo è stato meglio specificato e rinominato oppositivo-provocatorio, e messo all'interno della categoria chiamata Disturbi con comportamento disturbante. La Bulimia è stata rinominata Bulimia nervosa, per connotare il suo collegamento alla Anoressia nervosa. I Disturbi da movimenti stereotipati sono stati rinominati Disturbi da tic, e comprendono tre disturbi (Tourette, Disturbo cronico da tics motori o vocali, Disturbo transitorio da tic). La Enuresi e Encopresi funzionali sono ora messe nei Disturbi delle funzioni evacuative. Il Sonnambulismo e il *Pavor nocturnus* vengono trasferiti nella categoria dei Disturbi del sonno. L'Autismo infantile e i Disturbi generalizzati dello sviluppo ad insorgenza infantile vengono raggruppati e chiamati Disturbo autistico.

Infine, i Disturbi specifici dello sviluppo vengono descritti in modo più approfondito. I Disturbi del linguaggio vengono differenziati in espressivi e recettivi (ciò era riconosciuto nel testo del DSM-III). Vengono inoltre aggiunti il Disturbo della espressione scritta, i Disturbi della coordinazione e il Farfugliamento.

### ***II DSM-IV (1994)***

Dato che il DSM-IV è il manuale tutt'ora in uso negli Stati Uniti, ed è abbastanza diffuso in vari paesi, le differenze del DSM-IV rispetto al DSM-III-R verranno descritte più dettagliatamente (vengono tratte, con lievi modifiche, dall'Indice annotato delle modifiche nel DSM-IV posto nell'Appendice D del manuale [American Psychiatric Association, 1994, pp. 833-837]).

#### **Tab. 4: Classificazione del DSM-IV (1994)**

- Ritardo mentale (lieve, moderato, grave, gravissimo, non specificato) (*in asse II*)
- Disturbi dell'apprendimento (Disturbo della lettura, Disturbo del calcolo, Disturbo dell'espressione scritta, Disturbo dell'apprendimento NAS)
- Disturbo delle capacità motorie (Disturbo di sviluppo della coordinazione)
- Disturbi della comunicazione (Disturbo della espressione del linguaggio, Disturbo misto della espressione e della ricezione del linguaggio, Disturbo della fonazione, Balbuzie, Disturbo della comunicazione NAS)
- Disturbi generalizzati dello sviluppo (Disturbo autistico, Disturbo di Rett, Disturbo disintegrativo della fanciullezza, Disturbo di Asperger, Disturbo generalizzato dello sviluppo NAS)
- Disturbi da deficit di attenzione e da comportamento dirompente (Disturbo da deficit di attenzione/iperattività, Disturbo da deficit di attenzione/iperattività NAS, Disturbo della condotta, Disturbo oppositivo provocatorio, Disturbo da comportamento dirompente NAS)

- Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia o della prima fanciullezza (Pica, Disturbo di ruminazione, Disturbo della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza)
- Disturbi da tic (Disturbo di Tourette, Disturbo cronico da tic motori o vocali, Disturbo transitorio da tic, Disturbo da tic NAS)
- Disturbi della evacuazione (Encopresi, Enuresi non dovuta ad una condizione medica generale)
- Altri disturbi dell'infanzia, della fanciullezza o dell'adolescenza (Disturbo d'ansia di separazione, Mutismo selettivo, Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia o della prima fanciullezza, Disturbo da movimenti stereotipati, Disturbo dell'infanzia, della fanciullezza o dell'adolescenza NAS)

Tra le differenze tra il DSM-III-R e il DSM-IV, innanzitutto vi sono modificazioni nel **Sistema multiassiale**: solo i Disturbi di personalità e il Ritardo mentale (i cui criteri sono stati modificati per renderli più compatibili con la definizione della *American Association of Mental Retardation*) rimangono nell'asse II, in quanto i Disturbi pervasivi dello sviluppo, i Disturbi dell'apprendimento, i Disturbi delle capacità motorie e i Disturbi della comunicazione (che nel DSM-III-R erano codificati sull'asse II) nel DSM-IV vengono tutti codificati sull'asse I.

Il nome **Disturbi dell'apprendimento** è stato modificato rispetto a quello di Disturbi delle capacità scolastiche del DSM-III-R, per rifletterne l'uso clinico comune. Il criterio di esclusione (Criterio C) è stato modificato per permettere una diagnosi di Disturbo dell'apprendimento in presenza di un deficit sensoriale, a condizione che le difficoltà di apprendimento siano in eccesso rispetto a quelle solitamente associate con il deficit sensoriale. Inoltre, il criterio di esclusione del DSM-III-R è stato modificato per permettere la diagnosi di Disturbo dell'apprendimento in presenza di una condizione medica (neurologica) generale.

