

ARGOMENTO

# Uno sguardo al neurosviluppo raggiunto ai 2 anni d'età

Giulia Segre<sup>1</sup>, Ilaria Costantino<sup>2</sup>,  
Francesca Scarpellini<sup>1</sup>, Valeria Tessarollo<sup>2</sup>,  
Antonio Clavenna<sup>1</sup>, Maurizio Bonati<sup>1</sup>

## ABSTRACT

### A look at neurodevelopmental status at 2 years of age

*When a child develops a psychological disorder, even a mild one, early diagnosis is essential to provide a timely and appropriate intervention that can improve, both, the child's symptoms and development. Early identification can prevent consequences of differing levels, in the short and long term, and in the individual, in his or her family, and in society as a whole. Hence the importance of paediatrician's point of view and clinical know-how in identifying potential disorders early, but also the parents' views. It is therefore important to actively involve parents upon initial diagnosis.*

*In this regard, within the NASCITA Project, a study branch aimed at building a shared, active approach between parents, paediatricians and neuropsychiatrists/psychologists was activated for the age 2-year health assessments (well-child visits) phase. Three tests were used: the M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised) to evaluate language, social skills, behaviour, sensory areas; the PSI-SF (Parenting Stress Index – Short Form) to verify the degree of discrepancy perceived by the parent between the child's requests and his or her ability to deal with them adequately; the DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) to highlight the difficulties of each parent in recognising, interpreting, and managing their emotions. The tests were given to 380 parents (142 couples, 215 mothers and 23 fathers) by 45 family paediatricians during the well-child visit held at two years of age. In all, 33 children (9%) resulted at risk, with a score of  $\geq 3$ , 1 of whom was found to be at high risk. For 64 children (16.8%) at least one of the parents tested positive for PSI-SF and for 19 (5%) children at least one parent tested positive with the DERS. After combining the results obtained from the three tests and the clinical evaluation, and assessing the child's condition with respect to those results, the paediatrician can provide the parents with a concise description of what emerged and provide a summarised report for the specialist. Such an effort leads to timely, shared communication within the parent-paediatrician-neuropsychiatrist triad that includes specificity of intervention and that can contribute to the effectiveness of the response.*

► **Key words.** Child development | screening | infant mental health | child advocacy | primary care.

1. Laboratorio per la Salute Materno Infantile, Dipartimento di Salute Pubblica, Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano maurizio.bonati@marionegri.it
2. Unità di Neuropsichiatria Infantile, Ospedale Santi Paolo e Carlo, Milano

## ARGOMENTO

### RIASSUNTO

Alla comparsa di un disturbo psicologico nel bambino, anche lieve, una diagnosi precoce è fondamentale per dar seguito ad un intervento tempestivo e appropriato finalizzato ad un miglioramento sia del quadro sintomatologico che dello sviluppo del bambino. Un'identificazione precoce consente di prevenire le conseguenze di varia entità, a breve e lungo termine, sia sull'individuo che sulla famiglia e sull'intera società. Da qui l'importanza dell'"occhio" e della pratica clinica del pediatra nell'individuare precocemente potenziali disturbi, ma anche quello dei genitori. È quindi importante coinvolgere attivamente i genitori sin dalla fase della diagnosi. A tale proposito, nell'ambito dell'albero-progetto NASCITA è stato attivato un ramo mirato a costruire un approccio condiviso e attivo tra genitori, pediatri e neuropsichiatri/psicologi in occasione dei bilanci di salute dei due anni d'età. Sono stati utilizzati tre test: l'M-CHAT-R (Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised) per valutare il linguaggio, le competenze sociali, il comportamento, l'area sensoriale; il PSI-SF (Parenting Stress Index – Short Form) per verificare il grado di discrepanza percepita dal genitore tra le richieste del figlio e le proprie capacità di farvi fronte adeguatamente; la DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) per evidenziare difficoltà di ciascun genitore nel riconoscere, interpretare e regolare le proprie emozioni. I test sono stati sottoposti a 380 genitori (142 coppie, 215 madri e 23 padri) da parte di 45 pediatri di famiglia in occasione della visita per il bilancio di salute ai due anni d'età. 33 bambini (9%) sono risultati a rischio riportando un punteggio  $\geq 3$  e 1 di questi è risultato essere ad elevato rischio. Per 64 bambini (16,8%) almeno uno dei genitori è risultato positivo al PSI-SF e per 19 (5%) bambini per quanto concerne i risultati positivi della compilazione della DERS. Combinando i risultati ottenuti dai tre test e dalla valutazione clinica, accertatosi delle condizioni del bambino rispetto ai risultati emersi, il pediatra può restituire ai genitori una sintetica descrizione di quanto emerso e sintetizzare una relazione strutturata per lo specialista. Una comunicazione condivisa all'interno della triade genitore-pediatra-neuropsichiatra in termini di tempestività e specificità di intervento che può contribuire anche all'efficacia della risposta.

