

I disturbi psicopatologici dalla prima infanzia all'età adulta

Psychopathological disorders from early childhood to adulthood

D. KNAUER

Professore Incaricato presso la Facoltà di Medicina di Ginevra-Svizzera; Servizio di Psichiatria del Bambino e dell'Adolescente. Ginevra, Svizzera.

Parole chiave: Studio longitudinale - continuità e discontinuità - Disturbi affettivi - disturbi della relazione e della comunicazione - centro terapeutico diurno.

Key words: Longitudinal study - Continuity - Risk - Affective disorders - Relating and Communicating Disorders - Day Centre

Per invito
Invited article

Summary

This prospective longitudinal study, from preschool age to adulthood carried out on children who had been early treated in the Jardin d'enfants thérapeutique has followed two different diagnostic groups at preschool age: 1) with Relating and Communicating Disorders; 2) with Affective Disorders. These two groups showed a significantly different trajectory between childhood and adult age. Affective disorders had a significantly better evolution than Relating and Communicating Disorders, with two different destinies, and a major psychopathological continuity for cases with severe disorders. However, these long-term results provide demonstration of good evolution after adolescence, up to adult age, for all subjects. This is particularly true when the psychoaffective treatments had already begun at an early age, or were repeated as a part of a long-term programme.

Introduzione

La psichiatria infantile si trova a dover fronteggiare due questioni principali: quali sono le cure più appropriate che consentono una ripresa evolutiva nel più breve tempo possibile e quale sarà il destino di questi bambini nel tempo fi-

no all'età adulta? La psicopatologia precoce è causa di una predominanza di continuità o di discontinuità nel lungo termine? Abbiamo cercato di rispondere a queste domande impegnandoci a svolgere delle valutazioni regolari dei nostri diversi approcci terapeutici, come le nostre ricerche nel campo delle psicoterapie brevi e precoci, così come i nostri studi catamnestici sui bambini colpiti in maniera più grave che sono stati trattati nei centri diurni.

È a partire da una ricerca effettuata su una popolazione in età prescolare, curata presso il *Jardin d'Enfants Thérapeutique* (JET), centro diurno per bambini a rischio, e seguita da uno studio catamnestico fino all'età adulta, che illustreremo il nostro argomento. In questo modo, scopriremo come possono evolvere questi bambini a rischio, curati in maniera intensiva nella prima infanzia, e quale sarà il loro destino una volta raggiunta l'età adulta^{5 6}.

Diverse teorie dello sviluppo hanno ispirato il nostro lavoro terapeutico, offrendoci una trama interpretativa dell'espressione sintomatica del bambino: fondamentalmente, prendiamo spunto dalla teoria psicodinamica così come dagli aspetti sistemici interdipendenti dei fattori transgenerazionali, ed osserviamo le qualità e gli stili delle interrelazioni familiari secondo gli approcci associati alla teoria dell'attaccamento, mediante lo studio delle interazioni reali ed osservabili e, infine, mettiamo in relazione le interrelazioni genitori-figli osservate con le proiezioni e le rappresentazioni fantasmatiche genitoriali ed i conflitti legati alla genitorialità⁸. Consideriamo tutti questi elementi come una base di organizzazione mentale all'origine dello sviluppo della vita fantasmatica nel neonato e delle sue identificazioni successive⁹. Una definizione in termini di struttura della personalità si applica rigorosamente solo a partire dall'età di latenza, ma è possibile farne una descrizione a partire dall'età prescolare, tra 4 e 5 anni, come una prospettiva o una tendenza probabile verso una certa organizzazione difensiva.

Grazie alle recenti scoperte, sia derivate dalle osservazioni psicodinamiche che dalle ipotesi legate alle neuroscienze, è ormai certa l'importanza di intervenire precocemente in una costellazione interattiva patogena o una deviazione dello sviluppo: il sistema psichico rimane aperto fintantoché le strutture dei comportamenti non sono ancora fissate, in una sorta di "visione del mondo" esteriore ed interiore. Sembra che la protezione risieda in esperienze suscettibili di ridurre la serie negativa di reazioni che si susseguono a partire dai rischi precoci. L'apertura a nuove opportunità dipende dalla promozione del senso del *self* e dell'autostima, e dagli studi a lungo termine emerge che questo processo può verificarsi lungo tutto il corso della vita, e che esperienze razionali positive possono indirizzare delle traiettorie non solo durante l'infanzia, ma anche nell'età adulta.