La sezione dei **Disturbi della comunicazione** riunisce sotto un unico titolo tutti i disturbi dell'eloquio e del linguaggio, che nel DSM-III-R erano elencati in due sezioni separate (cioè i Disturbi specifici dello sviluppo e i Disturbi dell'eloquio NAS). La diagnosi di Disturbo dell'espressione del linguaggio non è più esclusa in presenza di un deficit motorio dell'eloquio, un deficit sensoriale, o una deprivazione ambientale, a condizione che le difficoltà nel linguaggio siano in eccesso rispetto a quelle abitualmente associate con questi problemi. La diagnosi di Disturbo misto dell'espressione e della ricezione del linguaggio sostituisce quella di Disturbo dello sviluppo della ricezione del linguaggio del DSM-III-R, in riconoscimento del fatto che i problemi nella ricezione del linguaggio non si presentano isolatamente senza la presenza di un concomitante problema a carico del linguaggio espressivo. Questa diagnosi non viene più esclusa in presenza di deficit motori dell'eloquio, di deficit sensoriali, o di una deprivazione ambientale, sempre che le difficoltà nel linguaggio siano maggiori di quelle comunemente associate a questi problemi. Il nome della diagnosi di Disturbo di sviluppo dell'articolazione della parola è stato modificata in Disturbo della fonazione, in conformità con l'attuale terminologia. Questa diagnosi non è più esclusa in presenza di un deficit motorio dell'eloquio, deficit sensoriale, o deprivazione ambientale, a condizione che le difficoltà nel linguaggio siano superiori rispetto a quelle abitualmente associate con questi problemi. Il set di criteri della Balbuzie nel DSM-III-R era rappresentato da una definizione che consisteva in una frase; è stato aggiunto un set di criteri ampliato e più specifico.

Le caratteristiche di definizione del **Disturbo autistico** del DSM-III-R (compromissione dell'interazione sociale, della comunicazione, e modalità stereotipate di comportamento) sono mantenute nel DSM-IV, ma i singoli criteri e l'algoritmo

diagnostico complessivo sono stati modificati per i seguenti motivi: 1) migliorare l'utilità clinica riducendo il numero di criteri da 16 a 12 e aumentandone la chiarezza; 2) aumentare la compatibilità con i *Criteri diagnostici per la ricerca* dell'ICD-10; e 3) restringere la definizione dei casi per una maggiore conformità con il giudizio clinico, con il DSM-III, e con l'ICD-10. Inoltre, la richiesta di una "età di esordio" (prima dei 3 anni nel DSM-IV), che era stata omessa nel DSM-III-R, è stata ristabilita per conformità con l'uso clinico e per aumentare l'omogeneità di questa categoria. Il **Disturbo di Rett**, il **Disturbo disintegrativo della fanciullezza** e il **Disturbo di Asperger** sono stati inclusi per migliorare la diagnosi differenziale e per fornire una maggiore specificità nella descrizione di quegli individui che nel DSM-III-R sarebbero stati diagnosticati con Disturbo autistico o Disturbo pervasivo dello sviluppo NAS.

Il **Disturbo da deficit di attenzione/iperattività** integra in una sola categoria quelle che nel DSM-III-R erano due categorie: Disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività, e Disturbo da deficit dell'attenzione indifferenziato (senza iperattività - questo disturbo era collocato all'interno della categoria "Altri disturbi dell'infanzia, della fanciullezza e dell'adolescenza"). Le revisioni della letteratura, le rianalisi dei dati, e i risultati degli studi sul campo suggeriscono che questo disturbo sia da preferire come disturbo unitario con differenti quadri sintomatologici predominanti. Il DSM-IV fornisce un set di criteri con tre sottotipi (Tipo combinato, Tipo con predominante disattenzione, Tipo con predominante iperattività-impulsività), che permette al clinico di annotare la prevalenza dei sintomi di deficit dell'attenzione o dei sintomi di iperattività-impulsività. Il Criterio A organizza gli item in tre gruppi: disattenzione, iperattività e impulsività. Il Criterio C, che richiede la presenza di sintomi in due o più situazioni (per esempio a scuola, al lavoro e a casa), è stato aggiunto per ridurre le diagnosi falsamente positive. L'elenco di item del **Disturbo della condotta** del DSM-III-R è stato modificato ed ampliato (aggiungendo due item: "stare fuori la notte" e "intimidire gli altri"). Questa modificazione si basa sui risultati degli studi sul campo e fornisce una descrizione che include comportamenti caratteristici delle femmine con Disturbo della condotta. Inoltre, gli item sono organizzati in gruppi tematici (aggressione a persone e animali, distruzione di proprietà, truffa o furto, gravi violazioni di regole) per facilitare il loro uso. Nel DSM-IV sono stati forniti nuovi sottotipi basati sull'età di esordio, per sottolineare che l'età di esordio più precoce determina una prognosi peggiore, e si associa più facilmente con un comportamento aggressivo e con il Disturbo antisociale di personalità nell'adulto. Un item del **Disturbo oppositivo provocatorio** è stato eliminato dal Criterio A ("uso osceno del linguaggio") in base ai risultati degli studi sul campo. Inoltre, per aiutare a demarcare i confini con la normalità, è stato aggiunto un item sulla compromissione. Infine, va segnalato che nella edizione italiana del DSM-IV viene eliminata la cacofonia della traduzione "Disturbo con comportamento disturbante" (*Disruptive behavior disorder*) del DSM-III-R, che ora viene tradotto Disturbo da comportamento dirompente.

