

Approcci diagnostici alla psichiatria della prima infanzia

Different diagnostic systems in early childhood psychiatry

F. MURATORI, S. MAESTRO, G. VALVO

Dipartimento di Neuroscienze dello Sviluppo, IRCCS "Stella Maris", Università di Pisa

Parole chiave. — Diagnosi - Sistema diagnostico 0-3 - Approcci dimensionali

Key words. — *Diagnosis - Diagnostic classification 0-3 - Dimensional diagnosis*

Per invito
Invited article

Summary

During the last twenty years, different attempts have been made to create a diagnostic classification of mental disorders in infancy and early childhood. By means of a review of the literature, we describe the revision of the Diagnostic Classification: 0-3, the criteria formulated by the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (RDC-PA); the diagnostic system proposed by Greenspan (ICDL) and some dimensional systems based on children's behaviours (CBCL and ITSEA) or temperament. We discuss critical and strength points of each system, and propose some guidelines for future development of research in assessment and diagnosis in infant mental health.

Negli ultimi venti anni, a partire dalla preparazione e pubblicazione della Classificazione Diagnostica: 0-3⁶⁷, la ricerca nel campo della salute mentale infantile ha portato ad un'importante trasformazione delle conoscenze dei disturbi psicopatologici precoci^{11 21 50}. La consapevolezza dell'importanza della diagnosi precoce e del trattamento tempestivo come elementi in grado di modificare il corso naturale delle malattie, è stato il motore che ha permesso lo sviluppo della ricerca in questo ambito ed è stato possibile avviare l'osservazione sistematica di gruppi omogenei di bambini, di conoscere meglio i diversi pattern della psicopatologia, e aumentare le conoscenze sui fattori che possono contribuire a determinare i disturbi e le malattie. Il miglioramento delle capacità diagnostiche e il parallelo uso di *Check list* sintomatologiche ha permesso di avere le

prime stime di prevalenza dei problemi comportamentali ed emozionali nei bambini piccoli. Lo studio di Briggs-Gowan⁸, condotto su una popolazione generale di bambini di 2-3 anni ha messo in evidenza una prevalenza di tali problemi del 11,8%, un valore non lontano dalla prevalenza dei disturbi psichiatrici nelle età successive. Grazie agli stessi strumenti è stato anche possibile condurre studi longitudinali che hanno permesso di esplorare la continuità o discontinuità dei disturbi nelle varie età della vita, e portare in evidenza una generale tendenza al persistere dei disturbi precoci nei bambini più grandi^{9 31 39 49}. Infine, le nuove possibilità diagnostiche hanno aumentato le conoscenze circa i fattori di rischio e i fattori protettivi^{29 30 36 48}, e a loro volta lo studio di questi fattori ha portato in primo piano il concetto di resilienza⁵⁶ attraverso il quale è stato ridefinito il complesso rapporto tra fattori endogeni, a forte determinazione genetica, e fattori ambientali nella patogenesi dei disturbi.

La ricerca tesa alla classificazione diagnostica dei disturbi psicopatologici che si manifestano nella prima infanzia risulta di fondamentale importanza per almeno tre motivi. Da un lato fornisce al clinico informazioni su come condurre la valutazione del bambino piccolo; dall'altro rappresenta per i ricercatori un utile strumento per organizzare le osservazioni ed acquisire un linguaggio comune in grado di aumentare lo scambio tra ricercatori su dati relativi a disturbi distinti; in terzo luogo permette di porre le basi per lo sviluppo di trattamenti specifici per singoli disturbi e di avviare la ricerca sui fattori terapeutici⁶⁴. Infatti, rispetto agli approcci preventivi^{10 40 52}, l'approccio alla psicopatologia basato sulla diagnosi ha come fine ultimo quello di evitare, attraverso la promozione di programmi terapeutici specifici, il consolidamento di pattern disfunzionali²⁵.

Nello studio della prima infanzia la Classificazione diagnostica: 0-3 (DC:0-3) ha costituito il primo strumento diagnostico che ha cercato di soddisfare la necessità di disporre di un approccio complementare al DSM-IV ed in grado di colmare le sue insufficienze quando si cerca di applicarlo alle età più precoci. In realtà prima della DC:0-3 vi era già stato in Europa un tentativo di classificazione della psicopatologia della prima infanzia proposta dalla scuola di psicosomatica di Parigi³⁷. Questo sistema ormai dimenticato proponeva anch'esso una diagnosi pluriassiale organizzata su tre assi: quello sintomatico, quello etiopatogenetico e quello strutturale.

La DC:0-3, grazie alla sua forma pluriassiale, consente di valutare in modo completo sia i sintomi del bambino, che il suo funzionamento e le sue relazioni, ed i fattori biologici e di stress ambientale associati. Con alcune categorie diagnostiche questa classificazione ha cercato di descrivere il modo in cui malattie già ben identificate nei bambini più grandi, negli adolescenti e negli adulti, possono manifestarsi in età più precoci. Con altre categorie sono state invece proposte nuove formulazioni diagnostiche età-specifiche; i Disturbi di Regolazione e i Disturbi Multisistemici dello Sviluppo rappresentano infatti due categorie diagnostiche innovative che hanno consentito al clinico della prima infan-

zia di iniziare ad operare utili distinzioni all'interno di quel vasto gruppo di bambini difficili da diagnosticare e che spesso vengono frettolosamente definiti come affetti da ritardo psicomotorio o disarmonia dello sviluppo; bisogna, infatti, considerare che le sottocategorie di questi due disturbi di asse I hanno permesso di operare un'ampia differenziazione di quadri clinici all'interno dei ritardi o atipie di sviluppo⁵¹ che da sempre rischiano di costituire un magma psicopatologico informe o un calderone che accoglie bambini anche molto diversi tra di loro. Uno degli aspetti innovativi della DC:0-3 è stata inoltre l'introduzione di un intero asse dedicato ai disturbi della relazione tra il bambino e i suoi *caregivers*. In questo asse sono confluiti i molti lavori che si erano andati accumulando negli anni '80 sulla importanza delle relazioni primarie e dei loro disturbi, e che erano state riassunte nel volume "I disturbi della relazione nella prima infanzia" pubblicato nel 1988 a cura di Sameroff ed Emde⁵⁸. Questo insieme di studi, identificati poi come appartenenti alla *Infant Research*, avevano portato a considerare le relazioni precoci come coesenziali allo sviluppo del bambino, alla strutturazione della sua personalità, e alla costruzione delle rappresentazioni interne delle relazioni precoci che vanno a determinare nelle età successive i suoi stili relazionali e spesso i sintomi. A partire dalla sua pubblicazione nel 1994 diversi gruppi sia negli USA^{41 47 63 65} che in Europa^{16 19 28 35 46 59} hanno applicato nella loro pratica clinica la DC:0-3 e le più importanti esperienze applicative sono state pubblicate nel 2003 in un numero monografico del *Infant Mental Health Journal*. Tuttavia, nonostante questo sforzo, la validità ed attendibilità di questo sistema diagnostico rimane il suo punto critico più importante che ha guidato la revisione del sistema²². Prima di prendere in esame tale revisione è utile segnalare come la DC:0-3 sia una classificazione ampiamente usata fino ai cinque anni, e che d'altra parte si tende attualmente a considerare una unica fascia di età – cosiddetta prescolare – che comprende tutti i bambini fino ai cinque anni compiuti. Pertanto non è possibile al momento attuale avere chiare informazioni relative alla psichiatria dei soli primi tre anni di vita. Tuttavia riteniamo che ciò debba essere fatto al più presto per non correre il rischio di dimenticare la specificità dello sviluppo del bambino prima dei tre anni e le profonde differenze con i bambini tra i tre e i cinque anni a cui andrebbe limitata la dizione di prescolari.