► **Parole chiave.** Sviluppo del bambino | screening | salute mentale in età evolutiva | difesa dei bambini | cure primarie.

Lo sviluppo mentale può essere definito in termini di capitale mentale e benessere mentale. Il capitale mentale rappresenta risorse cognitive ed emotive (processi di acquisizione di conoscenze, flessibilità ed efficienza dell'apprendimento, capacità di comprendere e gestire le proprie emozioni, abilità sociali). Il benessere mentale è la capacità di un individuo di sviluppare il proprio potenziale, di lavorare in modo produttivo, di costruire relazioni forti e positive con gli altri e di contribuire alla comunità. Sono quindi molteplici le esposizioni relazionali, culturali e ambientali che nel corso della vita contribuiscono al capitale e al benessere mentale sin dalla nascita<sup>1</sup>.

Il piano genetico che guida lo sviluppo cerebrale si basa in modo significativo sulle prime esperienze per stimolare l'organizzazione delle interconnessioni neurali. Lo sviluppo del cervello è di natura cumulativa e avviene in modalità multimodale, con "finestre di opportunità" nei primi periodi sensibili e critici della vita quando la recettività alle esperienze è elevata<sup>2</sup>.

*Sviluppo mentale: viene definito da capitale umano e da benessere mentale.*

Se queste "opportunità" non vengono adeguatamente colte sono probabili deficit nel funzionamento psicologico. Alla comparsa di un disturbo anche lieve una diagnosi precoce è fondamentale se a questa fa seguito un intervento tempestivo e appropriato finalizzato ad un miglioramento sia del quadro sintomatologico che dello sviluppo del bambino<sup>3-5</sup>. Un'identificazione precoce a cui consegue un'immediata presa in carico e trattamento è fondamentale in quanto consente di prevenire le conseguenze di varia entità, a breve e lungo termine, sia sull'individuo che sulla famiglia e sull'intera società.

L'attenzione ai fattori di rischio e l'attivazione dei fattori protettivi consentono di mettere in atto interventi di promozione della salute (anche) mentale non solo curativi, ma anche preventivi per tutti i livelli, atti e fasi della prevenzione. Alcuni fattori di rischio sono maggiormente associati a specifici disturbi, per esempio quelli relativi allo spettro autistico sono: l'età paterna, il basso peso alla nascita, l'ipossia fetale e lo stress respiratorio. Mentre il basso peso alla nascita, l'età gestazionale e il reddito familiare sono invece maggiormente correlati al disturbo dell'attenzione e dell'iperattività<sup>6</sup>. La grande plasticità del sistema nervoso nei primi anni di vita può essere regolata sia da fattori positivi che negativi e l'attivazione di programmi di screening basati su tali associazioni può ridurre la gravità dell'espressione sintomatologica e delle ricadute funzionali dei disturbi<sup>7-10</sup>.

Da qui l'importanza dell'"occhio" e della pratica clinica del pediatra, in particolare quello di famiglia, nell'individuare precocemente potenziali disturbi.