Pertanto, i dati della ricerca attuale non possono che incoraggiarci a continuare il nostro lavoro, dal momento che ci conducono su sentieri meglio segnalati ed oggettivano le intuizioni cliniche con prove stabilite, tanto più che si constatano progressi ben noti nelle interrelazioni precoci quando è possibile avviare un follow-up terapeutico adeguato^{2 3 4}.

Si tratta in particolare di studi longitudinali in cui gli stessi soggetti sono esaminati a più riprese dandoci i risultati più affidabili, per testare le nostre ipotesi predittive e confermare o sconfessare le ipotesi causali che li accompagnano¹⁰. Il tempo reale di studio si dimostra quindi assolutamente necessario e le moltiplicazioni delle misure nel tempo aumentano l'affidabilità dei risultati, riducendo gli effetti dovuti alle variazioni relative alle osservazioni e alle influenze ambientali¹¹. Analogamente, Rutter e Quinton hanno potuto dimostrare che le malattie mentali dei genitori erano più frequentemente associate a psicopatologie persistenti nei loro figli, piuttosto che ad un disturbo psicologico registrato una volta nel tempo¹².

Dall'età prescolare all'età adulta: come valutare i bambini curati presso il (JET).

Questo studio longitudinale prospettico dalla prima infanzia all'età adulta, su 20 bambini che sono stati curati presso il JET, ha seguito l'evoluzione di due gruppi di diagnosi di base, costituiti da una parte dai Disturbi di Relazione e di Comunicazione e dall'altra dai Disturbi Affettivi. Dall'inizio delle cure, si sono presentati due diversi destini evolutivi, evidenziando una maggiore continuità psicopatologica nei casi più gravi.

I risultati a lungo termine confermano però l'importanza delle cure iniziate precocemente e proseguite a lungo termine, in quanto hanno permesso un proseguimento evolutivo ancora importante, tra l'adolescenza e l'età adulta per tutti i soggetti.

Abbiamo seguito in modo prospettivo lo sviluppo fino all'età adulta, su un gruppo di 20 soggetti, che sono stati curati presso il JET del Servizio di Psichiatria del Bambino e dell'Adolescente degli Ospedali Universitari di Ginevra^{5,6}.

Questo studio definito da noi "Giovani Adulti" è stato preceduto da due studi catamnestici, il primo nell'età di Latenza⁷ e il secondo nell'adolescenza¹.

Il Jardin d'Enfants Thérapeutique

Il JET è un centro di cure pluridisciplinare che riunisce le diverse specialità utili in psichiatria dell'infanzia e che cura una dozzina di bambini e le loro famiglie all'anno, di età compresa tra 2 e 5 anni, accolti 5 giorni la settimana, dalle ore 9 alle 15. Il JET accoglie bambini con disturbi e a rischio, in età prescolare, in un quadro educativo giornaliero. La durata media del soggiorno dei bambini di questo studio è di 17 mesi. Ai bambini sono offerte cure multidisciplinari individuali o in gruppo: psicomotricità, logopedia, risveglio della comunicazione e dell'apprendimento, psicoterapia. Ai genitori sono offerti aiuti al rapporto genitori/figlio: colloqui terapeutici madre e/o coppia di genitori, gruppo settimanale dei genitori, guida interattiva genitori/figlio o madre/figlio. Il JET è conosciuto come un luogo di cure destinato a migliorare sia i rapporti tra genitori e figli che le capacità del bambino stesso, e a promuovere la socializza-

zione del bambino riguardo al gruppo di bambini. Grazie allo svolgimento di numerose attività di gioco libero (stimolazione della simbolizzazione) e di gioco strutturato (stimolazione delle attività di attenzione e di concentrazione), le educatrici suscitano dei legami di attaccamento, in un clima di sicurezza e di stabilità. Il confronto con nuovi modelli razionali stimola il sorgere di espressioni emozionali e di interazione più varie e simbolizzate, appartenenti ad un'esperienza affettiva correttiva. Una volta usciti, verso il centro scolastico o verso un altro istituto pedago-terapeutico, i bambini continuano a beneficiare di cure specifiche, secondo i loro bisogni.