La nuova versione della DC:0-3 (2005)

In analogia con gli altri sistemi di classificazione diagnostica, concepiti come sistemi vivi che necessitano di essere continuamente riesaminati ed aggiornati, nell'Agosto 2005 è stata pubblicata una forma rivista della DC:0-3. La *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition* (DC:0-3R)⁶⁸, è il prodotto di due anni di lavoro teso ad aggiornare i criteri di classificazione alla luce delle nuo-

ve conoscenze derivate sia dalla revisione della letteratura che dall'esperienza clinica, ed anche enucleare le aree di persistente ambiguità. Prima di prendere in esame le modifiche a livello dei singoli Assi è opportuno riassumere alcune delle innovazioni presenti nella DC:0-3R in due grandi aree:

1. maggiore operazionalizzazione dei criteri diagnostici. Si tratta della caratteristica che più contribuisce ad avvicinare la nuova DC:0-3R al DSM-IV. Operazionalizzare vuol dire infatti definire una variabile in modo che possa essere quantitativamente misurata e a questo scopo la DC:0-3R ha cercato di incorporare i criteri diagnostici sviluppati nel frattempo da un gruppo di psichiatri della *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* (vedi RDC-PA). Ciò ha portato a considerare un elenco di sintomi come specifici di alcune categorie diagnostiche, il numero di sintomi necessari per porre diagnosi, la loro durata e presenza in vari contesti. Questa operazionalizzazione riguarda ora molte delle categorie diagnostiche; ma essa è particolarmente evidente nella nuova descrizione dei Disturbi d'ansia e dei Disturbi depressivi collocati dalla DC:0-3R all'interno dell'unica categoria dei Disturbi affettivi. Per quanto riguarda i disturbi depressivi ad esempio vengono descritte quattro caratteristiche (1 - significativo cambiamento dell'umore; 2 - persistenza e 3 - pervasività dei sintomi; 4 - ridotto funzionamento globale) che devono essere osservate tutte per porre diagnosi di disturbo depressivo, e successivamente nove sintomi di cui almeno cinque (tra cui obbligatoriamente o l'umore depresso/irritabile o la perdita di piacere) devono essere presenti, per almeno due settimane, al fine di poter porre diagnosi di Depressione Maggiore. Se confrontiamo questi criteri con quelli presenti nella precedente Classificazione, è evidente che siamo di fronte ad uno stringente spostamento della DC:0-3R verso quei criteri categoriali tipici del DSM-IV. La stessa cosa per ora non è stata fatta relativamente ai cosiddetti Disturbi da comportamento dirompente (ADHD, disturbo della condotta e disturbo oppositivo-provocatorio) che la DC:0-3R mantiene come appartenenti ad una area che necessita di ulteriori studi.

2. Introduzione di nuove *rating scales*, *check list* e linee guida. Questo aspetto della nuova classificazione contribuisce a migliorare la precisione del clinico nella valutazione degli altri assi. Esso è anche la conferma dell'importanza che la multiassialità ha per questa classificazione. Per quanto riguarda l'Asse II, la DC:0-3R è ora dotata oltre che di una più precisa PIR-GAS (*Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale*) per la valutazione quantitativa della relazione (con una più chiara differenziazione tra perturbazione, disturbo, disordine, e la identificazione di un cut-off che discrimina il più grave disordine dal disturbo-perturbazione), anche di una *Relationship Problems Check list* che consente al clinico di descrivere la relazione dal punto di vista qualitativo (iper- o ipo-coinvolta, ecc.) sulla base dell'osservazione della qualità dei comportamenti, del tono affettivo e del coinvolgimento psicologico. Per quanto riguarda l'Asse IV (Agenti psicosociali di stress) è stata introdotta la *Psychosocial and Environmental Stressor Checklist* che fornisce una serie di item appar-

tenenti a diverse aree (famiglia, ambiente sociale, ambiente educativo, problemi economici, salute, problemi connessi alla criminalità) e che diventa di importanza determinante quando siamo di fronte ad un Disturbo post-traumatico da stress o ad una relazione maltrattante. Viene poi fornita una *Rating Scale* per la valutazione dello sviluppo emotivo e sociale che permette di prendere in considerazione lo sviluppo a livello dei sei stadi proposti da Stanley Greenspan (attenzione e regolazione; capacità di stabilire relazioni/coinvolgimento reciproco; comunicazione intenzionale a due vie; gesti complessi e *problem-solving*; uso di simboli per esprimere pensieri e sentimenti; capacità di legame logico tra simboli e pensiero astratto). È opportuno qui anticipare che Stanley Greenspan uno dei maggiori fautori della prima DC:0-3 non ha fatto parte della nuova Task Force e che nel frattempo come vedremo ha elaborato un nuovo sistema di classificazione del tutto indipendente dalla DC:0-3R. Infine viene rielaborata la linea guida per il ragionamento diagnostico del clinico proposta da Wright⁶⁶. In particolare viene fornita una linea guida per la diagnosi di Asse I ed di Asse II in 11 punti. La linea guida sottolinea l'importanza di dare priorità alla diagnosi di Disturbo post-traumatico da stress (per l'urgenza del trattamento qualora presente), quindi di valutare la presenza di lutti, e poi nell'ordine valutare la presenza di problemi di regolazione, di problemi affettivi e di problemi di relazione e comunicazione. Nell'albero decisionale viene confermata la possibilità, da prendere sempre in considerazione, di porre diagnosi esclusiva di disturbo di asse II anche in assenza di disturbi di asse I.

Tenendo in considerazione queste due linee su cui si è sviluppata la nuova DC:0-3R possiamo passare in rassegna alcuni punti più o meno problematici relativi all'Asse I (Diagnosi primaria). L'importanza del disturbo post-traumatico è sottolineata dal fatto che è stata modificata la sua denominazione in modo da enfatizzarne il parallellismo con la medesima categoria diagnostica del DSM-IV; all'interno di questa area è stato isolato il "Disturbo da deprivazione/maltrattamento" (in cui pare essere confluito il Disturbo dell'attaccamento reattivo a maltrattamento/carenza di cure affettive collocato in precedenza tra i disturbi affettivi), di cui sono descritti tre pattern (Inibito o emotivamente ritirato; Indiscriminato o disinibito; Misto), ed è precisata la sua stretta relazione con l'Asse II e l'Asse IV. Tale disturbo si verifica in condizioni di deprivazione e maltrattamento, incluso una persistente e grave trascuratezza genitoriale, o un documentato abuso fisico e/o psicologico. Secondo le nuove linee guida, il Disturbo post-traumatico da stress deve essere considerato come prima diagnosi, quando il disturbo del comportamento o delle emozioni è in presenza di una chiara condizione di stress (espressa da continuo ritorno al tema traumatico; gioco post-traumatico; incubi; episodi dissociativi; angoscia al momento del racconto). Nell'ambito dei Disturbi dell'affettività è stato eliminato il "Disturbo dell'identità di genere" che per ora non trova collocazione in nessuna altra parte della Classificazione. I Disturbi d'ansia (differenziati in Ansia di separazione; Fobie specifiche; Disturbo d'ansia sociale; Disturbo d'ansia generalizzata; Disturbo d'an-