Il ruolo dei genitori nell'identificazione dei primi sintomi è cruciale e anche i genitori devono essere coinvolti nella valutazione. Sono i genitori che si accorgono del ritardo nell'acquisizione di alcune tappe evolutive fondamentali o delle caratteristiche comportamentali atipiche nella risposta del proprio bambino agli stimoli, ai richiami o in generale nella comunicazione e nella relazione con gli altri. È quindi importante coinvolgere attivamente i genitori sin dalla fase della diagnosi.

In tutta la medicina e anche nell'ambito della neuropsichiatria infantile l'attenzione è sempre più rivolta alla prevenzione. È infatti ampiamente dimostrato che nella psicopatologia infantile la prevenzione consente di ridurre l'incidenza di patologie psichiatriche gravi non solo nel corso della crescita, ma anche nell'età adulta. Preservare la salute mentale del bambino è essenziale per prevenire l'insorgenza dei disturbi mentali in tutto il corso della vita e questa azione dovrebbe essere una delle priorità anche a livello politico e istituzionale<sup>9</sup>. Purtroppo la disattenzione istituzionale è cronica e l'organizzazione dei servizi di cura e riabilitazione neuropsichiatrica per l'età evolutiva sconta ritardi nell'allocazione di risorse e nell'uso appropriato e qualitativo di queste ultime<sup>11</sup>. In tale contesto diventa ancora più rilevante il ruolo delle figure e delle professionalità che accompagnano il bambino per l'acquisizione del miglior benessere: i genitori osservatori privilegiati; il pediatra di famiglia come referente dei genitori, primo punto di riferimento e responsabile dell'*advocacy* a sostegno dello star bene del bambino; il neuropsichiatra/psicologo in quanto specialista. Col crescere saranno anche l'educatore e l'insegnante a dover essere coinvolti affinché l'efficacia di un intervento con il bambino ne benefici. Purtroppo nella pratica sia la condivisione di informazioni che la raccolta/osservazione necessitano di sistematizzazione, di criteri basati su

*Un disturbo lieve va indagato e diagnosticato precocemente perché possa seguire un intervento tempestivo ed efficace.*

*In ambito di neuropsichiatria infantile e salute mentale del bambino la prevenzione è ancora e sempre più importante.*

## ARGOMENTO

prove di evidenza e di fattibilità. A tale proposito, nell'ambito dell'albero-progetto NASCITA<sup>12</sup> è stato attivato un ramo mirato a costruire un approccio condiviso e attivo tra genitori, pediatri e neuropsichiatri/psicologi in occasione dei bilanci di salute dei due anni d'età. La possibilità di avviare programmi di screening è connessa alla difficoltà di individuare uno strumento specifico e sensibile per identificare i soggetti maggiormente a rischio<sup>13</sup>. Sono stati scelti tre test che fossero semplici da utilizzare da parte del pediatra e dei genitori, validati per il contesto italiano e che fossero sensibili in termini di precisione e accuratezza nel fornire informazioni, quindi utili nell'individuare precocemente un potenziale bisogno così da attivare l'accompagnamento del bambino e della famiglia ad un approfondimento (vedi Appendice).

*Tre test per identificare i soggetti maggiormente a rischio, semplici da utilizzare sia per il pediatra sia per i genitori.*

## LE COMPETENZE E LE ATTITUDINI DEL BAMBINO

### *Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised (M-CHAT-R)*

L'M-CHAT-R è uno strumento di screening per l'autismo. I destinatari dello strumento sono i genitori e il suo obiettivo è valutare il rischio del bambino di soddisfare i criteri per un disturbo dello spettro autistico. Tuttavia con il test si vogliono indagare quattro aree (il linguaggio, le competenze sociali, il comportamento, l'area sensoriale) oggetto di valutazione di tutti i bambini da parte del pediatra.

Ricevere una diagnosi tempestiva dovrebbe consentire l'attivazione al bisogno di interventi volti a migliorare il livello verbale, di apprendimento e relazionale<sup>13</sup>. Sebbene nell'ultimo decennio la diagnosi precoce dei disturbi dello spettro sia migliorata vi è un ulteriore margine di miglioramento e il contributo del pediatra di famiglia è determinante<sup>14</sup>.

