

LA FORMAZIONE IN PSICHIATRIA INFANTILE: TRA STORIA E PROSPETTIVE

U. Sabatello,
F. Nardecchia*

*Neuropsichiatra Infantile. Psicoanalista AIPSI-IPA,
Responsabile UOS Interventi psicoterapeutici su bambini,
adolescenti e genitori, Direttore del Master in Psichiatria
Forense dell'Età Evolutiva, Dipartimento di Pediatria e
NPI, Sapienza Università di Roma; *Medico-Chirurgo.
Specialista in Formazione (NPI), Dipartimento di
Pediatria e NPI, Sapienza Università di Roma*

*In ricordo di Giovanni Bollea,
padre della NPI italiana*

Cari Colleghi,

è con vero piacere che ho accolto l'invito di Giancarlo Rigon a portare in questa sede non solo una esposizione dei principi che informano la Scuola di Specializzazione in NPI ma anche un excursus storico sulla nostra disciplina e sui suoi futuri possibili sviluppi.

Il piacere è associato ad una diffusa preoccupazione legata alla possibilità, pura e semplice, che la NPI smetta di esistere e che la scomparsa del suo fondatore in Italia corrisponda, in modo un po' inquietante, al dissolversi non solo del raggruppamento scientifico-disciplinare, al quale si può sopravvivere, ma di uno specifico modo di intendere il bambino, l'adolescente, la sua patologia nel corso dello sviluppo e l'approccio terapeutico ad essa. Perdere queste competenze che la disciplina ha saputo riunire e sviluppare negli anni, sarebbe una perdita grave per la formazione medica, per un approccio globale e completo all'età evolutiva e per lo spreco di competenze, abilità e comprensione. Ancora una volta, come accade ed è accaduto in molti campi, ci troveremmo ad essere, come scriveva Jakobson: "...una generazione che ha dissipato i suoi poeti". In tal senso, ritengo che ciascuno di noi, abbia il compito di testimoniare rispetto ad un particolar modo di avvicinarsi alla complessità dello sviluppo umano.

CENNI STORICI

L'origine della psichiatria infantile, e dell'intervento specialistico sulla patologia mentale del bambino, si fa risalire al 1799 quando John Haslan (1764-1844) al Bethlem Hospital in Moarfield, il più antico ospedale psichiatrico inglese, visita una bambina di 3,4 anni la quale, dopo una vaccinazione, presentava una massiccia perdita delle precedenti acquisizioni ed un comportamento gravemente disturbato (von Gontard, 1988). Il caso clinico, pubblicato in "Observations on madness" (1809) sembra essere la prima descrizione di una "follia" infantile.

Fino ad allora il bambino, essere ancora irragionevole per definizione, "tabula rasa" da coltivare e formare, non poteva essere folle in quanto ciò che non si ha, in tal caso la ragione, non può essere perso.

La diagnosi specifica di malattia mentale infantile fu molto facilitata dall'introduzione del concetto di moral insanity da parte di James Cowles Prichard (1786-1848) nel 1835 che divenne ben presto la diagnosi più

utilizzata per descrivere la follia del bambino indipendentemente da ogni deficit intellettivo. La specificazione "morale" implicava però l'estensione possibile del concetto di insanity a ogni tipo di devianza comportamentale.

Le istituzioni specifiche per l'età evolutiva, gli ospedali psichiatrici e gli asili per insufficienti mentali, in Inghilterra si creeranno però solo dopo il 1850, seguendo le esperienze francesi e svizzere.

Attraverso i contributi di Maudsley (1835-1918) il concetto di moral insanity si estende fino a divenire una iniziale classificazione nosografica del disturbo mentale infantile nel tentativo di collegare le lesioni cerebrali con specifici sintomi e manifestazioni patologiche. Nell'edizione del 1895, del suo *The physiology and pathology of mind*, Maudsley dedica inoltre un intero capitolo alla patologia mentale dell'adolescente mentre, nel 1904, G. Stanley Hall pubblica negli Stati Uniti il monumentale volume *Adolescence*.

