

# *Prospettive teoriche e criteri diagnostici della sindrome depressiva infantile*

*Dott.ssa Grazia Simone*  
Psicologa

## **INTRODUZIONE**

Quando si parla di depressione nel bambino, bisogna fare sempre molta attenzione in quanto, pur esistendo una vasta letteratura al riguardo, è abbastanza raro constatare nel bambino un quadro clinico simile a quello degli adulti. Negli ultimi dieci anni, la letteratura ha considerato la depressione un fenomeno che si manifesta in forme “mascherate” o sotto forma di equivalenti depressivi, o semplicemente come processo di crescita normale del bambino piuttosto che, un disturbo vero e proprio. La denominazione depressione è stata a lungo considerata un abuso prima dell’adolescenza; è evidente che, come afferma Ajuriaguera (1970), questi disturbi sembrano rari nel bambino, tanto che il termine “depressivo” non sembra essere adeguato, in quanto molti ritengono che l’utilizzo di questa terminologia clinica (presa in prestito dalla psicopatologia dell’adulto) sembri piuttosto forzata per descrivere uno stadio normale dello sviluppo psicogenetico del bambino. Per molte persone è assurdo pensare che un bambino possa essere depresso, invece la depressione infantile è in costante aumento. I bambini, tuttavia, non hanno ancora la capacità di verbalizzare il loro malessere, ma esprimono la loro sofferenza con il comportamento, con i gesti, con il silenzio.

## **LA DEPRESSIONE INFANTILE: PROSPETTIVE TEORICHE**

Il termine depressione è stato utilizzato in numerose accezioni, che danno rilievo ad aspetti differenti e fanno riferimento a diversi livelli di gravità dei sintomi, tanto che in realtà molti studiosi preferiscono parlare di *depressioni* piuttosto di *depressione*. Le difficoltà di definizione e l’esigenza

di tener conto di numerosi aspetti concomitanti si riflettono nella molteplicità dei modelli che tentano di spiegare le cause e le manifestazioni di tale fenomeno. Tra i vari modelli, i più rilevanti sono quelli di impronta *spiritualista-mentalista* e *materialista-fisicalista*, che ripropongono il dualismo mente-corpo. Tra gli altri modelli esplicativi della depressione, ritroviamo il *modello organicistico*, che individua le cause della depressione in fattori neurochimici (un'attività monoaminica alterata sarebbe all'origine del disturbo dell'umore) e in quelli genetici (disfunzionalità della membrana cellulare trasmessa attraverso un gene del cromosoma X). Di recente, grazie anche alle scoperte avvenute nel campo della neuropsicologia, la depressione in età infantile è stata riconosciuta come patologia che potrebbe insorgere sin dalla primissima infanzia. A tal proposito, studi sull'epidemiologia e osservazioni longitudinali della depressione hanno prodotto elementi a sostegno della tesi che questa può apparire precocemente, e che spesso può evolvere in un disturbo cronico, contrariamente alle teorie precedenti che vedevano l'infanzia solo come un periodo di spensieratezza e buonumore (Keller , et al., 1984). Un interessante modello della depressione, basato sul paradigma del condizionamento operante e rispondente, è stato elaborato nella *prospettiva cognitivo-comportamentale* da Ferster (1972). Egli postulava che la depressione clinica derivasse da:

1. Una diminuzione dei rinforzi positivi proveniente dall'ambiente.
2. Un aumento dei comportamenti di fuga e di evitamento di fronte a situazioni problematiche.
3. La mancanza, nel repertorio comportamentale del soggetto, di abilità utili ed efficaci per affrontare circostanze spiacevoli.