I periodi di Valutazione sono stati i seguenti:

E1: Entrata al JET;	n=20;	Età media: 3.2
E2: Uscita dal JET;	n=20;	Età media: 4.6
E3: Età scolare o Latenza;	n=20;	Età media: 9.1
E4: Adolescenza;	n=10;	Età media: 15.6
E5: Età adulta;	n=20;	Età media: 23.2

L'esame nell'età adulta corrisponde alla terza o quarta valutazione dello stesso soggetto.

La popolazione è composta di 11 maschi e 9 femmine.

Metodo e Variabili

Il colloquio clinico e l'esame delle facoltà cognitive del bambino sono effettuati in ciascuna fase della valutazione. Il colloquio clinico con i genitori viene effettuato fino all'adolescenza. L'esame clinico adulto è stato completato da un questionario sugli accadimenti di vita – *life events* – e un questionario sui tratti della personalità – auto-questionario (IPDE) – al fine di esaminare le variabili della diagnosi, del Quoziente Intellettivo (QI), del funzionamento globale, delle caratteristiche della personalità, di inserimento sociale, e della qualità dei rapporti genitori/figli.

I 20 soggetti del nostro studio sono stati divisi a caso in due gruppi diagnostici da 10 soggetti. Il gruppo disturbo di relazione e di comunicazione (secondo la griglia da 0 a 3 anni) corrisponde al Disturbo Pervasivo dello Sviluppo o ai Disturbi relativi a molteplici campi dello sviluppo (MSDD) in cui predominano la presenza di ritardi nello sviluppo, il più delle volte gravi, a livello motorio, del linguaggio, cognitivi e di capacità di simbolizzazione.

Il gruppo Disturbi Affettivi (secondo la griglia da 0 a 3 anni) manifesta la presenza di Disturbi Ansiosi, dell'Umore, Disturbo Misto dell'Espressione Emozionale e Disturbo dell'Attaccamento reattivo alle situazioni di carenza nella prima infanzia con inibizioni spesso importanti delle funzioni dello sviluppo e il rischio di accumulare ritardi.

Evoluzione delle Diagnosi

1) Diagnosi all'entrata e all'uscita dal JET

L'evoluzione delle diagnosi dall'Entrata all'Uscita dal JET, ci permette di constatare che all'Uscita, solo il 20% dei casi presenta ancora un Disturbo di Relazione e di Comunicazione. L'altro 80% si è evoluto verso una diagnosi di Disturbo Affettivo. La differenza è statisticamente significativa tra la diagnosi di entrata e la diagnosi di uscita dal Jet ($X^2(1) = 5,00$; $p < 0.03$) verso un quadro clinico meno grave.

All'uscita dal Jet, il 100% dei bambini presenta ancora una diagnosi, ma un buon numero di questi ha mostrato un'evoluzione straordinaria verso capacità di simbolizzazione, di espressione del linguaggio e di comunicazione, nonostante i disturbi di ordine affettivo siano ancora presenti.

Abbiamo potuto constatare come le patologie di relazione e di comunicazione, vicine alla psicosi, possono essere mobilizzate grazie a queste cure intensive: infatti, solo 4 soggetti, che soffrivano di disturbi psicotici gravi, sono rimasti nella stessa categoria diagnostica all'uscita dal centro diurno.

2) Latenza e adolescenza

Alla valutazione dell'età di Latenza, e nell'adolescenza, solo il 70% dei bambini ha una diagnosi. Per quanto riguarda la distribuzione delle diagnosi, è interessante notare come nell'età di Latenza, i Disturbi Affettivi rivelino una predominanza dei Disturbi Internalizzati, con una diminuzione dei Disturbi Esternalizzati e dei disturbi del comportamento. Questi dati confermano anche le origini affettive dei disturbi del comportamento della prima infanzia che nell'età di Latenza si esprimono in termini di affetti depressivi. La totalità dei bambini che non hanno diagnosi nell'età di Latenza, non presentano neanche diagnosi nell'età adulta. Dei 14 bambini che hanno una diagnosi nella Latenza, la maggioranza presenta una diagnosi nell'età adulta ⁷ ($X^2(1) = 10,49$; $p < 0.001$) in modo statisticamente significativo. L'età di Latenza sarebbe un momento determinante per confermare la presenza o l'assenza di difficoltà psicologiche del soggetto in fase di sviluppo? Questa constatazione richiama in modo particolare il nostro interesse, in vista delle necessarie previsioni che lo psichiatra infantile è portato a fare, e in vista delle considerazioni in termini di rischi ulteriori, in particolare nell'adolescenza e più avanti nell'età adulta, nelle valutazioni dei bisogni nelle strutture di cura, e per ogni forma di indicazione di assunzioni utili.