Ciò nonostante, la mentalità dominante, anche dei medici e del ceto intellettuale, mostrava una scarsissima comprensione e simpatia per il mondo infantile, considerato incontrollabile, selvaggio e da dominare attraverso severi strumenti educativi. Colpisce, inoltre, la frattura allora esistente tra le teorie psichiatriche e gli studi sistematici del bambino normale di cui il primo è stato *Studies of Childhood* di James Sully (1895). La separazione forzata tra lo sviluppo del bambino normale e di quello patologico, come anche la mancata collaborazione tra lo psicologo dello sviluppo e lo psichiatra infantile, sono stati problemi che la psichiatria infantile ha portato con sé sino ai nostri giorni. Per tale ragione preconcetti "etici" sul bambino, sulla sua normalità o patologia, sono stati spesso confusi con verità scientifiche (Guggenbuhl-Craig, 1995). Il problema della sessualità infantile appare come l'esempio più evidente: dallo ostracismo subito da Freud; alla repressiva "follia masturbatoria" descritta da Szasz negli Stati Uniti (1970); ai metodi educativi dei pedagoghi dell'epoca (Schatzmann, 1973).

La psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, come autonoma specializzazione della psichiatria, nasce quindi tra la fine del XVIII secolo e la prima metà del secolo XIX, quando la spinta illuministica e sociale conduce ad una nuova visione del problema pedagogico ed assistenziale del minorato psichico (Bollea, 1958,

1960, 1962, 1966, 1967, 1971, 1989; Chess, 1988). In essa confluirono diverse linee di sviluppo contemporanee ed intersecantisi. Dopo Pestalozzi e Fröbel, veri iniziatori di tutta la pedagogia speciale, Itard, Belhomme, Esquirol, Guggenbuhl, Séguin e Bourneville affermarono il concetto di una recuperabilità parziale del minorato psichico e stabilirono i concetti basilari per una orto-pedagogia dell'insufficiente mentale. Accanto al problema delle oligofrenie divenuto, in una realtà sociale urbanizzata e industrializzata, sempre più drammatico, l'autonomia della psichiatria infantile fu determinata dall'incremento della delinquenza giovanile (Novelletto, 1956) e dalla necessità di collaborazione tra lo specialista pedopsichiatra e la giustizia.

Un altro elemento di autonomia è legato, ad una profonda rivoluzione nel concetto sociale di infanzia. Per la prima volta nella storia, nel corso del XIX secolo il bambino comincia ad esistere come persona con i suoi specifici bisogni; la riduzione della natalità spinge ad investire sui figli, nella famiglia nucleare, molto di più di quanto non avvenisse in una società patriarcale. Lo sviluppo socio-culturale conduce alla realizzazione degli strumenti scientifici necessari per comprendere, in modo diverso, il mondo ed il vissuto infantile. Si sviluppa così la psicometria: nel 1905 Binet e Simon pubblicano il primo test intellettivo; in America si diffonde il movimento dell'igiene mentale e in Europa si sviluppano la psicodinamica e la psicologia genetica.

Nel 1905 Freud pubblica a Vienna i tre saggi sulla teoria sessuale in cui la frattura tra la sessualità dell'adulto e la "vita innocente" del bambino, sembra del tutto colmata; con *Il piccolo Hans* del 1909 e con *L'uomo dei lupi* (Storia di una nevrosi infantile) del 1914, si modifica la concezione temporale dello sviluppo; Freud parla, per la prima volta, di un tempo interno indipendente dall'oggettività temporale, di un inconscio atemporale in cui ricordi infantili e vissuti presenti si mischiano nell'après coup, nella continua rielaborazione inconscia.

Sempre nel 1905, Sante De Sanctis definisce la "demenza precocissima", successivamente "schizofrenia infantile", seguito nel 1906 da Heller (Austria) e Weggandt (Germania) testimoniando così il tentativo di trasferire le modalità nosografiche Kraepeliniane anche all'età infantile.

Nel 1896-1899 in America e in Australia si costituiscono le prime Corti giovanili mentre, nel 1899, Healy imposta per primo lo studio pluridimensionale del giovane antisociale. Nel 1911, Gesell inizia a raccogliere materiale sullo sviluppo psicobiologico del bambino mentre, parallelamente alla raccolta di dati scientifici e di ipotesi teoriche, si diffondono in America le Child Guidance Clinics come strumenti di intervento non solo sulle oligofrenie e sulla delinquenza ma anche sui disadattamenti familiari e scolastici, sulle nevrosi e psicosi infantili.