Alla base della prospettiva cognitivo-comportamentale vi è l'assunto secondo cui un fattore determinante per l'insorgere del fenomeno depressivo è il modo di pensare dell'individuo. Attualmente tra i più interessanti contributi alla comprensione dei fattori cognitivi collegati alla depressione ci sono i lavori di Aaron T. Beck e i suoi collaboratori (Beck, 1967, 1976, Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). La *teoria cognitiva di Beck* propone tre fattori fondamentali della depressione noti come la *triade cognitiva* :

1. Una visione negativa di se stessi (la persona depressa tende a valutarsi come incapace e inadeguato alle situazioni);
2. Una visione negativa delle proprie attuali esperienze (il soggetto depresso percepisce le richieste del mondo come esagerate e gli ostacoli come insormontabili);

3. Una visione negativa del futuro (l'individuo depresso crede che la sofferenza e le difficoltà del momento siano imm modificabili e che perciò dureranno per sempre).

Secondo Beck e i suoi collaboratori queste caratteristiche derivano dal modo in cui i soggetti elaborano, distorcendole, le informazioni. Un altro contributo importante alla comprensione della depressione viene da Abramson, Seligman Teasdale (1978) che hanno elaborato la *teoria attribuzionale*. Essa sostiene che la modalità di attribuzione del proprio insuccesso determinerà il modo in cui l'individuo reagirà a tale insuccesso. Quando un individuo si trova in una situazione di incontrollabilità, tende a formulare sugli eventi delle attribuzioni di carattere causale, nei termini di:

- *Locus of control* – attribuzione a se stesso o al mondo esterno;
- *Stabilità* – Percezione del fattore causale come transitorio o duraturo;
- *Grado di generalità* – i fattori causali sono percepiti come circoscritti o influenzanti globalmente la propria vita.

Secondo tale teoria i soggetti depressi hanno un *locus of control* interno e tendono a percepire come stabili e globali gli effetti dei fattori casuali. Quindi, a seconda dei diversi stili attribuzionali, i soggetti risponderanno diversamente a esperienze di incontrollabilità: alcuni svilupperanno una depressione grave, altri solo sintomi temporanei, altri nessun tipo di sintomatologia. Coloro che attribuiscono sempre a se stessi la causa dei propri fallimenti svilupperanno una riduzione di autostima e tenderanno quindi a deprimersi tutte le volte che percepiranno i risultati desiderati come troppo difficili da raggiungere. Inoltre, secondo la *teoria cognitivo-comportamentale* della depressione, denominata *learned helplessness* (Seligman, 1975), letteralmente traducibile come *disperazione appresa*, tendono a sviluppare depressione soggetti che effettuano attribuzioni interne, stabili e globali per quanto riguarda gli eventi negativi ed attribuzioni esterne, transitorie e specifiche per ciò che riguarda gli eventi positivi.

Di notevole importanza sono anche le teorie che si inseriscono all'interno della prospettiva relazionale, come quelle che si ispirano al *modello sistemico*, sostenitore dell'influenza che sin dalla nascita esercita l'ambiente relazionale e familiare sulla psiche e sul comportamento di un soggetto. Questo modello cerca di spiegare l'eziologia del disturbo depressivo facendo riferimento al contesto all'interno del quale si è sviluppato e considera le manifestazioni sintomatiche come un aspetto delle modalità comunicative e relazionali tipiche di quel contesto. In tal senso, il modello sistemico prende in considerazione in primo luogo il contesto interpersonale del soggetto, ponendo

l'attenzione al

sistema familiare. Infatti, per quanto concerne le relazioni familiari, è stato elaborato il concetto di *sistema depressivo* (Senay, 1973), secondo il quale la patologia si svilupperebbe all'interno di un sistema che non è capace di reagire alle crisi prevedibili o inattese che caratterizzano il ciclo di vita della famiglia.