sia non altrimenti specificato) e i Disturbi depressivi (Tipo I - Depressione maggiore; Tipo II - Disturbo depressivo non altrimenti specificato), sono quelli per cui lo sforzo di operazionalizzazione è stato maggiore, e per la definizione dei quali si è fatto maggiore riferimento ai RDC-PA (vedi). La diagnosi di questi disturbi deve comunque essere presa in considerazione quando le difficoltà del bambino non sono lievi, né di breve durata, e quando non è presente una chiara vulnerabilità somatica, o un grave e recente evento stressante. Al contrario, se i problemi di natura affettiva o comportamentale del bambino, sono lievi o della durata inferiore a quattro mesi, ed associati a chiari eventi ambientali, dovrebbe essere presa in considerazione come prima diagnosi il Disturbo dell'adattamento che non subisce sostanziali modificazioni nella nuova Classificazione rispetto alla DC:0-3 precedente.

Anche i Disturbi della regolazione non hanno subito sostanziali modificazioni se non nella etichetta diagnostica in quanto sono stati ridefiniti in modo più preciso come "Disturbi della regolazione dei processi sensoriali" al fine di evidenziare che la caratteristica principale di questi disturbi è la difficoltà di processazione sensoriale, di cui le difficoltà motorie e i pattern comportamentali restano un effetto a valle. Sono rimasti invariati anche i tre sottotipi (ipersensibile, iporeattivo, impulsivo) e i criteri si mantengono in questo caso in un ambito piuttosto narrativo-dimensionale. La presenza di questi disturbi nella DC:0-3R senza una operazionalizzazione dei criteri sembra in questo caso essere l'espressione di una diversità di posizioni, all'interno della nuova Task Force, tra il non voler rinunciare ad una diagnosi innovativa e che ha avuto notevole successo ed utilità clinica, e l'assenza di sufficienti studi clinici che indichino con maggior precisione cluster sintomatologici condivisibili e supportati dalla ricerca.

La classificazione dei Disturbi Multisistemici dello Sviluppo (DMSS) rappresenta un'altra area di incertezza. Ciò è in relazione ai molti lavori che si sono venuti sviluppando nel corso degli anni intercorrenti tra la prima e la seconda formulazione della DC:0-3 nel campo della diagnosi precoce dei Disturbi dello Spettro Autistico (DSA) e alla possibilità ormai accertata di poter porre diagnosi di Disturbi dello Spettro Autistico a partire dai 24 mesi di vita^{14 24 62}. Per questo motivo c'è chi sostiene che la diagnosi di DMSS non è necessaria ed, anzi, potrebbe essere confusiva (pare che tra questi possa essere collocato lo stesso Stanley Greenspan che è stato il principale fautore di questa diagnosi nella prima DC:0-3 e che ora nella sua nuova classificazione ha eliminato tale etichetta diagnostica a favore di un concetto unitario di disturbi neurobiologici dello sviluppo che comprende tutti i DSA). Altri tuttavia sostengono che, proprio in considerazione del fatto che la diagnosi precoce di DSA non è così stabile come le diagnosi poste nelle età successive^{17 45}, questa diagnosi possa essere ancora utile. Si è così arrivati al compromesso di considerare tuttora possibile l'uso della categoria diagnostica dei DMSS (mantenendo gli stessi criteri generali e i tre pattern) ma di limitarla tassativamente ai bambini di età inferiore ai 24 mesi per i quali i criteri attuali non permettono di porre diagnosi di DSA, ma che

presentano un disturbo globale dello sviluppo nel quale la compromissione della relazione e della comunicazione è fortemente associata a difficoltà nella processazione degli stimoli sensoriali e nella pianificazione motoria, e che mantengono una prognosi aperta ad evoluzioni diverse dai DSA. Secondo le nuove linee guida, in presenza di un disturbo della regolazione che trascina con sé un importante disturbo della relazione e della comunicazione, la diagnosi di DMSS deve avere la precedenza sulla diagnosi di Disturbo di regolazione dei processi sensoriali.

Significative modifiche sono state apportate anche nell'ambito dei Disturbi del sonno e dei Disturbi dell'alimentazione, nelle quali sono stati recuperati gli studi di Sadeh⁵⁷ sui Disturbi dell'addormentamento e sui Disturbi da frequenti risvegli notturni (è stato precisato nella DC:0-3R che questi disturbi possono essere diagnosticati solo in bambini di età superiore ai 12 mesi, età in cui si presuppone che il pattern del sonno sia ormai sufficientemente stabile) e gli studi di Chatoor¹⁵ sui diversi disturbi dell'alimentazione (vedi Lucarelli in questo numero monografico).

Vengono infine identificate alcune aree cliniche che necessitano di ulteriori studi per poter arrivare ad essere considerate come categorie diagnostiche autonome in età precoce. Tra queste deve essere segnalato lo spinoso problema relativo alla possibilità di fare diagnosi di Disturbo da comportamento dirompente nell'infanzia ed in età prescolare. È infatti noto che se da una parte iperattività, aggressività, scarso controllo degli impulsi, oppositorietà, sono tra i più frequenti motivi di consultazione anche in età precoce, essi possono tuttavia confondersi con difficoltà del tutto fisiologiche nel controllo degli impulsi e nella acquisizione delle regole³³. Sono però anche sempre più numerosi gli studi che segnalano la possibilità di porre diagnosi di Disturbo da comportamento dirompente in età prescolare ed anche prima dei tre anni³⁴. In questo caso la DC:0-3R rimanda semplicemente ai criteri dei RDC-PA senza però per il momento farli propri, come invece ha fatto per il disturbo depressivo maggiore.