Lo sviluppo teorico, culturale e istituzionale della nuova disciplina viene anche ratificato dal mondo accademico. Nel 1918, Lanfranco Ciampi ottiene la prima Cattedra di Psichiatria infantile a Rosario (Argentina) e, nel 1920, Herfort a Praga consegue il primo insegnamento Europeo Universitario. Nel 1935 si creano le Cattedre a Mosca e a Leningrado e nel 1932, organizzato da Heuyer, si celebra a Parigi il I Congresso Internazionale di Psichiatria Infantile.

In Italia la Psichiatria Infantile è legata ai nomi di Sante de Sanctis, Giuseppe Montesano, Maria Montessori e Giovanni Bollea mostrando, sin dal suo inizio, una doppia anima da un lato clinica psicopatologica e dall'altra psico-pedagogica.

Nel 1930 Cerletti crea a Genova il primo reparto universitario, seguito da De Sanctis a Roma; sempre De Sanctis già nel 1922, al XVI Congresso della Società Freniatria Italiana, aveva chiesto e difeso l'autonomia e le peculiarità formative della psichiatria infantile.

Nel 1948 viene fondato il Comitato Italiano di Psichiatria Infantile, nel 1953 Carlo De Sanctis è eletto a Toronto VicePresidente dell'Associazione Internazionale di Psichiatria Infantile mentre, in Italia nel 1956 si celebra il 10° Congresso Nazionale di Psichiatria Infantile, si assegnano le libere docenze e, negli anni 1957-1963, si creano a Roma a Genova e a Pisa, tre Scuole di Specializzazione Universitarie.

Secondo Bollea (1967) "...la psichiatria infantile è, in senso lato, la scienza delle difficoltà o turbe psichiche del fanciullo nell'età evolutiva, in ogni settore del suo sviluppo neuropsichico, siano o non siano presenti altri deficit fisici".

La progressione stessa della crescita non permette cioè di isolare un sintomo, o un disturbo, al di fuori dello

specifico momento evolutivo del bambino, del suo complessivo sviluppo psicosomatico.

È osservazione comune (Jemerin e Philips, 1988; Cohen et al., 1993) una globale modificazione, generalizzata, della patologia mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. La preminenza di alcuni stilemi culturali, la disgregazione diffusa della struttura familiare nucleare, le nuove realtà sociali, forniscono modelli identificatori spesso legati ad una cultura dell'"agire", della violenza e dei consumi fruibili soprattutto dagli adolescenti. Inoltre, la drastica riduzione, già dal 1970, dei fondi stanziati negli USA per i programmi di trattamento residenziale hanno sollevato nuovi problemi nella gestione del disagio psichiatrico infantile. La richiesta di interventi terapeutici più rapidi e risolutivi e l'attuale impostazione neoorganicista e psicofarmacologica del trattamento psichiatrico, non sempre tengono conto della specificità della psichiatria infantile i cui tempi sono sempre legati al divenire, fisiologico o patologico che sia, dello sviluppo. L'aumentata richiesta sociale di contenimento e cura per la dissocialità (così frequente in adolescenza) si è in tal modo scontrata, ironicamente in Italia, a differenza di altri paesi anche europei, con una riduzione dello sforzo economico volto a favorire la ricerca, la prevenzione e l'assistenza. Una disciplina che, negli anni 70-80 era sufficientemente radicata e diffusa anche a livello territoriale, in cui i modelli innovativi dei Servizi e dell'assistenza sono partiti non solo dalle università ma, spesso, dal territorio e dalla sua capacità organizzativa e di integrazione degli interventi, si trova ora in Italia in una situazione di asfissia per mancanza di risorse, per la depauperazione dei servizi e per un lento erodersi della coscienza di come il disagio, la malattia mentale e la dissocialità non si curino con il sensazionalismo degli allarmi scatenati dai singoli casi, ma con la programmazione delle ricerche e degli interventi secondo gli effettivi bisogni. La condizione scellerata di non collegare le necessità al "fare" o, addirittura, di negare che i bisogni esistano ci sembra, a volte, sia una prerogativa tutta nostra. Un esempio è dato dall'atteggiamento di molti dei NPI stessi nei confronti della Psichiatria Forense, tacciata di non essere scientifica e di appartenere ad ambiti diversi rispetto a quelli "scientifici" della Psichiatria; fa un po' sorridere in quanto, per secoli, la Psichiatria, a sua volta, si è

dovuta difendere dall'accusa di essere una branca che non apparteneva alla scienza.