La M-CHAT-R è uno strumento di screening da sottoporre ai genitori costituito da 20 item a risposta dicotomica (sì/no) volti a indagare i comportamenti usuali del bambino<sup>15</sup>. La maggior parte delle domande che portano a una risposta negativa indica un potenziale rischio di disturbo. Se il punteggio è minore di 3, il bambino risulta essere a basso rischio, con punteggio tra 3 e 7 a medio rischio, infine se il punteggio è maggiore di 8, il bambino risulta essere a rischio elevato. In questo caso si suggerisce un intervento immediato di approfondimento diagnostico da parte di un neuropsichiatra/psicologo.

Nel caso di un punteggio 3-7 si può procedere ad un approfondimento ulteriore da parte del pediatra di famiglia utilizzando l'intervista di follow-up. L'intervista consente di migliorare il valore predittivo positivo del test raccogliendo informazioni aggiuntive ed esempi specifici dei comportamenti risultati "a rischio" nella checklist iniziale. Qualora all'intervista di follow-up si dovesse avere un numero di risposte positive  $\geq 2$  viene suggerito un approfondimento diagnostico da parte di uno specialista. Per il progetto NASCITA l'intervista di follow-up non è stata utilizzata perché per l'approfondimento da parte del pediatra è stata utilizzata una apposita lista di domande a cui rispondere acquisendo informazioni nel corso della visita (tra queste la batteria prevista dai CDC ai due anni d'età)<sup>16</sup>.

L'utilizzo della M-CHAT-R da parte del pediatra consente una valutazione più accurata e condivisa con l'osservazione dei genitori delle quattro aree dello sviluppo così da meglio gestire i potenziali bisogni (tabella I).

*M-CHAT-R: consente una valutazione accurata e condivisa con i genitori.*

L'M-CHAT-R è un'importante risorsa anche per i genitori in quanto permette loro di osservare i comportamenti «usuali» del bambino, potendo confrontare ciò che il proprio figlio è in grado di fare rispetto ai comportamenti normotipici di quella fascia evolutiva, acquisendo maggiori consapevolezza e capacità di osservazione dei comportamenti del bambino (*empowerment* genitoriale).

## IL DISTRESS GENITORIALE

### Parenting Stress Index – Short Form (PSI-SF)

Il distress genitoriale è stato descritto come il grado di discrepanza percepita dal genitore tra le richieste del figlio e le proprie capacità di farvi fronte adeguatamente<sup>17</sup>. È influenzato dalle caratteristiche del bambino, del geni-