È stato difficile tirare le conclusioni sul gruppo degli adolescenti, a causa del numero troppo piccolo di casi esaminati, se non per constatare che non c'è stato un aggravamento dei quadri clinici in quel momento, ma una continuità del tutto interessante con le difficoltà vissute nell'età di latenza. Questa scoperta ha rafforzato in noi l'idea che la patologia dell'adolescenza si costruisce progressivamente, in particolare a partire dalle difficoltà psicologiche incontrate precocemente o già nell'età di latenza.

3) Età adulta

Nell'età adulta, i Disturbi della Personalità prendono il posto delle diagnosi esistenti, compresi ovviamente i Disturbi Affettivi e dell'Umore, o dando vita ad una continuità di Disturbi Psicotici della Prima Infanzia. I Disturbi Affettivi lievi associati ad una buona evoluzione generale sono inclusi nel gruppo di Assenza di Diagnosi. Non abbiamo riscontrato patologie Psicotiche nell'età adulta, dal momento che i due casi più colpiti hanno avuto un'evoluzione verso un Disturbo Grave della Personalità. Nell'età adulta, solo il 55% dei soggetti è ancora portatore di una diagnosi, sebbene il 45% dei nostri soggetti presenti un'Assenza di Diagnosi nell'evoluzione a lungo termine, risultato che non solo ci ha sorpreso ma che ci ha anche incoraggiato sul valore terapeutico degli interventi precoci ed intensivi in pedopsichiatria. Tra il tipo di diagnosi all'entrata nel JET e la presenza o l'assenza di diagnosi nell'età adulta, rileviamo una differenza significativa ($X^2(1) = 5.05$; $p < 0.05$). Esiste una differenza di evoluzione palese tra i due gruppi di Diagnosi all'Entrata, dal momento che, nell'età adulta, i soggetti che hanno sofferto di Disturbi di Relazione e di Comunicazione presentano una diagnosi di Disturbo della Personalità in 8/10 casi, mentre i soggetti che hanno sofferto di Disturbi Affettivi hanno una diagnosi di Disturbo della Personalità in 3/10 casi.

I Quozienti Intellettivi, Evoluzioni e Rapporti con le Diagnosi

I valori medi dei QI nelle diverse valutazioni sono abbastanza diversi a seconda del tipo di diagnosi stabilita all'entrata nel JET. I bambini con Disturbi di Relazione hanno, in media, dei QI inferiori a quelli con Disturbi Affettivi. ($F(1,18) = 12.71$; $p < 0.01$). Un altro aspetto da rilevare è quello della stabilità nel tempo dei QI nei due gruppi. I bambini con Disturbi di Relazione hanno un QI medio di 82 nella Prima Infanzia e un QI medio di 82.4 nell'età adulta. Nel gruppo di bambini con Disturbi Affettivi, il QI è 98.2 all'entrata nel JET e 100.3 nell'età adulta. L'analisi di Varianza tra le diverse diagnosi ed i QI mostra che vi è una relazione significativa tra la diagnosi all'entrata nel JET ed i QI misurati durante la Prima Infanzia, la Latenza e l'età adulta.

Il Ritardo Mentale

Considerato a partire da un QI totale uguale o inferiore a 75, nessuno dei bambini con diagnosi precoce di Disturbo Affettivo presenta ritardi mentali nell'età adulta, contrariamente ai bambini con diagnosi di Disturbi di Relazione e di Comunicazione, di cui circa il 40% è colpito da ritardo mentale nell'età adulta ($X^2(1) = 5$; $p < 0.05$).

La caratteristica più importante di questo attentato alle funzioni cognitive è quella della sua continuità psicopatologica: senza miglioramenti prima dell'età di 6 anni, l'insediamento di un ritardo tende a proseguire fino all'età adulta.