In una prospettiva storica, come la PI origina in Europa sulle gambe dell'Insufficienza Mentale, così nasce e si sviluppa in Inghilterra, ma ancor più negli USA e in Australia, proprio sulla criminalità e su quella giovanile in particolare. In tutto il mondo il Disturbo della Condotta, con tutti i dubbi che abbiamo sempre avuto su tale diagnosi, con tutti i discriminie che, in sede di DSM V e ICD 11 si stanno proponendo, rimane la diagnosi più utilizzata in età evolutiva e, nonostante questo, sono spesso i NPI a non rendersi conto di come questo significhi una reale sovrapposizione tra la Giustizia e l'assistenza. Noi stessi confondiamo tra problemi sociali e patologia mentale, come non spettasse ai NPI porre dei confini, stabilire dei limiti e delle definizioni. Certo, sono infiniti i modi per farci del male e questo è solo uno di questi.

SITUAZIONE ITALIANA DELLA FORMAZIONE IN NPI

La Psichiatria Infantile in Italia rappresenta una delle aree di indirizzo della Neuropsichiatria Infantile e quindi non ha autonomia dal punto di vista istituzionale. La formazione in psichiatria infantile si trova, quindi, a sottostare ad un più generico rinnovamento della formazione Specialistica Medica. Proprio in questi anni stiamo vivendo la trasformazione dovuta alla riforma ministeriale che in ottemperanza agli aspetti innovativi introdotti dal Decreto sul "Riassetto delle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria" pubblicato sulla G.U. n. 258 del 5 novembre 2005 (Suppl. Ordinario n. 176) ha determinato la creazione di una Conferenza Permanente dei Direttori delle Scuole di Specializzazione in Neuropsichiatria Infantile (referente nazionale è stata Teresa I. Carratelli). Il lavoro di questo organismo ha dato alla luce delle Linee Guida al Riassetto con lo scopo di uniformare la formazione a livello nazionale. La Gazzetta Ufficiale prevede come attività professionalizzanti obbligatorie teoriche, scientifiche e professionali: la semeiotica funzionale e strumentale, la metodologia clinica; i trattamenti farmacologici, psicoterapici e riabilitativi; la presa in carico globale dei soggetti affetti da patologie neuro-psichiatriche dell'età evolutiva; le problematiche psicosociali delle malattie croniche dell'età evolutiva; la tutela, promozione e prevenzione

della salute mentale; i rapporti fra patologie internistiche o chirurgiche e disturbi mentali ed infine la psichiatria di consultazione e *liaison* in età evolutiva.

Per quanto riguarda la psichiatria forense dell'età evolutiva essa viene menzionata tra le attività caratterizzanti elettive a scelta dello studente, utili all'acquisizione di specifiche ed avanzate conoscenze nell'ambito della Neuropsichiatria infantile.

L'ambizione della Conferenza Permanente è quella di poter diplomare specialisti con il titolo di Neuropsichiatra Infantile ed un sottotitolo supplementare caratterizzante una delle tre aree di indirizzo: Psichiatria/Psicoterapia del Bambino e dell'Adolescente; Neurologia della sviluppo/Neuropediatria; Neuropsichiatria Infantile e riabilitazione.

In tal modo ci si potrebbe allineare con la specialità Europea (Child and Adolescent Psychiatry) ed allo stesso tempo mantenere la tradizione di una visione olistica del bambino, caratteristica della NPI italiana e, in particolare, della Scuola di via dei Sabelli.

SITUAZIONE EUROPEA DELLA FORMAZIONE IN PSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA (CAP)

La formazione in Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza è molto diversa tra le varie nazioni della Comunità Europea. Nel 32,4% delle nazioni non è una specializzazione indipendente e la durata del percorso varia dai 12 ai 96 mesi. Nel 37,9% delle nazioni c'è un esame per accedere alla Scuola di Specializzazione, e nel 64,7% c'è un esame per il conseguimento del diploma. Da questi ed altri dati emerge come la strada verso un'armonizzazione globale sia ancora lunga. Nello specifico la specializzazione in questione è autonoma in 23 delle 34 nazioni indagate (per es, Germania, Belgio, Portogallo, Svizzera, Turchia, Paesi Scandinavi) e una sottospecializzazione in 8 paesi (per es, Francia, Olanda, UK, Irlanda); nelle rimanenti 5 nazioni non esiste nessun percorso formativo specifico (per es, in Spagna, Russia, Croazia). Inoltre anche i vasti contenuti della disciplina sono molto variabili: rispetto alle rotazioni, la neurologia pediatrica è obbligatoria in 13 paesi, opzionale in 7 ed assente in 10 mentre solo in circa la metà delle nazioni il percorso di specializzazione integra anche una formazione strutturata in psicoterapia.