Oggi, nonostante sia stata dimostrata l'ipotesi secondo cui la depressione esiste anche nei soggetti in età evolutiva, tuttavia permangono ancora pareri molto discordanti sulla sua esistenza o meno. Molti studiosi, infatti, fino agli anni '50, credevano che non si potesse parlare di depressione infantile nel senso in cui si parlava di depressione adulta. Solo con i primi studi di Spitz fu dimostrata la presenza di comportamenti infantili definibili in termini di manifestazioni depressive. Oltre la teoria della depressione anaclitica di Spitz (1946), bisogna ricordare la *depressione clinica infantile* teorizzata dalla Klein come condizione psicopatologica che precede e rende impossibile il passaggio alla *posizione depressiva*, intesa come fisiologica evoluzione della posizione schizo-paranoide. Anche Bowlby (1969) mette in relazione la depressione infantile alla perdita precoce della figura materna. Fino ai primi anni '80 ha avuto poi larga diffusione la concezione della "depressione mascherata": secondo tale posizione, molti dei disturbi dell'età evolutiva, tra i quali i frequenti episodi di rabbia e aggressività, non sono altro che delle reazioni per mascherare la depressione e i suoi sintomi. Sandler e Joffe (1965) fanno una distinzione tra lo stato di sofferenza clinica del bambino e la depressione, che secondo gli autori, rappresenta l'ultima reazione del bambino per cercare di evitare la sofferenza fisica e psicologica. In altre parole si potrebbe tradurre come la perdita di uno stato di benessere anteriore nel quale è compresa la relazione con "l'oggetto soddisfacente". Tale perdita porta il bambino alla sofferenza che è intimamente legata con lo sviluppo dell'aggressività, la quale se non opportunamente scaricata accresce nel bambino il sentimento d'impotenza che porta verso la reazione depressiva. Di fronte ad uno stato di sofferenza invece il bambino può mettere in atto dei meccanismi di rifiuto, di evitamento, di collera o anche di rabbia che sono distinti dalla reazione depressiva. Tra le posizioni più recenti troviamo quella di Puig-Antich e coll. (1978) secondo la quale le caratteristiche del disturbo depressivo sono simili in bambini, adolescenti e adulti. In realtà lo studio della depressione infantile pone numerosi problemi di non facile soluzione come la difficoltà di rintracciare nell'infanzia i tratti caratteristici della depressione che servono a identificarla nei trattati di psicopatologia secondo i criteri del DSM. E' solo dal 1980 che la depressione è stata riconosciuta dall'American Psychiatric Association come disturbo clinico che colpisce anche i bambini: secondo il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 3a ed. riv. (American Psychiatric Association, 1987), ma anche secondo il DSM – IV, infatti, i bambini manifestano la depressione in un modo analogo a quello degli adulti ma con

alcune differenze evolutive e con caratteristiche peculiari a ciascuna età. Altro dato ormai consolidato è che la depressione si manifesta in genere insieme a due o più disturbi diversi (es. sintomi di ansia, di disturbo del comportamento alimentare e di disturbo oppositivo-provocatorio). La ragione del contrapporsi di varie ipotesi potrebbe dipendere dal fatto che la depressione infantile sia associata a svariate false credenze, cui comunemente si presta fede, che negano l'esistenza della depressione durante l'infanzia o l'adolescenza. (Cocchi, 1985). Spesso, la depressione viene spesso considerata il risultato o la reazione a qualche evento traumatico o una forte delusione. Ma se nessun dramma è avvenuto, allora perché il bambino è depresso? In tal senso bisogna considerare, oltre ai fattori biologici, anche le differenze evolutive; eventi che non turberebbero un adulto possono invece essere molto penosi per un bambino. Inoltre, in genere, non è un singolo evento, per quanto potente, a innescare la depressione, bensì una serie di eventi anche meno evidenti e drammatici.