Valutazione Globale del funzionamento: CGAS e EGF

I bambini con diagnosi di Disturbo di Relazione e Comunicazione presentano in modo significativo un CGAS più basso nella prima infanzia rispetto ai bambini con diagnosi di Disturbo Affettivo: media 34.5 contro 50 ($F(1,18) = 27.8$; $p < 0.001$). Questo stesso risultato è presente nella latenza: media 49.6 contro 60.7 ($F(1,18) = 6.4$; $p < 0.05$). Lo stesso nell'adolescenza: media 53 contro 75.5 ($F(1,18) = 6$; $p < 0.05$). Lo stesso nell'età adulta: media 66,5 contro 79 ($F(1,18) = 4.7$; $p < 0.05$). Questi risultati corrispondono alla gravità sintomatica e clinica più importante per i disturbi di Relazione e di Comunicazione.

Tuttavia, per i due tipi di diagnosi, la media dei CGAS aumenta nel tempo, consentendo di credere in un proseguimento evolutivo, ancora tra l'adolescenza e l'età adulta, nel senso di un miglioramento delle competenze, secondo il livello di ciascuno.

Livello di studio e titolo ottenuto

La scolarità obbligatoria corrisponde al mancato ottenimento di un qualunque certificato di studio. Il diploma include la Scuola di Cultura Generale, la Scuola di Commercio, gli istituti Tecnici ed i certificati di Apprendistato. Nessun bambino con diagnosi di Disturbo di Relazione nella Prima Infanzia riesce a raggiungere il livello della Maturità, diversamente dai bambini che soffrono di Disturbi Affettivi, di cui il 50% riesce a raggiungere questo livello. ($X^2(2) = 6.82$; $p < 0.05$). Senza che il test statistico sia significativo ($X^2(3) = 6.79$, NS), (né definitivo dal momento che certi soggetti non hanno ancora terminato l'apprendistato o la scuola professionale), si evidenzia che solo i bambini con diagnosi di Disturbo Affettivo hanno ottenuto la Maturità e una Laurea universitaria, nel 50% di questi. È degno di nota che il 50% dei bambini con diagnosi di Disturbi di Relazione sono stati in grado di ottenere un Diploma e sono indipendenti.

Auto valutazione, Relazione amorosa, inserimento sociale e Qualità di Vita

Con l'aiuto del questionario sui *life events*, possiamo osservare che gli adulti senza diagnosi sono significativamente più soddisfatti di quelli che soffrono di Disturbi della Personalità ($X^2(1) = 5.05$; $p < 0.05$), hanno più relazioni amorose di quelli con Disturbo della Personalità ($X^2(1)=9.90$, $p < 0.01$). Il criterio di Inserimento Sociale viene studiato secondo una definizione ampia che si stabilisce al di là della semplice capacità di recarsi sul posto di lavoro, ma attraverso la fiducia stabilita con gli amici, le attività di svago di gruppo e il sentimento di appartenenza ad una comunità diversa da quella costituita dal nucleo

familiare. Significativamente, i soggetti senza diagnosi presentano un buon inserimento sociale, contrariamente a quelli con Disturbo della Personalità che hanno, nel 91% dei casi, un inserimento sociale cattivo, se non addirittura abbastanza buono ($X^2(2) = 13.18$; $p < 0.01$).

Tab. 1. Disturbi della Personalità nell'età adulta EGF e QI.

1	700	Tipo Schizoide, tratti dipendenti	EGF = 55 QI = 60 (Ret.M.)
2	700	Tipo Evitante, tratti dipendenti	EGF = 65 QI = 69 (Ret.M.)
3	701	Tipo Dipendente, tratti narcisistici	EGF = 70 QI = 92
4	701	Tipo Evitante, tratti schizoidi	EGF = 65 QI = 85
5	701	Tipo Istrionico	EGF = 65 QI = 70 (Ret.M.)
6	702	Tipo Evitante, tratti schizoidi	EGF = 50 QI = 62 (Ret.M.)
8	702	Tipo Evitante, tratti compulsivi	EGF = 70 QI = 111
10	703	Tipo Evitante, tratti dipendenti e compulsivi	EGF = 65 QI = 79
11	201, 203, 206	Tipo Border-Line	EGF = 45 QI = 94
12	201	Tipo Border-Line	EGF = 70 QI = 88
19	201, 204	Tipo Compulsivo, tratti evitanti	EGF = 75 QI = 102