**Tabella 1. Informazioni che il pediatra e il genitore possono acquisire con i risultati dei 3 test.**

Per il pediatra	Per il genitore
<p><b>M-CHAT-R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intercettare i segni di allarme relativi al bambino, soprattutto in coloro che sono considerati a maggior rischio evolutivo.</li> <li>• Mobilitare in anticipo la rete territoriale, «accompagnando» ai servizi/professionisti in modo appropriato.</li> <li>• Apprendere nuove tecniche tramite utilizzo di strumenti/test standardizzati e utilizzati nella pratica clinica.</li> <li>• Verificare se vi è una concordanza tra i comportamenti osservati durante la visita e quelli evidenziati come deficitari dai genitori nel questionario.</li> </ul>	<p><b>M-CHAT-R</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I genitori diventano osservatori dei comportamenti «usuali» del bambino, potendo confrontare ciò che il proprio figlio è in grado di fare rispetto ai comportamenti «tipici» di quella fascia evolutiva.</li> <li>• Maggiore consapevolezza dei comportamenti tipici e atipici.</li> <li>• Viene rafforzato il ruolo del pediatra come figura di riferimento al quale potersi affidare nel momento del bisogno/dubbio.</li> <li>• Confrontarsi con gli altri genitori rispetto alle proprie preoccupazioni sullo sviluppo del figlio.</li> </ul>
<p><b>PSI-SF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ottenere una misura «oggettiva» del malessere del genitore, a supporto dell'invio ai servizi e professionisti appropriati.</li> <li>• Instaurare una buona alleanza con i genitori, conoscere le loro preoccupazioni, percezioni, vissuti negativi o positivi, con il fine di supportarli.</li> </ul>	<p><b>PSI-SF</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concedersi uno spazio di riflessione sui propri vissuti e percezioni di sé come genitore, dell'influenza che la genitorialità ha sul proprio benessere generale.</li> <li>• Notare come questi aspetti interagiscono con le caratteristiche del bambino.</li> <li>• Ricevere rispecchiamento e validazione delle proprie fatiche e un feedback oggettivo sul proprio stato psicologico.</li> <li>• Vedere riconosciuta la possibilità di chiedere aiuto.</li> <li>• Il pediatra diventa una figura di riferimento al quale potersi affidare nel momento del bisogno/dubbio, non solo rispetto alle esigenze del bambino, ma anche alle proprie.</li> </ul>
<p><b>DEERS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intercettare i segni di allarme relativi a ciascun genitore.</li> <li>• Tranquillizzare il genitore ansioso.</li> <li>• Modulare la propria comunicazione in base all'emotività del genitore.</li> <li>• Individuare fattori di rischio nel genitore.</li> <li>• Rafforzare le risorse del genitore.</li> <li>• Prevenire interazioni disfunzionali genitore-bambino.</li> <li>• Supportare il genitore nelle proprie difficoltà emotive.</li> </ul>	<p><b>DEERS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Concedersi uno spazio per riflettere sul proprio funzionamento emotivo.</li> <li>• Acquisire maggiore consapevolezza delle proprie risorse e limiti.</li> <li>• Prendere contatto con le proprie emozioni.</li> <li>• Imparare a modulare le reazioni emotive.</li> <li>• Riflettere sulle strategie messe in atto.</li> <li>• Sostituire strategie poco efficaci.</li> <li>• Confrontarsi con il proprio partner.</li> </ul>

## ARGOMENTO

tore, e del contesto di appartenenza. Diventare genitori rappresenta di per sé un fattore potenzialmente stressante e il distress genitoriale aumenta in presenza di bambini difficili, con sviluppo atipico, eventi stressanti e ridotto supporto sociale<sup>18</sup>.

Per valutarlo è stato utilizzato il *Parenting Stress Index – Short Form* (PSI-SF), un questionario autosomministrato validato in italiano nel 2008<sup>19</sup>. Il PSI-SF è composto di 36 item a cui il genitore deve attribuire un punteggio su una scala Likert a 5 punti in base al grado d'accordo. Gli item appartengono a 3 scale:

- la scala del **Distress genitoriale** descrive la percezione dell'impatto che la genitorialità ha avuto sulla propria vita, in termini di sacrificio, responsabilità e conflitto con il partner, oltre che più generali sentimenti di insoddisfazione, inefficacia personale e solitudine;
- la scala dell'**Interazione disfunzionale genitore-figlio** mira ad individuare i sentimenti negativi connessi alla delusione delle aspettative di rinforzo positivo che il genitore ripone nei confronti dell'interazione con il figlio;
- la scala del **Bambino difficile** indica la percezione che il genitore ha delle richieste e delle caratteristiche di temperamento difficile del bambino, come l'emotività negativa, l'irritabilità, i comportamenti provocatori e disobbedienti.

Sommando i tre punteggi si ottiene un totale quale indicatore generale del distress del genitore. I valori  $\geq 85$  (per i genitori di bambini di età  $< 3$  anni) sono considerati come indicativi di livelli elevati di distress.

Il test comprende anche una scala di Risposta difensiva (non inclusa nel punteggio totale), la quale valuta il grado con cui il soggetto risponde al questionario con la tendenza a dare un'immagine di sé più favorevole.