## **I CRITERI DIAGNOSTICI DELLA SINDROME DEPRESSIVA INFANTILE**

Nell'età dello sviluppo la sindrome depressiva non si delinea come un'entità nosografica rispondente a criteri clinico-diagnostici definiti come nell'adulto. Per quanto l'esistenza della sindrome depressiva infantile sia oggi ampiamente accettata, tuttavia è ancora difficile nella pratica clinica ritrovare una tale diagnosi. Forse questa discrepanza dipende dal fatto che i modelli teorici elaborati in ambito di ricerca, da cui hanno origine i criteri diagnostici, non sempre vengono condivisi dai clinici, anche se quasi tutti sono concordi nel mettere in relazione questi disturbi con esperienze carenziali primitive; tali mancanze risultano contrassegnate da intensa frustrazione e da sensazioni-sentimenti di perdita o di lutto. Le frustrazioni possono corrispondere alla presenza di attive offese ambientali ai bisogni del bambino, ovvero la traumaticità di un'esperienza frustrante può derivare dall'esperienza dalla sensazione che qualcosa di indispensabile alla propria sopravvivenza non sia fatto presente nel luogo, nel tempo e nel modo della sua necessità.

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DMS IV) è possibile parlare di depressione nell'infanzia, anche se, rispetto agli adulti, i bambini hanno difficoltà nell'esprimere e nel descrivere verbalmente i sintomi caratteristici del Disturbo Depressivo Maggiore (tristezza, mancanza di piacere, sentimento di mancanza di speranza, sentimenti di inadeguatezza e di autosvalutazione, sentimenti di colpa e di bassa autostima). I bambini possono riferirsi a questi sentimenti con diversi modi di dire: sentirsi triste, infelice, giù, aver voglia di piangere, essere nervoso, star male, essere a pezzi. Per questo motivo è molto importante imparare a riconoscere lo

stato emozionale del bambino attraverso l'espressione del volto e del comportamento e tenere conto che la sintomatologia con cui può manifestarsi la depressione infantile, interessa l'area emotiva, ma anche quella cognitiva, sociale, fisica e neurovegetativa. Nell'ambito dei sintomi emozionali un ruolo importante spetta alla *tristezza*.

La tristezza non è un sintomo specifico della depressione infantile (viene riferito da bambini sofferenti di qualsiasi tipo di disagio psicologico), ma nel caso di depressione la tristezza si presenta in forma grave, duratura e frequente e può essere così intensa da essere descritta come un dolore che fa molto male e che non si può sopportare. Ciò che caratterizza la tristezza depressiva è che in essa non vi è associazione tra eventi spiacevoli e il sentimento. Difficilmente basterà qualcosa di piacevole a distrarre il bambino e, se qualcosa riesce a rallegrarlo, il miglioramento dell'umore sarà di breve durata. Uno dei criteri usati per determinare la gravità sintomatica della tristezza in una diagnosi di depressione è che il bambino si senta triste per almeno tre ore il giorno, per un minimo di tre giorni la settimana e che la tristezza non sia totalmente attribuibile ad eventi negativi. Un'altra emozione molto comune tra i bambini depressi è la *rabbia* (può essere provata come sentimento prevalente anche rispetto alla tristezza) che può andare da una lieve irritabilità ad un senso di fastidio, a scoppi d'ira e al fatto di sentirsi così arrabbiati da non poterlo sopportare. Questo sentimento, comunque venga espresso, può essere transitorio o durare per tutto l'arco della giornata. Ciò che caratterizza la rabbia depressiva è che sovente non è possibile stabilire una connessione di causa-effetto tra gli eventi e la manifestazione del sentimento. Più la rabbia del bambino non è motivata dall'ambiente circostante, più il sintomo è grave. Il sintomo diviene significativo quando dura per almeno metà del tempo giornaliero e si ripete almeno tre volte la settimana. Sempre presente nelle manifestazioni depressive è la perdita della possibilità di provare piacere in ciò che si fa (*anedonia*). I bambini depressi appaiono annoiati, indifferenti a qualsiasi tipo di attività venga loro proposta. A completamento dei sintomi di tipo emozionale è da ricordare che i bambini depressi presentano una *tendenza al pianto* più frequente rispetto agli altri e spesso le loro lacrime sono slegate da eventi negativi. Tra i bambini depressi è diffuso il sentimento di *non sentirsi amati*: il bambino sembra percepire assenza di amore o di preoccupazione nei suoi confronti. Il sentimento di solitudine affettiva può portare all'*autocommiserazione*, alla sensazione di essere trattati ingiustamente dalla vita rispetto agli altri bambini. All'autocommiserazione è associabile il sentimento di perdita della speranza rispetto al futuro. Il bambino depresso fatica ad intravedere soluzioni positive ai suoi problemi e, quando la disperazione diventa totale, potrebbe arrivare a credere che l'unica via di uscita sia il suicidio. La preoccupazione della morte, oltre che come ideazione della propria, può presentarsi come paura di morte per le persone care o come paura