I Research Diagnostic Criteria-Preschool Age (RDC-PA)

È bene innanzitutto dire che si tratta di criteri sviluppati per la ricerca e che pertanto si collocano ad un livello completamente diverso rispetto alla DC:0-3R che viene proposta come strumento d'uso comune per il clinico. Essi sono stati pubblicati nell'Agosto 2002 (reperibili in www.infantinstitutione.org), riguardano esclusivamente i disturbi di asse I, e sono guidati non da criteri basati sullo sviluppo ma dalla volontà di poter identificare i disturbi descritti nel DSM-IV nei primi cinque anni di vita (RDC-PA 2003)⁵³. I disturbi presi in considerazione sono: i disturbi da deficit di attenzione e comportamento dirompente (ADHD; disturbo della condotta; disturbo oppositivo-provocatorio), i disturbi dell'alimentazione, il disturbo d'ansia di separazione, il disturbo reattivo dell'attacca-

mento, i disturbi dell'umore e il disturbo depressivo maggiore, il disturbo post-traumatico da stress, i disturbi del sonno. Per ciascuno di questi disturbi vengono definiti i criteri del DSM-IV utilizzabili in età prescolare, quelli non utilizzabili e quelli che necessitano di modificazioni specifiche in relazione all'età. Le conclusioni della Task Force sono basate su una serie di lavori scientifici condotti sui singoli disturbi: Keenan per i disturbi da comportamento dirompente^{33 34}, Luby per i disturbi dell'umore^{42 43 44}, Scheeringa per il PTSD^{60 61}, Sadeh per i disturbi del sonno⁵⁷, Chatoor per i disturbi dell'alimentazione¹⁵, Boris per il disturbo reattivo dell'attaccamento⁶. Questi lavori hanno preso in considerazione la attendibilità, la *face validity*, la validità descrittiva, la validità predittiva e la validità del costrutto di queste categorie diagnostiche. Bisogna tuttavia dire che le casistiche descritte nei lavori sono essenzialmente costituite da bambini di età compresa tra i 3 e i 5 anni e che pertanto i RDC-PA sono utilizzabili (ad eccezione dei disturbi dell'alimentazione) solo per i bambini di età prescolare e non nei primi tre anni di vita. I RDC-PA identificano inoltre come aree di futura ricerca due campi clinici: quello dei disturbi bipolari e quello della inibizione comportamentale (su quest'ultimo quadro clinico si sofferma G. Levi in questo numero monografico).

Nell'articolo di presentazione dei RDC-PA (2003) vengono identificati i quattro principi che hanno guidato la loro formulazione: 1) restare molto aderenti al DSM-IV; 2) non inferire gli stati mentali; 3) non includere i comportamenti dei genitori che causano sintomi nei bambini; 4) mantenere una distinzione chiara tra sintomi e disabilità. Si tratta di quattro principi che aprono non pochi interrogativi²³. Su di essi è opportuno soffermarsi per evidenziarne le differenze rispetto alla DC:0-3R. Con il primo principio si rinuncia volutamente ad una ottica orientata allo sviluppo attraverso la creazione, come dicono gli autori, di una 'barricata' contro la creazione di nuovi sintomi età specifici basati su evidenze aneddotiche; viene esclusa a priori la possibilità che esistano disturbi specifici delle età più precoci come espressione del linkage tra sviluppo e psicopatologia. Esso inoltre incoraggia nei clinici l'assunto, di cui non si ha ancora evidenza, che esista una continuità certa tra i disturbi infantili e quelli delle età successive. Il secondo principio può essere fuorviante per il clinico che viene invitato a focalizzarsi solo sul comportamento sintomatico maladattivo senza soffermarsi sulla sofferenza soggettiva, dimenticando così la capacità del bambino anche piccolo di esprimere i propri stati d'animo e il ruolo dell'empatia nel processo diagnostico. Viene ingenuamente affermato che il bambino piccolo non è capace di riportare pensieri e stati mentali interni. Il terzo principio salta a piè pari la natura relazionale della mente umana e le conoscenze sulla interdipendenza dei sistemi di regolazione del bambino da quelli dei suoi *caregivers*. In realtà, per alcuni disturbi (PTSD, maltrattamento, disturbi dell'alimentazione) la relazione è parte integrante della diagnosi; per altri vi sono già sufficienti evidenze sulla importanza della relazione che va ben al di là del rapporto causale. Il quarto principio appare a prima vista assolutamente condivisibile ma in realtà è difficile da compren-

dere alla luce del terzo principio poiché per il bambino piccolo le difficoltà di funzionamento si manifestano essenzialmente nella relazione con gli adulti.

Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood (ICDL-DMIC)

Questo sistema di classificazione dei disturbi proposto da un gruppo interdisciplinare di professionisti coordinato da Stanley Greenspan, e pubblicato nel 2005³², si colloca all'estremo opposto rispetto ai RDC-PA appena descritti. L'ottica è infatti totalmente orientata sullo sviluppo piuttosto che sulle costellazioni sintomatologiche, e il sistema è piuttosto dimensionale che categoriale. Inoltre esso è basato sul cosiddetto DIR Model²⁷ secondo il quale tutti i disturbi vengono letti dal punto di vista dello sviluppo (*Developmental - D*), delle differenze individuali a livello dei meccanismi di processazione sensoriale (*Individual differences - I*), e delle capacità relazionali (*Relationship based - R*). Si tratta di un sistema multiassiale nel quale accanto all'asse I (diagnosi primaria) vengono valutati altri sei Assi (Sviluppo emotivo e funzionale; Processazione sensoriale e capacità di regolazione; Linguaggio; Capacità visuospaziali; Patterns familiari e relazionali; Stress; Diagnosi mediche o neurologiche). Alcuni di questi assi (il III relativo alla processazione sensoriale e il IV relativo al linguaggio) si riferiscono in realtà a descrizioni già presenti nell'asse I e pertanto vanno concepiti come opzione addizionale offerta al clinico per la demarcazione del grado in cui la processazione sensoriale e il linguaggio sono compromesse anche in altri disturbi di asse I. L'asse II fa riferimento alla stessa valutazione dello sviluppo emotivo e funzionale già presente come asse V nella DC:0-3R. La validità di questo sistema di valutazione, già presente nella prima DC:0-3, è confermata dal fatto che esso è stato assunto, come *Social-Emotional Growth Chart* all'interno delle nuove scale Bayley-III. L'asse VI è relativo ai *patterns* familiari e relazionali, ed è concepito come complementare all'asse II di questa classificazione. Esso può erroneamente apparire come del tutto sovrapponibile all'Asse II della DC:0-3R. Esso infatti non è orientato sulla relazione come fattore di rischio o come possibile diagnosi principale di disturbo, quanto piuttosto sulla valutazione della relazione come fattore protettivo dello sviluppo del bambino. In tal senso esso si basa sulla valutazione della capacità del *caregiver* di sostenere il bambino in ciascuno dei sei livelli dello sviluppo emotivo e funzionale. Quando tale capacità è difettosa possono essere identificati in modo qualitativo i diversi stili del pattern familiare (iperstimolante; ritirato; caotico; rigido; evitante; ecc). Infine il clinico viene invitato a dare un giudizio globale sul funzionamento familiare su quattro livelli (pienamente supportivo; difficoltà minori in una sola area dello sviluppo; difficoltà significative a livello di più aree dello sviluppo; difficoltà maggiori che minano alla base le fondamenta dello sviluppo emotivo e funzionale del bambino come la capacità di intimità e di relazione). L'Asse VII (Stress) e l'Asse VIII (Disturbi di interesse medico) so-