Punteggi elevati di distress genitoriale valutato nell'infanzia e nell'età prescolare del figlio sono stati associati a sintomi internalizzanti ed externalizzanti e a ridotte competenze sociali del bambino in età prescolare<sup>18,20</sup>, così come a esiti psicopatologici nello sviluppo successivo<sup>21,22</sup>.

Esistono evidenze che il distress genitoriale influenzi il benessere psicologico del bambino<sup>18,21</sup>. Questo avviene perché il bambino subisce lo stress, l'irritabilità del genitore e la negatività del clima familiare che ne deriva, anche quando i comportamenti del genitore non sono rivolti al figlio stesso. Inoltre, fattori che causano distress nel genitore, come avversità familiari, eventi stressanti, fattori genetici e temperamentali, possono quindi spiegare anche problematiche emotive e comportamentali del bambino. Tuttavia nella forza dell'associazione tra distress genitoriale e stato psicologico del figlio anche altri fattori possono agire quali il *parenting* (le competenze genitoriali, il modo in cui i genitori assolvono alle funzioni genitoriali, la genitorialità) e la relazione d'attaccamento<sup>23,24</sup>. Un genitore stressato è propenso a interpretare negativamente i comportamenti del bambino e rispondere con minore sensibilità e responsività ai suoi bisogni, mostra meno coinvolgimento e vicinanza affettiva nella relazione con il figlio e assume uno stile educativo maggiormente autoritario. Risultano pertanto più frequenti i conflitti nella diade ed è più alto il rischio di maltrattamento.

Poiché i punteggi ottenuti dalla somministrazione del PSI-SF costituiscono validi indicatori non solo delle difficoltà psicologiche del genitore, ma anche

*Esiste, confermata dalle evidenze, una forte associazione tra distress genitoriale e benessere psicologico del bambino.*

delle interazioni genitore-bambino stressanti e di difficoltà psicologiche del bambino, il test può essere considerato un ottimo strumento per identificare precocemente le situazioni a rischio psicopatologico, con il fine di compiere valutazioni specialistiche più approfondite e avviare tempestivamente interventi con il genitore, con il bambino o con la diade.

Con i risultati del PSI-SF il pediatra dispone di una misura «oggettiva» del malessere del genitore in termini di preoccupazioni, percezioni, vissuti negativi o positivi così da poter meglio contribuire, anche indirizzando/accompagnando ai servizi appropriati, a contenere o ridurre il distress genitoriale (tabella I). Il pediatra diviene inoltre una figura di riferimento alla quale potersi affidare nel momento del bisogno, non solo per le esigenze del bambino, ma anche per le proprie.

Compilare il PSI-SF da parte del genitore lo costringe a riflettere sui propri vissuti, sulle percezioni di sé come genitore e sull'influenza che questi hanno non solo sul proprio benessere generale, ma anche su quello del figlio. Anche in questo caso un'azione volta all'*empowerment* genitoriale.

## LA DISREGOLAZIONE EMOTIVA

### *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*

Per disregolazione emotiva si intende la difficoltà della persona nel riconoscere, interpretare e regolare le proprie emozioni, rendendole adattive in base al contesto in cui si trova<sup>25,26</sup>. Non significa quanto la persona sia capace di controllare o reprimere le emozioni, specialmente quelle spiacevoli, ma quanto lo sia di sperimentarle tutte (gioia, paura, tristezza, rabbia, sorpresa, disgusto), modularne l'intensità e l'espressività. La disregolazione emotiva gioca un ruolo importante nello sviluppo emotivo del bambino e più tardi nello sviluppo sociale dell'adolescente, costituendo uno dei fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi del neurosviluppo come l'ADHD, i disturbi del comportamento, l'uso di sostanze e il rischio suicidario<sup>27-29</sup>.