Per quanto riguarda invece gli aspetti comuni, tutta l'Europa soffre delle lunghe liste d'attesa e della mancanza di specialisti. Già più di vent'anni fa la carenza in tutto il mondo di Psichiatri dell'Infanzia era stata sollevata (Earls, 1982) e nonostante l'aumento attuale del loro numero non si è ancora raggiunto l'obiettivo. A livello qualitativo viene raccomandata una vasta esperienza in differenti metodi psicoterapeutici come anche in psicofarmacoterapia, che deve essere integrata in modo strutturale nel programma formativo di uno Psichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Tuttavia c'è da notare come i tirocinanti durante la formazione, in quasi tutti i paesi, debbano accedere privatamente alla propria psicoterapia personale. Altro punto cruciale della formazione è rappresentato dall'attenzione e del tempo dedicato alla ricerca scientifica (Karabekiroglu et al., 2006).

Nel 1958 è stata istituita la UEMS – Unione Europea delle Specializzazioni Mediche – con il fine di promuovere il libero movimento dei medici specialisti europei ed allo stesso tempo assicurare la più alta qualità formativa e professionale. La sezione dedicata alla psichiatria dell'età evolutiva (CAPP- Child and Adolescent Psychiatry/Psychotherapy) ha redatto un log-book inteso come linea guida per la formazione in Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in tutta Europa con in mente un modello evolutivo bio-psico-sociale.

Lo psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza così delineato deve dimostrare di avere competenza nel riconoscere, curare, alleviare e prevenire la malattia e i disturbi mentali in bambini ed adolescenti; capacità di riconoscere le peculiarità dei sintomi psicopatologici in bambini in età evolutiva ed in adolescenza rispetto ai sintomi dell'adulto.

La specializzazione è considerata come interdisciplinare in quanto integra il campo della conoscenza medica con quello della psicologia, pedagogia e sociologia ed è caratterizzata da cure ospedaliere ed ambulatoriali; oggetto di indagine e di diagnosi sono tutte quelle condizioni patologiche del bambino e dell'adolescente che sono descritte dagli attuali sistemi classificativi internazionali, condizioni associate a grave sofferenza o a grave prognosi (per es. rischio di morte prematura, disabilità, mancata crescita e sviluppo personale, rischio per la sicurezza altrui). Viene, inoltre, sottolineato come tale specializzazione

preveda il lavoro con i bambini ed adolescenti e con le loro famiglie.

Per quanto concerne la formazione la UEMS stabilisce che lo specialista in Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza debba avere competenze a tre diversi livelli: conoscenze e abilità diagnostiche in ambiti come quello dello sviluppo bio-psico-sociale del bambino, della psicopatologia, della psicoterapia, dei trattamenti psicofarmacologici e le strategie psicosociali e pedagogiche; conoscenze ed esperienza nelle più comuni patologie somatiche, soprattutto delle condizioni neurologiche, dei metodi di indagine psicologica, l'organizzazione e le risorse scolastiche, dei servizi sociali, della riabilitazione e dei sistemi giuridici; ed essere orientato invece nell'organizzazione dei metodi della psichiatria forense e nell'impatto sulla comunità della salute e crescita del bambino.

Specifici requisiti per lo Psichiatra dell'Infanzia e dell'Adolescenza a livello europeo sono la capacità comunicativa e la conoscenza etica. Viene riconosciuto, come il più importante strumento diagnostico nell'indagine psichiatrica, il counselling individuale ed è per tale motivo che gli specializzandi devono sviluppare la capacità di comunicare in maniera positiva con bambini e adolescenti di diverse età e con i genitori degli stessi in situazioni differenti. L'organismo europeo sottolinea come l'abilità di stabilire un contatto aperto e affidabile con i genitori e con il personale può essere in una certa misura insegnato teoricamente ma principalmente deve essere sviluppato attraverso un tirocinio pratico sotto la guida individuale di uno specialista con esperienza. Aggiunge, inoltre, come nell'ambito della diagnosi psichiatrica in bambini, adolescenti e genitori la reazione psicologica del medico al paziente ha un valore informativo sostanziale. Per questo agli specializzandi dovrebbe venir data l'opportunità di acquisire una conoscenza più profonda della propria psicologia attraverso un'esperienza di psicoterapia.