no molto simili ai paralleli Assi della DC:0-3R. L'asse V relativo alle capacità visuospatiali è un asse del tutto innovativo in quanto abitualmente non presente nelle classificazioni dei disturbi mentali. La sua presenza è una chiara testimonianza del team multidisciplinare che ha contribuito a questa classificazione, ed anche del suo orientamento basato sullo sviluppo precoce del bambino nel quale le competenze visuospatiali svolgono un ruolo centrale. Alla descrizione di questo asse vengono dedicate molte pagine con una attenzione specifica a sei capacità dello sviluppo (consapevolezza del proprio corpo; collocazione del corpo nello spazio; rapporti spaziali degli oggetti e degli altri rispetto a sé; conservazione dello spazio; ragionamento visivo logico; rappresentazione visuospatiali), per ciascuna delle quali viene descritto, in modo analitico anno per anno, il livello di funzionamento nel corso dei primi cinque anni di vita. All'asse I (Diagnosi principale) vengono dedicate 150 delle 300 pagine di questo sistema di classificazione. Il costrutto di questo asse non è del tutto chiaro ma è evidente il suo orientamento empirico-descrittivo e non basato su agglomerati di sintomi e su casistiche. Inoltre essendo basato su una particolare teorizzazione dello sviluppo infantile esso è difficilmente comprensibile ed utilizzabile al di fuori del quadro teorico di riferimento rappresentato dal DIR. I disturbi di Asse I sono raggruppati in cinque grandi classi. Nella prima denominata 'Disturbi Interattivi' confluiscono tutti i disturbi propriamente psichiatrici (disturbi affettivi, disturbi dirompenti, PTSD, disturbi dell'alimentazione e disturbi del sonno, ecc.); per ciascuno di questi disturbi viene descritto il pattern comportamentale, il percorso evolutivo e le implicazioni terapeutiche. Le altre quattro classi sono relative a problemi identificabili come problemi di sviluppo: Disturbi della processazione sensoriale e di regolazione (ampiamente sovrapponibili ai paralleli disturbi presenti nella DC:0-3R); Disturbi del Linguaggio; Disturbi dell'Apprendimento; Disturbi neurobiologici della relazione e della comunicazione. Ci soffermeremo in particolare su quest'ultima classe di disturbi nella quale confluiscono i disturbi dello spettro autistico ed anche i disturbi multisistemici. Emerge da questa nuova classificazione un abbandono definitivo della categoria diagnostica dei DMSS da parte di chi, circa dieci anni prima, l'aveva fortemente sostenuta e introdotta nella DC:0-3. Ma soprattutto emerge ancora una volta una concezione della diagnosi basata sullo sviluppo, sulla osservazione dei punti di forza e di debolezza, e fortemente orientata alla terapia, e quindi una concezione della diagnosi molto diversa da quella oggettivante ed ateorica del DSM-IV a cui fanno invece riferimento i RDC-PA ed in parte anche la DC:0-3R. Nella concezione dei Disturbi neurobiologici della relazione e della comunicazione restano in realtà presenti molti dei concetti che avevano guidato l'introduzione dei DMSS. Viene innanzitutto data grande importanza al ruolo dei disturbi di processazione sensoriale e di pianificazione motoria nella fisiopatologia del disturbo. In secondo luogo vengono identificati quattro sottotipi clinici che ricordano i diversi pattern dei DMSS in quanto descritti non in modo categoriale, ma piuttosto secondo criteri che prendono in considerazione alcune

dimensioni dello sviluppo quali il simbolismo, il *problem solving*, la capacità di stabilire legami e l'iniziativa tesa a raggiungere uno scopo. I quattro sottotipi vengono quindi a distribuirsi in un ampio spettro clinico che va da bambini con capacità simboliche discretamente sviluppate a bambini totalmente privi della capacità di compiere azioni con uno scopo. In terzo luogo fa parte della descrizione in sottotipi una ottica prognostica e terapeutica a partire da gradi diversi di impatto che il disturbo neurobiologico centrale può avere sullo sviluppo delle connessioni tra affetti e sistema sensoriale-motorio.

Approcci dimensionali

Anche se i sistemi dimensionali, in genere basati su *Check list* comportamentali, non portano ad identificare sintomi specifici di determinati disturbi, essi hanno tuttavia contribuito allo sviluppo dei sistemi diagnostici in vario modo. Hanno permesso di compiere stime epidemiologiche, hanno approfondito il tema della continuità dei disturbi nelle varie epoche della vita, hanno definito le due grandi aree psicopatologiche dei disturbi internalizzati ed esternalizzati, hanno contribuito alla definizione della ereditarietà dei disturbi. Per questi vari motivi è utile descrivere qui i più importanti.

Il sistema di valutazione su base empirica di Achenbach (*Achenbach System of Empirically Based Assessment - ASEBA*)³ comprende una serie di strumenti standardizzati che analizzano un ampio spettro di problemi emozionali e comportamentali in tutte le fasce d'età fino all'età adulta. Come è noto essa individua, sulla base della valutazione della frequenza dei comportamenti del bambino su una scala Likert, tre punteggi principali altamente correlati alla presenza di un disturbo clinico di tipo internalizzato, esternalizzato o misto. Nel 2000 Achenbach e Rescorla hanno apportato importanti modifiche alla forma per il secondo e terzo anno di vita della *Child Behavior Check List*¹ proposta nel 1987. La CBCL/1.5-5² è un questionario compilato dai genitori per la cui descrizione e standardizzazione italiana si rimanda all'articolo di Frigerio²⁶. Pre-me qui sottolineare lo sforzo compiuto in questa nuova formulazione di far derivare dalle scale empiriche classiche (che identificano non diagnosi ma costellazioni di comportamenti e di sintomi), cinque nuove scale dette *DSM-Oriented* (Problemi affettivi; Problemi d'ansia; Problemi pervasivi dello sviluppo; Problemi di iperattività e deficit d'attenzione; Problemi di oppositorietà e provocazione) che risultano fortemente associate alle categorie diagnostiche del DSM-IV². Sebbene esse non equivalgano precisamente ad una diagnosi clinica, tuttavia, si sono dimostrate utili come strumento di screening. Inoltre la nuova CBCL è dotata di uno strumento per la valutazione del linguaggio^{54 55} e quindi essa si mostra particolarmente utile sia per lo studio delle correlazioni tra disturbi del linguaggio e psicopatologia, che per la valutazione della compromissione del linguaggio nei diversi disturbi psicopatologici.

Pur considerando di estrema importanza l'osservazione del bambino e delle sue relazioni, l'ASEBA cerca di superare le difficoltà legate al fatto che il comportamento del bambino piccolo è molto variabile. Lo stato fisico, il momento del giorno, il contesto, il partner presente, la presenza dell'osservatore sono tutti fattori che giustificano questa variabilità, per cui anche un'assessment clinico approfondito, svolto in diversi *setting* e in diversi giorni coglie solo alcuni aspetti del bambino, il quale d'altro lato spesso non è in grado di descrivere i suoi sintomi. L'ASEBA cerca di superare questi limiti basando la propria valutazione sui report dei genitori e dei *caregiver* che conoscono bene il bambino e che quindi possono avere una sua visione più estensiva.