Dove si apprende? Come si tramanda? La traiettoria intergenerazionale della disregolazione emotiva viene tramandata di genitore in figlio influenzandone lo sviluppo emotivo e più tardi lo sviluppo sociale<sup>25,26,28</sup>. Diversi sono i meccanismi attraverso i quali il bambino impara a regolare le emozioni. La prima è quella dell'osservazione e imitazione dei modelli genitoriali. Ma anche il clima emotivo familiare che può essere allarmante, imprevedibile oppure distanziante, repressivo e punitivo può determinare la regolazione delle emozioni. La modalità in cui vengono percepite le emozioni da parte dei genitori è importante: se sono accolte positivamente oppure punite; se sia lecito esprimerle apertamente oppure siano fonte di vergogna; quali credenze sono associate ad esse; se il bambino viene reputato debole, lamentoso; se provocano senso di colpa nel genitore per non essere in grado di far fronte allo stato d'animo del proprio figlio. I genitori insegnano ai propri figli (anche inconsapevolmente o in modo passivo) strategie per far fronte alle emozioni, se esternalarle (es. pianto, grida) oppure reprimerle e tenerle per sé per non mostrarsi deboli davanti agli altri, imparare a calmarsi attraverso il respiro, oppure evitarle e nasconderle. La regolazione emotiva non può essere scissa dalla relazione di attaccamento che si instaura tra il bambino e il *caregiver*, come il genitore accoglie e risponde ai bisogni

*La disregolazione emotiva corrisponde con la difficoltà di riconoscimento, interpretazione e regolamentazione delle proprie emozioni.*

## ARGOMENTO

del figlio, costituisce una base sicura per quest'ultimo alla quale rivolgersi quando è in difficoltà per poi tornare ad esplorare l'ambiente e costruirsi la propria autonomia e indipendenza.

I fattori che contribuiscono alla disregolazione emotiva possono essere individuali, familiari, socio-culturali, economici. Le caratteristiche temperamentali proprie del genitore e del bambino sono mediatori nella regolazione delle emozioni, oltre al livello di stress percepito. Maggiore è lo stress percepito e minore è la capacità di regolare le emozioni aumentando l'esito negativo nello sviluppo emotivo, cognitivo e sociale del bambino già dai primi anni di vita.

La scala DERS è un questionario autosomministrato sviluppato nel 2004 e tradotto in diverse lingue, tra cui l'italiano<sup>30,31</sup>. Formata da 36 item con risposta su scala Likert a 5 punti (da "quasi mai" a "quasi sempre") la DERS è composta da 6 scale dimensionali che misurano: il grado di attenzione prestata al proprio stato emotivo (*awareness*), la chiarezza nel comprendere distintamente quale emozione si sta provando (*clarity*), la difficoltà nel mantenere il controllo del proprio comportamento quando si provano emozioni negative (*impulsivity*), la difficoltà nel distrarsi dall'emozione negativa che si sta provando e quindi portare a termine ciò che si sta svolgendo (*goals*), la scarsa accettazione rispetto le proprie emozioni (*non acceptance*) e il livello di fiducia nelle proprie capacità e strategie di regolazione emotiva (*strategies*).

Maggiore è il punteggio totale ottenuto, maggiori saranno le difficoltà emotive riscontrate (la disregolazione emotiva di chi compila). Caratteristiche dei genitori "disregolati" sono: la tendenza a provare emozioni negative secondarie, ossia in risposta al proprio stato d'animo come vergogna, disagio e frustrazione; la tendenza a reprimere e minimizzare il vissuto emotivo, arrivando a "far finta di niente"; la difficoltà nel portare a termine un compito perché sopraffatti dal rimuginio; il senso di inadeguatezza che rende difficile distrarsi da ciò che si sta provando in quel momento; l'impulsività e lo scarso controllo emotivo che può essere esternalizzato (es. aggressività, urla, scoppi d'ira, pianto) oppure internalizzato (es. ansia, depressione, sintomi psicosomatici)<sup>32-34</sup>. Altri aspetti della mancata regolazione emotiva sono la scarsa fiducia nelle proprie capacità, come il sentirsi inadeguati, sopraffatti e disperati o la mancanza di mentalizzazione, ossia di prestare adeguata attenzione al proprio vissuto, riconoscere l'emozione che si sta sperimentando sentendosi quindi confusi, spaventati e paralizzati.