SITUAZIONE LOCALE (SAPIENZA, VIA DEI SABELLI) DELLA FORMAZIONE IN PSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

La Scuola di Specializzazione di via dei Sabelli si distingue per l'orientamento psicodinamico della formazione psichiatrica.

Lo specializzando durante la sua formazione deve acquisire le capacità di identificare, riconoscere e contenere i livelli di sofferenza mentale impliciti oltre che espliciti dei vari attori della scena evolutiva (bambino/adolescente e genitori), e ciò non solamente nei quadri psichiatrici conclamati, ma anche quando ci si trova di fronte a minori o genitori con problemi di handicap, di serio impasse evolutivo, con disturbi neurologici, evolutivi o di apprendimento stabilizzati.

Tale percorso passa anche attraverso la raccomandazione all'accesso ad una esperienza di psicoterapia psicoanalitica personale a partire dal terzo anno di corso o comunque alla partecipazione a gruppi Balint. Si tenta in tal modo di facilitare nello specializzando un lavoro autoanalitico, ineludibile per la mente del NPI, al fine di proteggere la sua salute psicofisica e di garantire un buon lavoro di separazione-individuazione delle problematiche personali da quelle del paziente e dei genitori.

Anche a livello Europeo la UEMS sottolinea come all'interno del training psicoterapeutico debbano essere compresi seminari teorici, supervisioni di trattamenti e sedute individuali o di gruppo di self-awareness.

Da sottolineare che alla Sapienza di Roma, gli specializzandi effettuano ogni 5 anni tra i 120 e 200 casi di trattamenti psicoterapeutici e di questi circa 60 sono di psicoterapia breve.

PROSPETTIVE FUTURE DELLA FORMAZIONE IN PSICHIATRIA

Seguendo l'invito che Eric Kandel fece già nel 1998 nel suo articolo "A New Intellectual Framework for Psychiatry" (Am J Psychiatry 155:4) dobbiamo lavorare affinché gli psichiatri che stiamo formando oggi possano lavorare efficacemente in futuro, e per questo sarà necessario che abbiano più di un'approssimativa conoscenza della biologia del cervello.

Il collegamento tra la psichiatria e le neuroscienze può essere riassunto in cinque principi: 1. ogni processo mentale è anche un processo neurale; 2. le connessioni neurali sono determinate dai geni e dai loro prodotti proteici; 3. l'esperienza modifica l'espressione genica; 4. l'apprendimento modifica l'espressione genica; 5. la psicoterapia modifica l'espressione genica.

Il timore riduzionistico di alcuni psichiatri nei confronti

della neurobiologia ed in particolare nell'approccio genetico ai disturbi mentali è basato su un equivoco: dall'idea che l'unica funzione dei geni sia quella di trasmettere inesorabilmente le informazioni ereditarie da una generazione all'altra. Secondo queste convinzioni profondamente erronee i geni invariati – non regolati e non modificati dagli eventi esterni – esercitano un'influenza inevitabile sul comportamento degli individui e della loro progenie. Ma non è così, i geni svolgono una duplice funzione. In primo luogo servono da "stampi", attraverso questa funzione le generazioni successive vengono dotate di copie di ciascun gene. Il processo di replicazione non è regolato da esperienze sociali di alcun genere, può essere modificato solo da mutazioni, rare e casuali. La seconda funzione dei geni è quella di determinare il fenotipo, cioè la struttura, la funzione ed altre caratteristiche biologiche della cellula. Tale funzione trascrizionale è soggetta ad intensa regolazione da parte di fattori ambientali e talvolta viene indicata come regolazione epigenetica.