Uno strumento simile alla CBCL è stato recentemente proposto da alcuni ricercatori della Yale University^{7 12 13}. È da segnalare che la *Infant-Toddler Social and Emotional Assessment* (ITSEA) è uno strumento specificatamente pensato per bambini tra i 12 e i 36 mesi, e non semplicemente un adattamento all'età infantile di uno strumento pensato per i bambini più grandi come è stato per la CBCL. Essa si propone pertanto come una misurazione del comportamento del bambino maggiormente basata sullo sviluppo. Il profilo che si ottiene, oltre all'area internalizzata e a quella esternalizzata introduce anche una terza area diagnostica relativa alla regolazione. Ciascuna di queste tre aree contiene alcune subscale ad orientamento diagnostico con le quali gli autori hanno cercato di condensare categorie del DSM e della DC:0-3. Così il dominio internalizzato è composto dalle subscale depressione-ritiro, ansia generalizzata, ansia di separazione, e inibizione comportamentale; il dominio esternalizzato è composto dalle subscale iperattività-impulsività, aggressività-provocazione, aggressione verso i pari; il dominio della regolazione comprende i disturbi del sonno e della alimentazione, la sensibilità sensoriale e l'emozionalità negativa. Inoltre l'ITSEA è dotata di un quarto dominio che è quello delle competenze (attenzione, adattamento, motivazione, imitazione e gioco, empatia, relazioni prosociali con i pari) e che nelle intenzioni degli autori è di grande importanza per identificare i punti di forza su cui basare l'intervento terapeutico. Della ITSEA che richiede circa 30 minuti per la somministrazione esiste poi una forma abbreviata particolarmente adatta come strumento di screening.

In terzo luogo bisogna citare gli strumenti per identificare il temperamento dei bambini. Infatti, anche se le caratteristiche temperamentali possono essere meglio concettualizzate come fattori di rischio psicopatologico, esse possono anche essere viste come una precoce espressione della psicopatologia. Più si scende nella scala dello sviluppo più diventa tenue il confine tra una marcata dimensione temperamentale e la insorgenza precoce di un disturbo. In tal senso si vengono delineando tre dimensioni temperamentali estreme che hanno molti punti in comune con le diagnosi cliniche. Esse tra l'altro sono costruite attorno a pattern di comportamenti spesso del tutto sovrapponibili a quelli di check list come la CBCL o l'ITSEA. Si tratta della affettività negativa (costituita da tristezza, paura, rabbia, frustrazione, scarso adattamento e alta intensità emoziona-

le) che secondo vari studi è in grado di predire un disturbo psicopatologico sia internalizzato che esternalizzato; della inibizione comportamentale (costituita da timidezza, paura, ritiro di fronte a situazioni nuove, ansia) che è in grado di predire la comparsa di disturbi depressivi e d'ansia; della disinibizione comportamentale (costituita da alta ricerca di novità, basso evitamento del danno, irri- tabilità) che è fortemente correlata con i disturbi dirompenti.

Conclusioni

Mentre vi è un generale accordo sul fatto che i bambini anche molto piccoli sperimentano sintomi emozionali o comportamentali che possono ostacolare il loro sviluppo ed interferire con il loro funzionamento sociale ed emotivo, non vi è tuttora consenso sul fatto che tali sintomi anche se aggregati possono andare a costituire un insieme diagnostico etichettabile in una categoria.

Con questo quesito in mente Helen Egger e Adrian Angold della Duke University hanno sviluppato a partire dal 1998 la *Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA) un'intervista ai genitori per la diagnosi dei disturbi psichiatrici in bambini dai due ai cinque anni ²⁰. Nella costruzione di questa intervista (che potrebbe in futuro diventare uno strumento parallelo alle interviste tipo Kiddie-SADS o CAPA usate per la diagnosi categoriale in bambini più grandi) questi autori hanno preso in considerazione i sintomi descritti dai vari sistemi diagnostici (DSM e RDC-PA, DC:0-3, CBCL e ITSEA) descritti in questo articolo, ad eccezione della ICDL, e li hanno collocati in una intervista che nelle intenzioni degli autori è come una mappa stradale che guida l'intervistatore nella giungla dei comportamenti che possono essere sintomi precoci di malattia. Accanto all'area sintomatologica la PAPA considera però anche le funzioni di regolazione e di relazione mantenendo in tal modo una ottica orientata allo sviluppo. Essa sembra uno strumento particolarmente promettente e la sua introduzione in ambito clinico potrà indubbiamente costituire un importante passo in avanti per la ricerca nel campo dei disturbi mentali del bambino piccolo. Grazie alla sua organizzazione interna essa potrà contribuire al superamento delle difficoltà derivanti dai rapidi cambiamenti nello sviluppo del bambino durante i primi anni di vita, dall'im maturità dei processi di autoregolazione, dalla dipendenza dall'altro per la riconquista dell'omeostasi, e dal rapido viraggio da momenti di benessere a momenti di irri tabilità ⁵. Tutte difficoltà che rendono particolarmente problematico a questa età distinguere le normali variazioni dalla norma dai segni di patologia. In considerazione di ciò molti ricercatori si chiedono se sia possibile o opportuno fare diagnosi ad una età così precoce, quando è molto alto il rischio che le differenze individuali vengano considerate sintomi, che la diagnosi sia troppo dipendente dalla percezione dei genitori o dei clinici, e che non venga tenuto in adeguato conto il fatto che il comportamento problematico del bambino piccolo non è collocato solo nel bambino ma nella relazione con i genitori e l'ambiente allargato.

Questi rischi possono essere ridotti se, oltre alla ricostruzione sintomatologica compiuta con i genitori per mezzo di interviste e check list, il bambino viene osservato direttamente per un periodo congruo di tempo e in diverse situazioni interattive: durante l'intervista con i genitori, in una seduta di gioco con i genitori, in una situazione di breve separazione e riunione dai genitori ed infine con il bambino da solo. L'approccio diagnostico dovrebbe inoltre includere fonti multiple di informazione sia circa la storia del bambino, che il suo comportamento, le sue relazioni, i sistemi di supporto, i fattori di rischio e quelli protettivi¹⁸.

La diagnosi che deriva da queste multiple informazioni ed osservazioni può permettere oltre che ad arrivare ad una diagnosi più precisa, anche di sviluppare con i genitori una comprensione condivisa della sintomatologia del bambino, di identificare il livello di sviluppo raggiunto dal bambino, di definire se il bambino è in una condizione di rischio o di patologia, ed anche di potenziare una relazione genitore-bambino facilitante lo sviluppo. Ma in tal modo potrà soprattutto essere superata la dicotomia tra due metodi di valutazione e diagnosi³⁸. Quello di tipo quantitativo rappresentato da interviste derivate dal DSM-IV che sono centrate sui sintomi; e quello più tradizionale che usa interviste aperte, il gioco e il materiale proiettivo, che è di tipo piuttosto qualitativo e si pone alla ricerca del significato. La spinta alla biforcazione invece che all'integrazione di questi due metodi è una caratteristica serpeggiante della odierna psichiatria ed essa, come abbiamo visto, rischia di invadere anche il campo per ora preservato della psichiatria della prima infanzia. L'adozione di un corretto protocollo di valutazione in grado di consentire una diagnosi accurata, può anche fornire le basi per l'intervento che, a questa età, dobbiamo pensare come un fattore esterno protettivo capace di impedire alle prime deviazioni di consolidarsi in pattern stabili non adattivi di funzionamento, e quindi impedire una organizzazione non ottimale di quelle strutture cerebrali la cui maturazione è dipendente dall'esperienza. Dobbiamo cioè tenere presente che nel momento in cui di fronte ad un bambino piccolo ci si accinge a fare diagnosi nello stesso tempo entriamo nel campo della prevenzione e del trattamento. Dal punto di vista dello sviluppo infatti non si può essere interessati solo alla presentazione dei sintomi ma anche alla loro emergenza, che a sua volta apre la via alla comprensione del significato, consapevoli che è solo conoscendo le modalità di insorgenza e il significato dei sintomi che potremo pianificare l'intervento.