Il nome della categoria **Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione dell'infanzia o della prima fanciullezza** è stato modificato per riflettere il collocamento dell'Anoressia nervosa e della Bulimia nervosa in una sezione separata per i Disturbi dell'alimentazione. Il criterio del DSM-III-R che escludeva il disturbo Pica in presenza di Schizofrenia o di un Disturbo generalizzato dello sviluppo è stato modificato, per permettere la diagnosi in presenza di un altro disturbo mentale se il comportamento è sufficientemente grave da giustificare attenzione clinica indipendente. Riguardo al **Disturbo di ruminazione**, il criterio che richiede la perdita di peso o l'incapacità di raggiungere l'aumento di peso atteso è stato omesso, poiché la compromissione clinicamente significativa può essere presente in assenza di queste

caratteristiche, e per chiarire i confini con i Disturbi della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza. E' stata introdotta la nuova categoria dei **Disturbi della nutrizione dell'infanzia o della prima fanciullezza** per fornire una copertura diagnostica per i bambini incapaci di mangiare adeguatamente, e che conseguentemente hanno problemi a guadagnare o mantenere il peso.

Il limite superiore di età di esordio dei Disturbi da tic è stato ridotto dall'età di 21 anni all'età di 18 anni, per compatibilità con i *Criteri Diagnostici per la Ricerca* dell'ICD-10. E' stato anche aggiunto un criterio che specifica che i tic causano menomazione o disagio clinicamente significativi.

Per l'**Encopresi**, la durata richiesta è stata ridotta da 6 mesi a 3 mesi, per riflettere l'uso clinico e per permettere la ricerca di casi precoci. Il disturbo è attualmente codificato in base alla presenza o meno di stipsi con incontinenza diarroica. Le soglie specificate di frequenza e di durata dell'**Enuresi (non dovuta ad una condizione medica generale)** sono state innalzate per ridurre il numero di diagnosi falsamente positive (da due volte al mese a due volte alla settimana per tre mesi consecutivi). Nel tentativo di evitare diagnosi falsamente negative, il Criterio B annota pure che la diagnosi può essere fatta al di sotto di questa soglia se sono presenti menomazione o disagio clinicamente significativi.

Due criteri del **Disturbo da ansia di separazione** del DSM-III-R (8 e 9) sono stati combinati per ridurre la ridondanza. La richiesta di durata è stata aumentata a 4 settimane, per compatibilità con i *Criteri diagnostici per la ricerca* dell'ICD-10. Per il **Mutismo selettivo**, sono state aggiunte vari item per ridurre i falsi positivi: un criterio di durata di 1 mese, l'esclusione dei bambini che sono silenziosi solo durante il primo mese di scuola, un criterio che richiede una menomazione clinicamente significativa, e un criterio che richiede che la mancanza di eloquio non sia meglio giustificata da un Disturbo della comunicazione o dalla mancanza di conoscenza del linguaggio parlato a causa una situazione sociale. Inoltre, il nome è stato modificato da **Mutismo elettivo** del DSM-III-R, che era meno descrittivo, e implicava una motivazione. Nel **Disturbo reattivo dell'attaccamento dell'infanzia o della prima fanciullezza** sono stati aggiunti i sottotipi che designano il tipo inibito rispetto al tipo disinibito per permettere la compatibilità con l'ICD-10 (che divide questa condizione in due disturbi separati). Il nome **Disturbo da movimenti stereotipati** è stato modificato da **Disturbo da stereotipia/abitudine** del DSM-III-R per compatibilità con l'ICD-10. Diversamente dal DSM-III-R, il DSM-IV specifica che le diagnosi di Ritardo mentale e Disturbo da movimento stereotipato vengono entrambe poste soltanto se il comportamento stereotipato o autolesivo è abbastanza grave da diventare motivo di trattamento. Inoltre, è disponibile la specificazione "Con comportamento autolesivo".

## L'ICD-9 (1978) e l'ICD-10 (1992-96)

Parallelamente alla produzione dei DSM, e in competizione con essi, l'OMS produceva le varie edizioni della *International Classification of Diseases* (ICD). Il primo ICD che introdusse un capitolo per i disturbi mentali fu l'ICD-6 del 1946, che fu adottato quando fu fondato l'OMS, a cavallo degli anni Cinquanta, più o meno quando uscì anche il DSM-I. Ma si dovette attendere l'ICD-8 del 1966 per avere una sezione di psichiatria infantile, che peraltro comprendeva una sola categoria (la successiva edizione, l'ICD-9 del 1978, ne comprenderà venti).