generica, anche se il bambino non ha fatto esperienze di perdita. Un altro sentimento diffuso tra i bambini depressi è *il senso di colpa* (rimorso per essersi comportati male) che costituisce un sintomo quando si presenta per periodi lunghi e investe situazioni negative di cui il bambino non può, obiettivamente, essere ritenuto responsabile. Nell'area cognitiva i bambini depressi presentano spesso un'*autovalutazione negativa*. Parlano di se stessi come di bambini non capaci, si percepiscono come inadeguati e non cambiano idea neppure di fronte a valutazioni obiettivamente positive delle loro prestazioni.

L'autostima rimane bassa e la gravità del sintomo dipende da quante aree della sua quotidianità ne sono coinvolte: si può passare dal solo rendimento scolastico o sportivo ad ogni ambito della sua vita. I pensieri negativi su di sé e sulla propria situazione implicano nel bambino depresso *difficoltà di concentrazione* più o meno accentuate. Può accadere che non riesca a concentrarsi su nulla anche quando si sforza di farlo. Tale difficoltà, associata agli altri sintomi descritti in precedenza, può determinare il *calo del rendimento scolastico* con ripercussioni sulle valutazioni. All'insorgere della depressione può evidenziarsi un cambiamento nella gestione dei rapporti sociali: il bambino può presentare una sensibile riduzione del tempo dedicato a parlare o a giocare con gli altri.

Per quanto riguarda i sintomi fisici e neurovegetativi, la sindrome depressiva comprende *senso di affaticamento*, sensazione continua di stanchezza e mancanza di energia per eseguire i propri compiti. La situazione diventa significativamente grave quando il bambino si sente stanco o bisognoso di riposo per la maggior parte del giorno, fino ad arrivare a sentire di non avere energia per muovere gambe o braccia. Il *rallentamento psicomotorio* si verifica quando i movimenti corporei e i tempi di reazione del bambino si rallentano in modo oggettivo ed evidente. Il bambino appare sempre esausto e si muove come se fosse trattenuto da pesi invisibili. Anche il linguaggio può essere disturbato, il bambino può parlare più lentamente o con voce bassa e monotona e può aver bisogno di tempi lunghi per poter formulare delle risposte ad eventuali domande. Un discorso a parte merita il comportamento opposto a quello appena descritto: il bambino depresso può, infatti, presentare *agitazione psicomotoria*: in questo caso il bambino appare sempre agitato, non riesce a stare fermo e tranquillo ed è spinto a muoversi in continuazione. Il bambino agitato è spesso irritabile e arrabbiato e può mettere in atto frequenti comportamenti aggressivi verso se stesso o verso gli altri. Disturbi somatici diffusi sono il mal di testa, dolori allo stomaco, alla schiena, alle gambe. Per questi disturbi non si rilevano cause oggettive, ma essi interferiscono con l'esecuzione delle attività quotidiane. Frequenti sono i *disturbi del sonno* che possono manifestarsi con diverse modalità: il bambino può avere serie difficoltà a addormentarsi oppure può desiderare di dormire per un tempo superiore a quello normale per la sua età (ipersonnia). Molti episodi depressivi sono