In conclusione potremmo ipotizzare un utilizzo degli strumenti descritti in questa review secondo un piano che a partire dalla applicazione della DC:0-3R, che rimane il gold standard del lavoro diagnostico nella prima e seconda infanzia, cerca di enucleare costellazioni sintomatologiche specifiche seguendo i RDC-PA quando possibile. Parallelamente sarà di grande utilità avere le informazioni dei genitori sistematizzate all'interno degli strumenti dimensionali; questi strumenti oltre a poter essere utilizzati come una conferma dell'*asses* -

ment clinico diretto possono anche fornire una fotografia attuale del bambino utile per valutazioni longitudinali o di efficacia dei trattamenti. Infine possiamo tenere l'ICDL come un manuale di consultazione che apre la via alla formulazione di piani di trattamento basati sullo sviluppo e sulla relazione.

Riassunto

Nel corso degli ultimi venti anni sono stati sviluppati diversi tentativi di classificazione diagnostica dei disturbi mentali dei bambini piccoli. Attraverso una revisione della letteratura vengono descritti la revisione della Classificazione Diagnostica 0-3, i criteri formulati dalla società americana di psichiatria infantile (RDC-PA), il sistema proposto da Greenspan (ICDL) e alcuni sistemi dimensionali basati sui comportamenti dei bambini (CBCL e ITSEA) o sul temperamento. Vengono discussi i punti di forza e i punti critici di ciascun sistema e vengono proposte infine alcune linee guida per lo sviluppo futuro della ricerca in questo ambito.

Bibliografia

- ¹ Achenbach TM. *Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry 1992.
- ² Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/1?5 and C-TRF*. Burlington: University of Vermont; Department of Psychiatry 2000. Available at: www.ASEBA.org.
- ³ Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for ASEBA Preschool Forms & Profiles*. Burlington: University of Vermont; Research Center for Children; Youth and Families 2000.
- ⁴ Angold A, Egger HL. *Psychiatric diagnosis in preschool children*. In: Del Carmen-Wiggins R, Carter A. eds. *Handbook of Infant, toddler, and preschool mental health assessment*. Oxford: Oxford University Press 2004.
- ⁵ Benes FM. *Developmental changes in stress adaptation in relation to psychopathology. Special issue: Neural plasticity, sensitive periods, and psychopathology*. *Dev Psychopat* 1994;6:723-9.
- ⁶ Boris NW, Zeanah CH, Larrieu JA, Scheeringa MS, Heller SS. *Attachment disorders in infancy and early childhood: a preliminary investigation of diagnostic criteria*. *Am J Psychiat* 1998;155:295-7.
- ⁷ Briggs-Gowan MJ, Carter AS. *Preliminary acceptability and psychometrics of the Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): a new adult-report questionnaire*. *IMHJ* 1998;19:422-55.
- ⁸ Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Skuban EM, McCue Horwitz S. *Prevalence of social emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-years-old children*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2001;40:811-9.
- ⁹ Briggs-Gowan M, Carter AS, Bosson-Heenan J, Guyer AE, Horwitz SM. *Are Infant-Toddler Social-Emotional and Behavioral Problems Transient?* *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 2006;45;7:849-58.
- ¹⁰ Brooks-Gunn J, McCarton CM, Casey PH, McCormick MC, Bauer CR, Bernbaum JC, et al. *Early intervention in low-birth-weight premature infants. Results through age 5 years from the infant health and development program*. *J Am Med Ass* 1994;272:1257-62.
- ¹¹ Campbell SB. *Behavior problems in preschool children: a review of recent research*. *J Child Psychol Psychiat* 1995;36:113-49.
- ¹² Carter AS, Briggs-Gowan M. *The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)*. New Haven: Yale University; Department of Psychology 1999.

- ¹³ Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Ornstein Davis N. *Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice*. J Child Psychol Psychiat 2004;45:1:109-34.
- ¹⁴ Charman T, Taylor E, Drew A, Cockherill H, Brown JA, Baird G. *Outcome at 7 years of children diagnosed with autism at age 2: predictive validity of assessment conduct at 2 and 3 years of age and pattern of symptom change over time*. J Child Psychol Psychiat 2005;46:500-13.
- ¹⁵ Chatoor I. *Feeding disorders in infants and toddler: diagnosis and treatment*. Child Adolesc Psychiat Clin North Am 2002;11:163-83.
- ¹⁶ Cordeiro MJ, Caldeira Da Silva P, Goldschmidt T. *Diagnostic Classification: Results from a clinical experience of three years with DC:0-3*. IMHJ 2003;24:4:349-64.
- ¹⁷ Cox A, Klein K, Charman T, Baird G, Baron-Cohen S, Swettenham J, et al. *Autism spectrum disorders at 20 and 42 months of age: stability of clinical and ADI-R diagnosis*. J Child Psychol Psychiat 1999;40:719-32.
- ¹⁸ Del Carmen-Wiggins R, Carter AS. *Assessment of Infant and Toddler Mental Health: Advances and Challenges*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:1:8-9.
- ¹⁹ Dunitz M, Scheer PJ, Kvas E, Macari S. *Psychiatric diagnoses in infancy: a comparison*. IMHJ 1996;17:12-23.
- ²⁰ Egger HL, Angold A. *The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children*. In: Del Carmen R, Carter AS, eds. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental assessment*. New York: Oxford University Press 2004.
- ²¹ Egger HL, Angold A. *Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology*. J Child Psychol Psychiat 2006;47:3-4:313-37.
- ²² Emde RN, Wise BK. *The cup is half full: initial clinical trials of DC:0-3 and recommendation for revision*. IMHJ 2003;24:4:437-46.
- ²³ Emde RN. *RDC-PA: A Major Step Forward and Some Issues*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2003;42:12:1513-6.
- ²⁴ Filipek P, Accardo A, Baranek GT, Cook E, Dawson G. *The screening and diagnosis of autism spectrum disorders*. J Aut Dev Dis 1999;29:439-84.
- ²⁵ Fonagy P. *Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy*. IMHJ 1998;19:2:124-50.
- ²⁶ Frigerio A, Cozzi P, Pastore V, Molteni M, Borgatti R, Montirosso R. *La valutazione dei problemi emotivo-comportamentali in un campione italiano di bambini in età prescolare attraverso la CBCL e il C-TRF*. Inf Adol 2006;5:24-37.
- ²⁷ Greenspan SI, Wieder S. *The child with special needs*. Cambridge: Perseus Pub. Trad. it. a cura di Muratori F. Roma: Fioriti 1998.
- ²⁸ Guédény N, Guédény A, Rabouam C, Mintz A-S, Danon G, Huet MM, et al. *The Zero-To-Three Diagnostic Classification: A contribution to the validation of this classification from a sample of 85 under-threes*. IMHJ 2003;24:313-36.
- ²⁹ Harrington R. *Casual processes in development and psychopathology*. Br J Psychiat 2001;179:93-4.
- ³⁰ Harrington R, Bredenkamp D, Groothues C, Rutter M, Fudge H, Pickles A. *Adult outcomes of childhood and adolescent depression. III. Links with suicidal behaviours*. J Child Psychol Psychiat 1994;35:1305-19.
- ³¹ Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. *Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: a 14-year follow-up study*. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2000;39:850-8.
- ³² Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders. *Diagnostic Manual for Infancy and Early Childhood, Mental Health, Developmental, Regulatory-Sensory Processing, Language and Learning Disorders* ICDL-DMIC 2005.
- ³³ Keenan K, Wakschlag LS. *More than the terrible twos: the nature and severity of disruptive behavior problems in clinical-referred preschool children*. J Abnorm Psychol 2000;28:33-46.
- ³⁴ Keenan K, Wakschlag L. *Can a valid diagnosis of disruptive behavior disorder be made in preschool children?*. Am J Psychiat 2002;159:351-8.
- ³⁵ Keren M, Feldman R, Tyano S. *A five-year Israeli experience with the DC:0-3 classification system*. IMHJ 2003;24:4:337-48.