La suddivisione presentata in Tabella 1 rivela che i due soggetti Border-line della nostra coorte derivano dal gruppo Disturbo Affettivo della prima infanzia (200), mentre i Disturbi di Relazione e di Comunicazione (700) producono dei Disturbi della Personalità nella maggior parte evitanti con tratti Schizoidi, nell'età adulta. Se studiamo, più in particolare, l'evoluzione dei MSDD (701, 702, 703) che presentano Disturbi della Personalità nell'età adulta, a partire dalla diagnosi all'Entrata nel JET, non vi è alcuna evidenza di prognosi diversa tra i tre pattern di MSDD. È dunque la buona evoluzione della diagnosi tra l'entrata e l'uscita dal JET, associata a l'assenza di diagnosi nella latenza, che potrebbe predire il buon funzionamento nell'età adulta.

Il Disturbo di Relazione Genitori-Figli e PIR-GAS.

Anche se l'analisi statistica del PIR-GAS non ci consente di mettere in evidenza una differenza significativa tra i due gruppi diagnostici nei diversi tempi delle valutazioni successive, abbiamo constatato l'impatto di un Disturbo di Relazione precoce grave nei due casi derivati dai Disturbi Affettivi che presentano Disturbi della Personalità nell'età adulta, associati ad accadimenti di vita stressanti. (PIR-GAS 20 e 25 all'entrata nel JET) e abbiamo anche rilevato l'importanza per i casi di Disturbi di Relazione e Comunicazione che si sono evoluti verso l'assenza di diagnosi, della stabilità e della coerenza dell'ambiente familiare.

Pertanto, qualunque sia la gravità della patologia della prima infanzia, la qualità della relazione genitore-figlio può rappresentare un fattore associato sia inibitore che semplificatore dello sviluppo ulteriore del soggetto. Dobbiamo qui evidenziare come i punteggi del PIR-GAS abbiano avuto una tendenza generale al miglioramento, in seguito ai trattamenti fatti al JET, che si dedica in modo particolare alle interazioni vissute tra genitori e figli. L'influenza del funzionamento del bambino stesso sulla qualità del rapporto genitori-figlio sembra qui determinante. D'altra parte, la buona qualità interrelazionale familiare sembra favorire non soltanto la stimolazione cognitiva ed affettiva, ma anche l'autonomizzazione del soggetto nell'età adulta, verso nuovi investimenti e figure di attaccamento.

Conclusioni

La diminuzione generale delle diagnosi, presente soltanto nel 55% dei casi nell'età adulta, conferma i progressi compiuti da questa popolazione che ha beneficiato di cure precoci. Due gruppi, due destini diversi distinguono i giovani adulti che escono da un Disturbo di Relazione e di Comunicazione da quelli che escono da un Disturbo Affettivo: se, per la maggior parte, i primi presentano una diagnosi adulta di Disturbo della Personalità (8/10), i secondi raggiungono un'assenza di diagnosi (7/10). Nel gruppo del Disturbo di Relazione e Comunicazione, solo 4 casi, che hanno dimostrato solo pochi progressi durante il loro soggiorno al JET e che restano ancora nei Disturbi Psicotici all'uscita dal JET, presentano un ritardo mentale lieve. Di questo gruppo di 10 bambini gravemente colpiti nella Prima Infanzia, 6 casi erano già evoluti positivamente verso un Disturbo Affettivo durante la loro precoce entrata al JET. Tra questi ultimi, 2 soggetti ci hanno sorpreso per la loro eccellente evoluzione verso l'assenza di diagnosi nell'età adulta. Questa eccellente evoluzione conferma il valore delle cure seguite nel lungo periodo ed iniziate precocemente, quello di un ambiente familiare stabile e amorevole e quello dell'assenza di accadimenti di vita stressanti. Invece, l'analisi dei 3 soggetti che soffrivano di un Disturbo Affettivo e che si sono evoluti verso un Disturbo della Personalità nell'età adulta, ci ha dimostrato l'impatto deleterio degli accadimenti di vita stressanti in un ambiente familiare che aiuta poco e senza un follow-up psicoterapeutico regolare. I giovani adulti cui è diagnosticata l'assenza di diagnosi sono dei giovani attivi, impegnati negli studi o nella loro professione con piacere. Hanno rapporti di amicizia di fiducia e il più delle volte vivono una relazione amorosa. Siamo quindi più preoccupati dell'avvenire della coorte Disturbi della Personalità, meno strutturati, più fragili e più immaturi quindi più inclini a manifestare decompensazioni psichiatriche ulteriori. In questo gruppo, l'inserimento sociale e la qualità di vita sono inferiori, sebbene tutti i soggetti seguano una formazione o siano inseriti professionalmente. Il più delle volte solitari o dipendenti dall'ambiente fa-