associati alle *variazioni dell'appetito*. La quantità di cibo assunta può diminuire molto e causare un arresto nella normale crescita di peso fino a giungere ad un quadro clinico di deperimento fisico. Appare quindi chiaro che la depressione infantile non è qualcosa che si riferisce al singolo sintomo della tristezza: la depressione è una sindrome che coinvolge una moltitudine di sintomi concomitanti. Tali sintomi possono essere raggruppati in categorie più ampie indicanti l'area cui si riferiscono. Possiamo quindi parlare di sintomi emotivi, cognitivi, emozionali, fisici e neurovegetativi (Kovacks e Beck, 1977). Ciascuno dei sintomi di ogni categoria varia lungo un continuum di gravità che dipende, in genere, dalla frequenza e dalla durata del sintomo stesso.

## CONCLUSIONI

Nelle depressioni infantili si possono chiaramente osservare disturbi legati alla sfera affettiva, determinati geneticamente o da disturbi biochimici, oppure da fattori psicosociali (Kazdin, 1990). La letteratura recente sottolinea il ruolo di primo piano assunto dalle cause psicosociali, specie le interazioni familiari. Spesso interazioni familiari disfunzionali possono favorire o prolungare un episodio depressivo, oppure possono essere la causa diretta o indiretta di ricadute dopo un trattamento riuscito. Quindi, la maggior parte dei bambini depressi sono esposti ad ambienti familiari ostili, critici, o rifiutanti, in cui prevalgono discordie coniugali o sono presenti depressioni genitoriali più o meno di vecchia data soprattutto materne. In alcuni casi, le depressioni o gli stati ansiosi nel bambino possono essere funzionali all'equilibrio familiare, per cui vengono rinforzate attraverso meccanismi interattivi peculiari. Così, un genitore depresso può fungere da modello, oppure potrebbe dar sostegno a comportamenti disfunzionali nel bambino come ad esempio, gli atteggiamenti scontrosi, l'irritabilità, processi di chiusura, il pianto, il lamento, e non essere in grado di fornire esempi di comportamento sociale positivo. Capiamo bene quindi l'importanza che assumono i *patterns familiari*, in primo luogo la carenza degli affetti, la depressione nei genitori, la carenza di accudimento soprattutto materna, le distorsioni cognitive nel rapporto madre-bambino, nella valutazione e nel trattamento dei bambini depressi o affettivamente disturbati. (Stark, 1996). La depressione intesa come sintomo si riferisce a un tono dell'umore caratterizzato da tristezza, uno stato d'animo che può pervadere di tanto in tanto la vita di un bambino, spesso per problemi contingenti, quali complicazioni scolastiche, difficoltà ad essere accettato dai coetanei, problemi nell'ambito della famiglia. La depressione intesa invece come sindrome clinica, in età evolutiva è spesso associata ad eventi particolarmente stressanti quali:

- ✓ malattia personale (allergie, asma, gravi problemi organici);
- ✓ ambiente domestico disagiato (confusione, precarie condizioni igieniche, rumorosità);



- ✓ grave malattia di un genitore o un fratello;
- ✓ ambiente scolastico sfavorevole (competitività, insegnanti inadeguati, compagni prepotenti).