Una vera e propria classificazione per i disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente fu proposta dall'OMS nel 1975 (Rutter, Shaffer & Sheperd, 1975), che anticipò il DSM-III per quanto riguarda il sistema multiassiale, da tutti ritenuto molto indicato per la valutazione dell'infanzia e dell'adolescenza dove ad esempio il Ritardo

mentale può essere registrato separatamente. Rutter *et al.* (1969), all'interno dell'OMS, fin dagli anni Sessanta avevano suggerito l'utilità del sistema multiassiale in psichiatria infantile, proponendo tre assi: I) sindrome clinica, II) quoziente intellettivo, III) eziologia e fattori associati (in seguito questo terzo asse fu suddiviso nelle sue due componenti, eziologia e fattori associati, creando quindi un quarto asse). Nel 1975 furono pubblicati i *field trials* dell'OMS su questi 4 assi (Rutter, Shaffer & Sheperd, 1975), i primi tre dei quali furono introdotti nell'ICD-9 del 1978. In seguito in Inghilterra fu adottato un sistema multiassiale in cui veniva aggiunto un ulteriore asse per i disturbi specifici dello sviluppo.

L'ICD-10, pubblicato nel 1992 (nel 1993 uscirono i criteri di ricerca), come è noto non presenta un sistema multiassiale, e questa è una delle principali differenze con i DSM-III e il DSM-IV (Migone, 1996a). Ma l'OMS nel 1996 ha pubblicato, con la introduzione dello stesso Rutter, la *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente* (la cui edizione italiana, curata da Adriana Guareschi Cazzullo, è uscita nel 1997), in cui vengono riportati 6 assi :

**Tab. 5: Il sistema multiassiale dell'ICD-10 (edizione 1996)**

- *Asse uno:* Sindromi cliniche psichiatriche
- *Asse due:* Sindromi e disturbi da alterazione specifica dello sviluppo psicologico
- *Asse tre:* Livello intellettivo
- *Asse quattro:* Condizioni mediche riportate nell'ICD-10 spesso associate con le sindromi e i disturbi psichici e comportamentali
- *Asse cinque:* Situazioni psicosociali anomale associate
- *Asse sei:* Valutazione globale del funzionamento psicosociale

I primi quattro assi usano esattamente le stesse categorie diagnostiche dell'ICD-10 e lo stesso codice numerico, ma con un diverso ordine in modo da adattarsi al formato multiassiale, così che sono elencate per prime quelle che si riferiscono principalmente ai bambini e agli adolescenti. Il primo asse contiene il Cap. V dell'ICD-10 tranne le Sindromi e i disturbi da alterazione specifica dello sviluppo psicologico (che formano l'asse due) e il Ritardo mentale (che forma l'asse tre). Nell'ICD-10 le Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico (F84) sono raggruppate nella categoria Sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico (F80-F89), ma sono state collocate separatamente nell'asse uno perché ciò pareva preferito dai clinici.

L'asse cinque comprende un gruppo di caratteristiche incluse nel capitolo XXI dell'ICD-10 con i codici "Z", con la differenza che qui vengono espone più dettagliatamente in modo da fornire un quadro preciso della situazione psicosociale del bambino.

L'asse sei invece non compare nell'ICD-10, ed è quindi nuovo; è stato introdotto in quanto la disabilità viene considerata essenziale in psichiatria dall'OMS. Questo asse si basa sulla *Psychiatric Disability Assessment Schedule* dell'OMS (WHO/DAS) compresa nei *field trials* dell'ICD-10 e tratta dall'asse V del DSM-III-R, lievemente modificata per adattarla all'infanzia e all'adolescenza.

**Riassunto**

*Questo lavoro traccia un panorama storico degli sviluppi della psichiatria dell'età evolutiva, dall'antichità fino ad oggi. La prima area di interesse della psichiatria infantile è stata rappresentata, soprattutto in Europa, dalla insufficienza mentale, mentre la seconda area di ricerca, viva particolarmente negli Stati Uniti già ai primi del secolo quando nel nuovo continente questa disciplina era agli albori, è stata la delinquenza minorile. Vengono tracciati gli sviluppi storici della psichiatria infantile*

soprattutto in Italia e negli Stati Uniti. L'ultima parte dell'articolo presenta una descrizione dettagliata dei sistemi diagnostici prodotti negli ultimi decenni dall'American Psychiatric Association (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-9, ICD-10).

**Summary** - A brief history of child and adolescent psychiatry is traced, from old ages to modern times. The first area of interest of child psychiatry, particularly in Europe, has been mental retardation, while the second area of interest and research, alive especially in the United States since the beginning of the century, has dealt with juvenile delinquency. Particular emphasis is given to the history of child psychiatry in Italy and in the United States. The last part of the paper presents a detailed description of the systems of diagnostic classifications of child and adolescent psychiatry developed over the last decades by the American Psychiatric Association (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-III-R, DSM-IV) and the World Health Organization (ICD-9, ICD-10)

Paolo Migone

(Tratto dal libro a cura di P. Pancheri & P. Pfanner *Il Punto su Psicofarmacologia nei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza*, pubblicato da Scientific Press s.r.l. Via A. La Marmora 26, 50121 Firenze, 1999, pp. 39-73; una versione di questo lavoro, dal titolo "Introduzione alla psichiatria dell'età evolutiva", è stata pubblicata in: P. Pancheri, G.B. Cassano *et al.*, a cura di, *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. III, cap. 69, pp. 2680-2691).