miliare, la loro vita amorosa è più rara. Questo studio ci ha permesso di confermare il proseguimento evolutivo, ancora importante, dopo l'adolescenza anche per i casi che soffrono di disturbi gravi dalla prima infanzia, quando hanno avuto la fortuna di essere seguiti dai primi anni e nel lungo periodo.

Riassunto

Questo studio Longitudinale Prospettico dalla prima infanzia all'età adulta, condotto su 20 bambini trattati presso il *Jardin d'Enfants Thérapeutique* di Ginevra, ha seguito l'evoluzione di due gruppi diagnostici, uno costituito da soggetti con Disturbi della Relazione e della Comunicazione, l'altro da soggetti con Disturbi Affettivi. Si sono evidenziati due diversi destini evolutivi ed una più marcata continuità psicopatologica per i casi gravi. I risultati a lungo termine confermano peraltro l'importanza di trattamenti precoci e continuativi come elementi in grado di permettere una positiva evoluzione fra l'adolescenza e l'età adulta.

Bibliografia

- ¹ Abella Tudanca A. *Catamnèse à l'Adolescence d'un groupe d'enfants traités en Centre de Jour: Thèse n. 9264*. Faculté de Médecine de Genève 1996.
- ² Cramer B, Palacio Espasa F. *La pratique des psychothérapies conjointes mères-bébés*. Paris: PUF 1993.
- ³ Fabrizi A, Knauer D, Levi G. *Modelli di attaccamento nei Disturbi precoci dello sviluppo*. *Psichiatri Inf Adol* 1996;63:29-39.
- ⁴ Gentili C, Martelli M, Benini L, Caruso P, Loperfido E, Knaves D, et al. *La relazione Madre-bambino nei primi tre anni di vita. Proposta per una metodologia di intervento nei casi di disturbo precoce*. *Psichiatri Inf Adol* 1996;63:379-96.
- ⁵ Knauer D. *Etude longitudinale de l'âge préscolaire à l'âge adulte: comment évoluent les enfants traités au Jardin d'enfants thérapeutique*. *Méd Hygiène* 2002;60:1734-8.
- ⁶ Knauer D. *Que sont-ils devenus? Etude Longitudinale de l'âge préscolaire à l'âge adulte d'une population traitée précocement au Jardin d'Enfants Thérapeutique*. Travail pour l'Habilitation au Titre de Privat Docent; Faculté de Médecine de Genève, 2001.
- ⁷ Knauer D, Palacio-Espasa F. *Réflexions sur l'action d'un Jardin d'Enfants Thérapeutique. Etude Catamnétique sur 21 enfants*. *Neuropsych Enf* 1990;38:107-30.
- ⁸ Palacio-Espasa F, Knauer D. *Conflits de la parentalité à la lumière des catamnèses des cas traités en psychothérapie brèves mère-bébé*. In: Mazet P, Lebovici S, eds. *Psychiatrie Périnatale: Parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie*. Paris: PUF 1998.
- ⁹ Palacio-Espasa F, Knauer D. *Le développement de la vie fantasmatique et des identifications du bébé dans la clinique des psychothérapies mères-enfants*. *Psychoth*1996;16:79-86.
- ¹⁰ Rutter M. *Beyond longitudinal data: Causes, consequences, changes and continuity*. *J Cons Clin Psychol* 1994;62:928-40.
- ¹¹ Rutter M. *Pathways from Childhood to Adult life*. *J Child Psychol Psychiat* 1989;30:23-51.
- ¹² Rutter M, Quinton D. *Parental psychiatric disorder: effects on children*. *Psychol Med* 1984;14:853-80.