Bisogna tenere presente che la tristezza, in età evolutiva, può essere spesso collegata a una condizione di bassa autostima, un problema che si riscontra frequentemente durante la pubertà e l'adolescenza, in associazione a difficoltà relazionali. In questi casi è improprio parlare di depressione, in quanto siamo in presenza di lievi disturbi dell'umore che sembrano insorgere per cause psicosociali. Oltre all'umore triste, col termine "depressione" ci si riferisce ad una costellazione di comportamenti che possono includere una perdita di interesse per molte attività, cambiamenti delle abitudini alimentari, senso di stanchezza, agitazione psicomotoria, diminuita capacità di concentrazione, alterazioni del sonno, idee di suicidio. Quando questi sintomi si verificano con un'intensità maggiore di quanto ci si potrebbe aspettare nel caso di disturbo distimico, allora si può ipotizzare un quadro diagnostico corrispondente all'episodio depressivo maggiore. Alcune ricerche hanno individuato una serie di sintomi che possono comparire sia nella depressione che nell'ansia. Essi sono: irritabilità, difficoltà a dormire, mancanza di concentrazione, agitazione, irrequietezza, senso di stanchezza. Dato il parziale sovrapporsi della sintomatologia non deve sorprendere l'esistenza di un'elevata correlazione tra questionari misuranti il livello di ansia e quelli misuranti il livello di depressione. Nella pratica clinica si riscontra spesso la presenza di problemi di ansia in bambini che sono stati presi in trattamento per un disturbo depressivo, così come non è raro riscontrare un umore depresso in bambini per i quali lo scopo del trattamento era un disturbo d'ansia. Dunque, al fine di massimizzare l'efficacia del trattamento è utile considerare le somiglianze e le differenze esistenti tra queste due categorie di disturbi.

A partire dalle considerazioni fin qui sostenute, appare palese che la sofferenza psichica nei bambini non assume un carattere chiaro e definitivo e spesso tende ad essere confusa con una generica definizione di disagio. Può infatti accadere che la depressione nel bambino non venga diagnosticata né come sindrome né come tratti sintomatici che possano assumere valore di segnale patologico. In tali casi permane una sofferenza *senza nome*, che nell'età adulta può fluttuare da una patologia somatica ad una cronica sensazione di vuoto che può sostanziarsi in sofferenze psichiche diverse per entità e sintomatologia.

*Così per la prima volta la mia tristezza non era più  
considerata una mancanza da punire, ma un male*

*involontario al quale era toccato un riconoscimento ufficiale,*

*uno stato nervoso di cui non ero io il responsabile...*

*potevo piangere senza peccato”.*

*(Proust)*

## **BIBLIOGRAFIA**

Arnold W., Eysenck H.J., Meili R., *Dizionario di Psicologia*, San Paolo, Milano, 1986.

AA. VV., *DSM IV - Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano, 1996.

Bonino S., *Dizionario di Psicologia dello sviluppo*, Einaudi, Torino, 1994.

Canestrari R., Godino A., *Manuale di Psicologia*, CLUEB, Bologna, 1994.

Castellazzi V. L., *Psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza: La depressione*, Ed. Libreria Ateneo Salesiano, Roma, 1993.

Cocchi R., *Le depressioni infantili. In Strutture e dinamiche neuropsicopatologiche in età evolutiva*, Montefeltro, Urbino, 1985.

De Ajuriaquerra- Marcelli, *Manuale di psichiatria infantile*, Masson, Roma 1998.

Gabbard G.O., *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina, Milano, 1992.

Giordano G., Vertucci P., Militerni, Ferraro R., *Neuropsichiatria dell'età evolutiva*, Idelson, Napoli, 1997.

Giovannini et all, *Psicologia e Salute*, Zanichelli, Bologna, 1992.

Gray P., *Psicologia*, Zanichelli, Bologna, 1997.

Mc Williams N., *La diagnosi psicoanalitica*, Astrolabio, Roma, 1999.

Miller P., *Teorie dello sviluppo psicologico*, Il Mulino, Bologna, 1994.

Novak G., *Psicologia dello sviluppo. Sistemi dinamici e analisi comportamentale*, Mc Graw-Hill, Milano,

1999.

Scafidi Fonti G.M., *Sul precoce e insostenibile " mal d'essere "*, Franco Angeli, Milano, 2001.

Stark K., *La depressione infantile*, Erikson, Trento, 1996

Stella L., Zavattini G., *Manuale di Psicologia dinamica*, Il Mulino, Bologna, 1999.

Trisciuzzi L., *Psicologia, Educazione, Apprendimento*, Giunti, Firenze, 1991.

Vianello R., *Psicologia dello sviluppo: approfondimenti*, JUNIOR, Bergamo, 1998.