## Bibliografia

- Aichhorn A. (1925). *Verwahrloste Jugend*. Leipzig: Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. ingl.: *Wayward Youth*. New York: Viking Press, 1935; trad. it.: *Gioventù traviata*. Milano: Bompiani, 1950).
- Alexander F.G. & Selesnick S.T. (1966). *The History of Psychiatry*. New York: Harper & Row (trad. it.: *Storia della psichiatria*. Roma: Newton Compton, 1975).
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1st edition* (DSM-I). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd edition* (DSM-II). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition* (DSM-III). Washington, D.C.: APA (trad. it.: *DSM-III. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 3a edizione*. Milano: Masson, 1983).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition, Revised* (DSM-III-R). Washington, D.C.: APA. (trad. it.: *DSM-III-R. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 3a edizione, riveduta*. Milano: Masson, 1988).
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition* (DSM-IV). Washington, DC: APA (trad. it. basata sulla "Versione internazionale con i codici dell'ICD-10" del 1995: *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 4a edizione*. Milano: Masson, 1995).
- Bender L. (1947). Childhood schizophrenia: a clinical study of one hundred schizophrenic children. *Am. J. Orthopsychiatry*, 17: 40.
- Bollea G. (1958). La psichiatria infantile en Europe. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1, 1: 181-208.
- Bollea G. (1960). Evoluzione storica e attualità della neuropsichiatria infantile. *Infanzia Anormale*, 37: 141-163.
- Bollea G. (1970). Introduzione alla edizione italiana del libro di E. Séguin *L'idiota*. Roma: Armando, 1970.
- Bollea G. (1980). *Compendio di psichiatria dell'età evolutiva*. Roma: Bulzoni.

*Campagna sociale nazionale  
contro gli abusi nella prescrizione  
di psicofarmaci a bambini ed adolescenti  
Tratto dalla sezione "Ricerca Scientifica" di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)  
Sezione a cura del Dott. Claudio Ajmone*

- Bollea G. (1997). "Maria Montessori e il bambino handicappato" (dattiloscritto). Relazione tenuta al Congresso Celebrativo Internazionale per la Fondazione della prima "Casa dei bambini", *Maria Montessori, il bambino, l'educazione: da S. Lorenzo al mondo*.
- Bowlby J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. *Int. J. Psychoanal.*, 25: 19-53 (part I), 107-128 (part II).
- Bowlby J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39: 350-373.
- Bowlby J. (1951). *Maternal Care and Mental Health*. Geneva: WHO.
- Bowlby J. (1969, 1973, 1980). *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment. Vol. 2: Separation: Anxiety and Anger. Vol. 3: Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth Press (trad. it.: *Attaccamento e perdita. Vol. 1: L'attaccamento alla madre. Vol. 2: La separazione dalla madre. Vol. 3: La perdita della madre*. Torino: Boringhieri, 1976, 1978, 1983).
- Bradley C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *Am. J. Psychiatry*, 94: 577.
- Burton R. (1621). *Anatomy of Melancholy*. London: Dent, 1932 (ed. amer. a cura di Dell F. & Jordan-Smith. New York: Tudor, 1960).
- Chess S. (1988). Child and adolescent psychiatry came of age: a fifty year perspective. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27, 1: 1-7.
- Chess S., Thomas A., Birch H.G. et al. (1960). Implications of a longitudinal study of child development for child psychiatry. *Am. J. Psychiatry*, 117: 434.
- Cimbal W. (1927). *Neuroses des Kindesalters*. Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- De Caro D. (1997). *La psichiatria attraverso i secoli*. Napoli: Idelson, 1997.
- de Girolamo G. & Migone P. (1995). Il DSM-IV e i problemi della diagnosi in psichiatria (Con una intervista a Robert L. Spitzer). *Psicoterapia e scienze umane*, XXIX, 1: 41-85.
- De Sanctis C. & Bollea G. (1952). Per una specializzazione in neuropsichiatria infantile. *Il Lavoro Neuropsichiatrico*, X, 1: 165-196.
- De Sanctis S. (1925). *Neuropsichiatria infantile*. Roma: Stock.
- Dörner K. (1969). *Bürger und Irre*. Frankfurt: Taschenbuch Europäische Verlagsanstalt (trad. it.: *Il borghese e il folle. Storia sociale della psichiatria*. Bari: Laterza, 1975; trad. ingl.: *Madmen and the Bourgeoisie: A Social History of Insanity and Psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell).
- Eagle M.N. (1992). La natura del cambiamento teorico in psicoanalisi. *Psicoterapia e scienze umane*, XXVI, 3: 5-33.
- Ellenberger H.F. (1970). *The Discovery of the Unconscious. The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books (trad. it.: *La scoperta dell'inconscio. Storia della psichiatria dinamica*. Torino: Boringhieri, 1972).
- Emde R.N. (1988). Development terminable and interminable. 1. Innate and motivational factors from infancy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 69: 23-42; 2. Recent psychoanalytic theory and therapeutic considerations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 69: 283-296.
- Erikson E.H. (1950). *Childhood and Society*. New York: Norton (trad. it.: *Infanzia e società*. Roma: Armando, 1989).
- Fairbairn W.R.D. (1952). *Psychoanalytic Studies of the Personality*. London: Tavistock (trad. it.: *Studi psicoanalitici sulla personalità*. Torino: Boringhieri, 1970).
- Fonagy P. (1996). Attaccamento, sviluppo del Sé e sua patologia nei disturbi di personalità. *KOS*, 129: 26-32. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/fonagy-1.htm>.
- Discussione di Giovanni Liotti: Il nucleo del Disturbo Borderline di Personalità: un'ipotesi integrativa (1999): <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/liotti-1.htm>. Dibattito su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm-lists/debates/metacogn.htm>.
- Foucault M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Gallimard (trad. it.: *Storia della follia nell'età classica*. Milano: Rizzoli, 1976).
- Freud A. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. Wien: Internationaler Psychoanalytischer Verlag (trad. it.: *L'io e i meccanismi di difesa*. Firenze: Martinelli, 1967. Anche in: *Scritti, Vol 1: 1922-1943*. Torino: Boringhieri, 1978).