L'epigenetica è lo studio delle variazioni nell'espressione genica, ereditabili ma reversibili, non dovute a mutazioni nella sequenza di DNA. Nella ricerca animale l'esempio più approfonditamente documentato di programmazione epigenetica indotta da fattori ambientali di tipo sociale è rappresentato dall'impatto permanente che la cura della madre per i piccoli ha sulla metilazione del DNA del gene che codifica per il recettore dei glucocorticoidi (GR) nell'ippocampo della progenie (Weaver et al., 2004). Questi studi suggeriscono un rapporto causale fra epigenoma, espressione dei GR e risposta di stress nella prole adulta. Differenze nello stato di metilazione del DNA fra animali che hanno ricevuto molte o poche cure materne appare già nella prima settimana di vita, permangono nell'età adulta e sono potenzialmente reversibili.

Vi è quindi la necessità di migliorare il training in psichiatria, integrandolo con competenze neuroscientifiche. Anche se la ricerca in campo psichiatrico ha cominciato a riconoscere le potenzialità delle neuroscienze molecolari, cellulari e sistemiche, questo entusiasmo scientifico non ha ancora contagiato la pratica clinica, né ha influenzato la diagnosi e il trattamento dei disturbi.

Il rapporto conflittuale tra biologia e psichiatria è una caratteristica dell'interazione tra discipline scien-

tifiche strettamente correlate. Il biologo E.O. Wilson, nel 1977, scriveva che per ogni disciplina esiste in genere un'antidisciplina, la quale genera tensione creativa all'interno della disciplina madre, mettendo in discussione le sue tesi e la precisione dei suoi metodi. La neurobiologia rappresenta l'antidisciplina rispetto alla quale la psicologia in generale e la psichiatria in particolare costituiscono le discipline madri.

Nel periodo compreso tra il 1920 e 1960 la psichiatria ha tratto il suo principale stimolo intellettuale dalla psicoanalisi. In questa fase, le sue più importanti antidiscipline erano la filosofia e le scienze sociali (Hook, 1959). Un'antidisciplina ha portata spesso più limitata della disciplina madre e può servire a rivitalizzare e reindirizzare quest'ultima.

Anche se la neurobiologia può suggerire idee fondamentali sulla mente umana, la psicologia e la psicoanalisi hanno maggiori potenzialità in merito. Le teorie neurobiologiche, per quanto più soddisfacenti dal punto di vista scientifico, sono decisamente meno adatte a contemplare gli aspetti esistenziali rispetto a quelle psichiatriche. Se la neurobiologia si mostrerà all'altezza del compito, è probabile che le scienze della mente assorbiranno le teorie e le tecniche principali da essa generate, per poi proseguire per la loro strada.

Questa netta dicotomia tra disciplina madre e antidisciplina indica quanto le due discipline possano interagire con profitto. In questa interazione la psichiatria ha un duplice ruolo. Da un lato, deve cercare di rispondere a domande di sua competenza, riguardanti la diagnosi e il trattamento dei disturbi mentali. Dall'altro è chiamata a porre un serie di domande cui dovrà rispondere la sua antidisciplina.

I semi di questa contaminazione si possono ritrovare nelle stesse affermazioni di Freud, che nell'Introduzione

al narcisismo (1914) scriveva: "Dobbiamo rammentare che tutte le nozioni psicologiche che noi andiamo via via formulando dovranno un giorno essere basate su un sostrato organico".

Un ulteriore impegno per lo PI è rappresentato dalla rilevanza che i temi etici stanno assumendo all'interno della disciplina.

Stiamo ancora lottando, come fece Freud dal 1905 in poi, e dovremo continuare a farlo, per sostituire una immagine realistica e scientifica del bambino alla mitologia, idealizzata e fuorviante che lo avvolge e che, al contempo, non permettere di definire i reali bisogni dell'infanzia (Guggenbuhl-Craig, 1995 cit.)

Il tema del Consenso informato, dell'"Age of Consent", dopo la Convenzione di NYC del 1989, è divenuto centrale per molti aspetti del diritto e, soprattutto, della medicina. Il bambino ha il diritto, pur considerando la sua immaturità, ad esprimere e far valere la propria opinione e, quando e come questo dovrebbe accadere non può essere lasciato solo ai giuristi o alla società civile ma, come gli studi sul cervello adolescente hanno dimostrato, alla ricerca ed alla nostra capacità di trasformare ricerca e competenza clinica in strumenti di tutela.