- ³⁶ Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. *How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping and proxy risk factors.* Am J Psychiat 2001;158:848-56.
- ³⁷ Kreisler L. *Psychopathologie du premier age.* Revue de neuropsychiatrie infantile 1978;26;5-6:237-55.
- ³⁸ Jellinek MS, McDermott JF. *Formulation: Putting the Diagnosis Into a Therapeutic Context and Treatment Plan.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2004;43;7:913-6
- ³⁹ Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, Binns HJ, Christoffel K, Gibbons RD. *Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnosis.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1998;37:1246-54.
- ⁴⁰ Levenstein P. *The Mother-Child Home Program: Research methodology and the real world.* In McCord J, Tremblay RE, eds. *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence.* New York: Guilford Press 1992, pp. 43-66.
- ⁴¹ Lieberman AF, Barnard KE, Wieder S. *Diagnosing infants, toddlers, and preschoolers: The Zero to Three Diagnostic Classification of Early Mental Disorders.* In: Del Carmen-Wiggins R, Carter AS. *Handbook of Infant, toddler, and preschool mental health assessment.* Oxford: Oxford University Press 2004.
- ⁴² Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Hessler MJ, Brown KM, Hildebrand T. *Preschool major depressive disorder: preliminary validation for developmentally modified DSM-IV criteria.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2002;41:928-37.
- ⁴³ Luby JL, Heffelfinger AK, Mrakotsky C, Brown KM, Hesler ML, Wallis ML, et al. *The clinical picture of depression in preschool children.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2003;42:340-8.
- ⁴⁴ Luby JL, Mrakotsky C, Heffelfinger A, Brown K, Hessler M, Spitznagel E. *Modification of DSM-IV criteria for depressed preschool children.* Am J Psychiat 2003;160:1169-72.
- ⁴⁵ Maestro S, Milone A, Casella C, Muratori F, Palacio-Espasa F. *L'esordio dei Disturbi pervasivi dello sviluppo attraverso lo studio dei filmati familiari.* IMAGO 1997;3:197-208.
- ⁴⁶ Maestro S, Cosenza A, Parrini B, Muratori F. *Eventi Traumatici e Disturbi Multisistemici dello Sviluppo.* IMAGO 2001;1:39-45.
- ⁴⁷ Maldonado-Duran M, Helmig L, Moody C, Fonagy P, Fulz J, Lartigue T, et al. *The Zero-To-Three Diagnostic Classification in an infant mental health clinic: Its usefulness and challenges.* IMHJ 2003;24;4:378-97.
- ⁴⁸ Mesman J, Koot HM. *Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnosis.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:1029-36.
- ⁴⁹ Mesman J, Bongers IL, Koot HM. *Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems.* J Child Psychol Psychiat 2001;42:679-89.
- ⁵⁰ Muratori F. *Nuovi panorami clinici nella psichiatria della prima infanzia.* Inf Adol 2003;2;2:59-67.
- ⁵¹ Muratori F, Cosenza A, Parrini B. *Disturbi Multisistemici dello Sviluppo.* In: Ammaniti M. *Manuale di Psicopatologia dell'Infanzia.* Milano: Raffaele Cortina 2001.
- ⁵² Olds D, Kitzman H. *Review of research on home visiting for pregnant women and parents of young children.* Home visiting, Fut Children 1993;3:54-92.
- ⁵³ *RDC-PA Task Force Reserach Diagnostic Criteria for Infants and Preschool Children: The Process and empirical Support.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2003;42;12:1504-12.
- ⁵⁴ Rescorla L. *The Language Development Survey: A screening tool for delayed language in toddlers.* J Speech Lang Hear Dis 1989;54:587-99.
- ⁵⁵ Rescorla L, Alley A. *Validation of the Language Development Survey: A parent report tool for identifying language delay in toddlers.* J Speech Lang Hear Res 2001;44:434-45.
- ⁵⁶ Rutter M. *Resilience: Some conceptual considerations.* J. Adol Health 1993;14:626-631.
- ⁵⁷ Sadeh A, Anders T. *Infant sleep problems: origins, assessment, interventions.* IMHJ 1993;14:469-70.
- ⁵⁸ Sameroff A, Emde R. *Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach.* New York: Basic Books 1989.
- ⁵⁹ Scheer P, Dunitz-Scheer M, Schein A, Wilken M. *DC:0-3 in Pediatric Liaison Work with early eating behavior disorders.* IMHJ 2003;24;4:428-36.
- ⁶⁰ Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA, Zeanah CH. *Toward establishing procedural, criterion discriminant validity for PTSD in early childhood.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:52-60.

-
- ⁶¹ Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Purnam FW. *New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2003;42:561-70.
- ⁶² Stone WL, Lee EB, Ashford L, Brissie J, Hepburn SL, Coonrod EE, et al. *Can autism be diagnosed accurately in children under three years?.* J Child Psychol Psychiat 1999;40:219-26.
- ⁶³ Thomas JM, Guskin KA. *Disruptive behavior in young children: What does it mean?.* J Am Acad Child Adolesc Psychiat 2001;40:44-51.
- ⁶⁴ Van Ijzendoorn MH, Juffer F, Duyvesteyn MGC. *Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: A review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security.* J Child Psychol Psychiat 1995;36:225-48.
- ⁶⁵ Weston DR, Thomas JM, Barnard KE, Wieder S, Clark R, Carter AS, Fenichel E. *DC: 0-3 assessment protocol project: defining a comprehensive information set to support DC: 0-3 diagnostic formulation.* IMHJ 2003;24;4:410-27.
- ⁶⁶ Wright C, Northcutt C. *Schematic decision trees for DC: 0-3.* IMHJ 2004; 25;3:171-4.
- ⁶⁷ Zero-to-Three, National Center for Infants, Toddlers, and Families *Diagnostic Classification: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood.* Washington: Zero to Three Press 1994.
- ⁶⁸ Zero-To-Three, National Center for Clinical Infant Programs *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition (DC: 0-3R).* Washington: Zero To Three Press 2005.