- Freud A. (1965). *Normality and Pathology in Childhood*. New York: International Universities Press (trad. it.: *Normalità e patologia del bambino*. Milano: Feltrinelli, 1969).
- Freud S. (1905). Tre saggi sulla teoria sessuale. *Opere di Sigmund Freud*, 4: 443-546. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud S. (1908). Analisi della fobia di un bambino di cinque anni (Caso clinico del piccolo Hans). *Opere di Sigmund Freud*, 5: 481-589. Torino: Boringhieri, 1970.
- Freud S. (1910). Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (*dementia paranoides*) descritto autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber). *Opere di Sigmund Freud*, 6: 335-406. Torino: Boringhieri, 1974.
- Freud S. (1914). Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'Uomo dei lupi). *Opere*, 7, 483-593. Torino: Boringhieri, 1975.
- Giannotti A, Ferrara M. & Sabatello U. (1992). Psichiatria del bambino e dell'adolescente. In: *Enciclopedia Pedagogica*. Brescia: La Scuola, pp. 9576-9583.
- Glueck S. & Glueck E. (1950). *Unraveling Juvenile Delinquency*. New York: Commonwealth Fund.
- Gontard von A. (1988). The development of child psychiatry in 19th century Britain. *J. Child Psychiatry*, 29, 5: 569-588.
- Group for the Advancement of Psychiatry (1966). *Psychopathologic Disorders in Childhood: Theoretical Considerations and a Proposed Classification. GAP Report n. 62*. New York: GAP.
- Guaraldi G.P. & Caffo E., a cura di (1986). *Il DSM-III in età evolutiva. Diagnosi e classificazione dei disturbi psichici nell'infanzia e nell'adolescenza*. Milano: Masson.
- Hartmann H. (1937). Ich-Psychologie und Anpassungsproblem. *Internationale Zeitschr für Psychoanalyse*, 1939, 24: 62-135 (trad. ingl.: *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*. New York: Int. Univ. Press, 1958; trad. it.: *Psicologia dell'io e problema dell'adattamento*. Torino: Boringhieri, 1966).
- Hartmann H. (1964). *Essays on Ego Psychology*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *Saggi sulla Psicologia dell'io*. Torino: Boringhieri, 1976).
- Havens L. (1985). Historical perspectives on diagnosis in psychiatry. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 4: 326-336.
- Homburger A. (1926). *Vorlesungen über die Psychopathologie des Kindesalters*. Berlin: Springer.
- Itard J.-M.G. (1801). *Mémoire sur le premier développements de Victor de l'Aveyron* (trad. ingl.: *The Wild Boy of Aveyron*. New York: Century, 1932; trad. it. in: *Il fanciullo selvaggio*. Roma: Armando, 1970).
- Kanner L. (1935). *Child Psychiatry*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- Kanner L. (1944). Early infantile autism. *J. Pediatr.*, 25: 211.
- King P. & Steiner R., editors (1991). *The Freud-Klein Controversies 1941-1945*. London: Routledge.
- Knobloch H. & Pasamanick B. (1959). The syndrome of minimal cerebral damage in infancy. *JAMA*, 170: 1384.
- Lichtenberg J.D. (1983). *Psychoanalysis and Infant Research*. Hillsdale, NJ: Analytic Press (trad. it.: *La psicoanalisi e l'osservazione del bambino*. Roma: Astrolabio, 1988).
- Lichtenberg J.D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press (trad. it.: *Psicoanalisi e sistemi motivazionali*. Milano: Cortina, 1995).
- Lorr M., Klett L.S. & McNair D.M. (1963). A brief history of psychiatric classification. In: *Syndromes of Psychosis*. New York: Pergamon Press, chapter 19, pp. 145-161.
- Mahler M.S. (1968). *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Vol. I: Infantile Psychosis*. New York: Int. Univ. Press (trad. it.: *Le psicosi infantili*. Torino: Boringhieri, 1972).
- Mahler M.S., Pine F. & Bergman A. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books (trd. it.: *La nascita psicologica del bambino*. Torino: Boringhieri, 1978).
- Meazzini P., a cura di (1976). *Watson: antologia degli scritti*. Bologna: Il Mulino.
- Migone P. (1983). La diagnosi in psichiatria descrittiva: presentazione del DSM-III. *Psicoterapia e scienze umane*, XVII, 4: 56-90.