Infine, bisogna notare che non tutti i servizi dedicati alla salute mentale del bambino e dell'adolescente hanno avuto lo stesso sviluppo. In molti paesi la psichiatria forense, i servizi per individui con disturbo da uso di sostanze ed i servizi dedicati a soggetti affetti da disabilità intellettiva rimangono delle sub-specialità "Cenerentola". M. Rutter afferma (2008): "Mi sembra che questo sia, in buona parte, una conseguenza della debole integrazione tra la ricerca e la pratica clinica. Esistono sviluppi positivi in ognuna di queste aree, ma rimane ancora molto da fare".

BIBLIOGRAFIA

- Bollea G. *La Psychiatrie infantile en Europe*. *Psychiatrie de l'Enfant* 1958;1:181-208.
- Bollea G. *Evoluzione storica e attualità della Neuropsichiatria Infantile*. *Infanzia Anormale* 1960;37:141-63.
- Bollea G. *Piano di organizzazione della psichiatria infantile in Italia*. *Infanzia Anormale* 1962;50:653-669.
- Bollea G. *Aspetti e prospettive dell'assistenza, Medico-psico-pedagogica ai soggetti in età evolutiva in Italia*. *Maternità e Infanzia* 1966;4:431-43.
- Bollea G. *Finalità e compiti della neuropsichiatria infantile*. *Infanzia Anormale* 1967;79-80:1-24.
- Bollea G. *Da Séguin ad oggi*. *Atti VIII Congresso Nazionale SIAME, Brescia, 25-29 settembre 1968*;
- Bollea G. *Fisionomia e spazio operativo della neuropsichiatria infantile oggi in Italia*. *Atti IV Congresso Nazionale di Neuropsichiatria infantile, vol. I, Genova 9-11 maggio 1971*;
- Bollea G. *Trasformazione della neuropsichiatria Infantile da disciplina diagnostica a disciplina terapeutica*. *Psichia-*

- tria dell'Infanzia e dell'Adolescenza 1989;56:627-39.
- Chess S. *Child and Adolescent Psychiatry came of age: a fifty years perspective*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988;27:1-7.
- Cohen JD, Noll DC, Schneider W. *Functional magnetic resonance imaging: Overview and methods for psychological research*. Behavioral Research Methods, Instruments & Computers 1993;25:101-113.
- Earls F. *The future of child psychiatry as a medical discipline*. Am J Psychiatry 1982;139:1158-61.
- Freud S (1914). *Introduzione al narcisismo*. In: Freud S. *Opere*. 7. Torino: Boringhieri 1975, pp. 441-72.
- Giannotti A, Ferrara M, Sabatello U. *La psichiatria del bambino e dell'adolescente*. Enciclopedia Pedagogica. Brescia: Ed. La Scuola 1990, pp. 9576-83.
- Guggenbühl-Craig A. *Reality and mythology of child sexual abuse*. J Anal Psychol 1995;40:63-75.
- Hook S (a cura di). *Psicoanalisi e metodo scientifico: Tredici interventi (1959)*. Tr. it. Einaudi, Torino 1967.
- Jemerin JM, Philips I. *Changes in inpatient child psychiatry: consequences and recommendations*. Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988;27:397-403.
- Kandel ER. *A new intellectual framework for psychiatry*. Am J Psychiatry 1998;155:457-69.
- Karabekiroglu K, Doğangün B, Hergüner S, et al. *Child and adolescent psychiatry training in Europe: differences and challenges in harmonization*. Eur Child Adolesc Psychiatry 2006;15:467-75.
- Novelletto A. *La neuropsichiatria infantile in Francia*. Infanzia Anormale 1956;17:231-244.
- Rutter M, Bishop D, Pine D, et al., eds. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 5th edition, Oxford, UK: Blackwell 2008.
- Schatzman M. *La famiglia che uccide*. Milano: Feltrinelli 1973.
- Schwidder W. *La psichiatrie infantile nordamericaine*. Psychiatrie de l'Enfant 1952;11:537-70.
- Solnit AJ, Michels R. *Child and Adolescent Psychiatry should stand separate from General Psychiatry*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1988;27:658-61.
- Szasz TS. *I manipolatori della pazzia*. Studio comparato dell'inquisizione e del Movimento per la Salute Mentale in America, 1970. Milano: Feltrinelli 1972.
- von Gontard A. *The development of child psychiatry in 19th century Britain*. J Child Psychol Psychiatry 1988;29:569-88.
- Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, et al. *Epigenetic programming by maternal behavior*. Nat Neurosci 2004;7:847-54.
- Wilson EO. *Biology and the social sciences*. Daedalus 1977;2:127-40.