- Migone P. (1986). Come cambia la psicoanalisi americana: panorama degli aspetti sociologici e teorici. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CX, 4: 778-789.
- Migone P. (1992/99). I DSM dell'*American Psychiatric Association*. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*. Milano: Masson, 1992, vol. 2, cap. 37, pp. 857-861 (Prima Edizione); 1999, vol. 2, cap. 33, pp. 1026-1036 (Seconda Edizione).
- Migone P. (1995a). I DSM dell'*American Psychiatric Association*. In: Migone P., *Terapia psicoanalitica*. Milano: Franco Angeli, cap. 12.
- Migone P. (1995b). Alcuni problemi della diagnosi in psichiatria. *Il Ruolo Terapeutico*, 70: 28-31. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt70-95.htm>
- Migone P. (1996a). Il rapporto tra ICD-10 e DSM-IV. *Neurologia Psichiatria Scienze umane (N.P.S.)*, XVI, 4: 543-557.
- Migone P. (1996b). Panorama storico delle classificazioni psichiatriche. *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, LVII, 2/3: 226-245.
- Migone P. (1996c). Brevi note sulla storia della psichiatria in Italia. *Il Ruolo Terapeutico*, 71: 32-36. Edizione su Internet: <http://www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/ruoloter/rt71-96.htm>.
- Migone P. (1999a). Storia della classificazione dei disturbi in psichiatria. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. II, cap. 33, pp. 1011-1016.
- Migone P. (1999b). Introduzione alla psichiatria dell'età evolutiva. In: Pancheri P., Cassano G.B. et al. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria, Seconda Edizione*. Milano: Masson, 1999, vol. 3, cap. 69, pp. 2680-2691.
- Migone P. (1999c). Cenni storici e nosografia. In: Pancheri P. & Pfanner P. (a cura di), *Psicofarmacoterapia dei disturbi psichiatrici dell'infanzia e dell'adolescenza*. Firenze: Scientific Press, 1999, pp. 39-73.
- Mosse H.L. (1958). The misuse of the diagnosis of childhood schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 114: 791.
- Nardocci F., a cura di (1986). *Il bambino, la scienza, la società. Nuovi bisogni e sviluppi dei servizi di neuropsichiatria infantile*. Milano: Franco Angeli.
- Novelletto A. (1956). La psichiatria infantile in Francia. *Infanzia Anormale*, 17: 231-244.
- Hunter R. & Macalpine I., editors (1982). *Three Hundreds Years of Psychiatry: 1535-1860*. Hartsdale, NY: Carlisle.
- Parisi G. & Migone P. (1994). Gli albori della scuola inglese di psicoanalisi delle relazioni oggettuali: una nota su Ian D. Suttie. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, CXVIII, 5: 985-991.
- Potter H. (1933). Schizophrenia in children. *Am. J. Psychiatry*, 89: 1253.
- Provence S. & Lipton R.C. (1962). *Infants in Institutions: A Comparison of their Development with Family-Reared Infants During the First Year of Life*. New York: Int. Univ. Press.
- Rafferty F.T. et al. (1988). Resolved: Child and adolescent psychiatric practice in the 21st century will largely be hospital based. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27: 4.
- Roazen P. (1992). The rise and fall of Bruno Bettelheim. *The Psychohistory Review*, spring: 221-249 (trad. it.: Ascesa e caduta di Bruno Bettelheim. *Psicoterapia e scienze umane*, 1997, XXXI, 3: 13-43).
- Robins L.N. (1966). *Deviant Children Grown Up*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Roccatagliata G. (1982). *Le radici storiche della psicopatologia*. Napoli: Liguori.
- Rutter M. (1989). Isle of Wight revisited: twenty-five years of child psychitric epidemiology. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 28: 633-653.
- Rutter M., Lebovici L., Eisenberg L., Sneznevskij A.V., Sadoun R., Brooke E. & Lin T.Y. (1969). A tri-axial classification of mental disorders in childhood. *J. Child Psychol. & Psychiatry*, 10: 41-61.
- Rutter M., Shaffer D., Sheperd M. (1975). *An Evaluation of a Proposal for a Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Rutter M., Tizard J.R., Yule W. et al. (1976). Research report: Isle of Wight Studies 1964-1974. *Psychological Medicine*, 6: 313-332.
- Sachs R. & Hausmann I. (1926). *Nervous and Mental Disorders from Birth through Adolescence*. New York: Hoeber.

- Safford P.L. & Safford E.J. (1996). *A History of Childhood & Disability*. Foreword by Seymour Sarason. New York: Teachers College Press.
- Schatzman M. (1973). *Soul Murder: Persecution in the Family*. New York: Random House (trad. it.: *La famiglia che uccide*. Milano: Feltrinelli, 1973).
- Shorter H. (1996). *A History of Psychiatry: From the Era of Asylum to the Age of Prozac*. New York: Wiley (trad.it.: *Storia della psichiatria. Dagli ospedali psichiatrici al Prozac*. Milano: Masson, 2000).
- Schowalter J.E. (1994). The history of child and adolescent psychiatry. In: Michels R., editor, *Psychiatry*. Filadelfia: Lippincott, Vol. 2, chapter 1.
- Schwidder W. (1952). La psichiatrie infantile americaine. *Psychiatr. Infant*, 2: 537-570.
- Séguin E. (1846). *Traitment moral des idiots et des autres enfants arriérés (2a ed.: 1868)* (trad. it.: *L'idiota*. Introduzione di Giovanni Bollea. Roma: Armando, 1970).
- Solnit A.J. (1988). Resolved: child and adolescent psychiatry should stand separate from general psychiatry. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27, 5: 658-991.
- Spitz R.A. (1945). Hospitalization: an inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *Psychoanal. Study Child*, 1: 53-74.
- Spock B. (1945). *The Common Sense Book of Baby and Child Care*. New York: Duell, Sloane & Pearce.
- Sprenger J. e Krämer H. (1486-89). *Malleus Maleficarum*. London: Rodker, 1928 (trad. tedesca: 1906; trad. it.: *Il martello delle streghe. La sessualità femminile nel transfert degli inquisitori*. Venezia: Marsilio, 1982).
- Stern D. (1985). *The Interpersonal World of the Infant*. New York: Basic Books (trad. it.: *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Bollati Boringhieri, 1987).
- Stok F. (1981). *La formazione della psichiatria*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Stone M.H. (1973). Child psychiatry before the twentieth century. *Int. J. Child Psychotherapy*, 2: 264.
- Stone M.H. (1997). *Healing the Mind: A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*. New York: Norton.
- Szasz T. (1970). *Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition & the Mental Health Movement*. New York: Harper (trad. it.: *I manipolatori della pazzia*. Milano: Feltrinelli, 1972).
- Tustin F. (1972). *Autism and Childhood Psychoses*. London: Hogarth Press (trad. it.: *Autismo e psicosi infantili*. Roma: Armando, 1975).
- Veith I. (1957). Psychiatric nosology from Hippocrates to Kraepelin. *American Journal of Psychiatry*, 114: 385-393.
- Walker C.F. & Kirkpatrick B.B. (1947). Dilantin treatment for behavior problem children with abnormal electroencephalograms. *Am. J. Psychiatry*, 103: 484.
- Watson J.B. (1924). *Behaviorism*. New York: Norton.
- Wiener J.M. (1988). The future of child and adolescent psychiatry: if not now when? *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 27, 1: 1-7.
- Winnicott D.W. (1958). *Collected Papers. Through Pediatrics to Psycho-Analysis [1931-1956]*. New York: Basic Books (trad. it.: *Dalla pediatria alla psicoanalisi. Scritti scelti*. Firenze: Martinelli, 1975).
- World Health Organization (1946). *Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Revision 6 (ICD-6)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1978). *Manual of the International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death. Revision 9 (ICD-9)*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental Disorders and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: WHO (trad. it.: *ICD-10. Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: Descrizioni Cliniche e Direttive Diagnostiche* [a cura di D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobracc, L. Magliano]. Milano: Masson, 1992).
- World Health Organization (1993): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. WHO, Geneva (trad. it.: *ICD-10. Decima Revisione della Classificazione Internazionale delle Sindromi e dei Disturbi Psicici e Comportamentali: Criteri diagnostici per la ricerca* [a cura di D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobracc, L. Magliano]. Milano: Masson, 1994).

World Health Organization (1994). *Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Churchill Livingstone (trad. it.: *ICD-10. Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche* [CDCG]. *Criteri diagnostici per la ricerca* [DCR]. Milano: Masson, 1997)

World Health Organization (1996). *Multiaxial Classification of Child and Adolescent Disorders*. Cambridge: Cambridge Univ. Press (trad. it.: *Classificazione multiassiale dei disturbi psichiatrici del bambino e dell'adolescente*. A cura di Adriana Guareschi Cazzullo. Milano: Masson, 1997).

Ziehen T. (1917). *Die Geisteskrankheiten des Kindesalters*. Berlin: Reuther & Reinhard, 1926 (2a edizione).

Zilboorg G. & Henry G.W. (1941). *A History of Medical Psychology*. New York: Norton (trad. it.: *Storia della psichiatria*. Milano: Feltrinelli, 1963).