Disporre dei risultati di questa scala permette al pediatra di intercettare sintomi di interazioni disfunzionali genitore-bambino relativi a ciascun genitore così da poter indirizzare/consigliare il genitore ad un approfondimento presso uno specialista nell'interesse reciproco, del genitore e del figlio, e anche poter sostenere il genitore nelle proprie difficoltà emotive, individuandone le risorse e aiutandolo a prestare maggiore attenzione a sé, ad ascoltarsi e a riflettere sul proprio vissuto (tabella I). Compilare il questionario DERS comporta per il genitore il concedersi uno spazio in cui riflettere sul proprio vissuto emotivo e farne una valutazione. Se lo fa anche il partner e ci si confronta dopo la compilazione può rappresentare un'occasione di condivisione e partecipazione dei propri limiti e delle capacità di

*La disregolazione emotiva può dipendere da fattori individuali, familiari, socio-culturali ed economici.*

*La scala DERS permette al pediatra di intercettare sintomi di interazioni disfunzionali genitore-bambino.*

modulare le proprie reazioni oppure esternalarle rinforzando il rapporto di genitorialità e l'individuazione di bisogni.

#### DATI PRELIMINARI DELLO STUDIO NASCITA

L'analisi preliminare fa riferimento ai risultati dei test sottoposti a 380 genitori (142 coppie, 215 madri e 23 padri) e dalle informazioni raccolte da 45 pediatri di famiglia durante la visita del bilancio di salute ai due anni d'età.

► **M-CHAT-R.** 33 bambini (9%) sono risultati a rischio riportando un punteggio  $\geq 3$  e 1 di questi è risultato essere ad elevato rischio. Questi tassi sono in accordo con quanto riportato in letteratura con ampia variabilità (4-14%) utilizzando lo stesso strumento<sup>35-38</sup>. Nel corso delle analisi è emersa una correlazione significativa tra i comportamenti descritti dai genitori come deficitari nell'M-CHAT-R e tre specifici item valutati dal pediatra e contemplati dalla *Milestone Checklist*<sup>38</sup> utilizzata nel corso dei vari bilanci di salute. Gli item risultati significativi di approfondimento sono:

1. usa il dito indice per indicare (richiedere o mostrare);
2. tiene una matita o un bastoncino e scarabocchia sulla carta o per terra/sul pavimento;
3. sa dire alcune frasi con un numero di parole compreso tra 2 e 4.

► **PSI-SF.** Per 64 bambini (16,8%) il test è risultato positivo di distress dei genitori e in particolare nel 13,2% dei questionari compilati dalle madri, nel 13,9% di quelli compilati dai padri e nel 4,2% di quelli da entrambi. Possiamo ipotizzare che in queste famiglie, dove entrambi i genitori esprimono distress riconducibile alla genitorialità, i bambini siano esposti a maggiore rischio di sviluppare problematiche psicologiche e l'intervento debba essere tempestivo. Inoltre non sono trascurabili i risultati relativi alle risposte difensive che rappresentano il 25,6% dei risultati positivi nelle madri, il 29,3% nei padri e il 41,5% nelle coppie genitoriali – almeno un genitore con risultato positivo. È ipotizzabile dunque che diversi genitori abbiano voluto offrire un'immagine di sé e della propria esperienza genitoriale più positiva. Questi dati evidenziano l'importanza per il pediatra di costruire un rapporto di fiducia e alleanza con i genitori affinché si sentano maggiormente disponibili a condividere le proprie difficoltà e ricevere aiuto.

Considerando le sottoscale del PSI-SF la maggiore prevalenza di positività si osserva nelle risposte della scala Bambino difficile (26,1% nelle madri, 26,3% nei padri, 37,3% nella coppia genitoriale), mentre risultano inferiori i punteggi delle scale Distress genitoriale e Interazione disfunzionale genitore-figlio. L'andamento si inverte nei casi risultati negativi. Quindi il PSI-SF è efficace nell'identificare bambini che posseggono tratti temperamentali difficili con maggiore rischio psicopatologico e che i genitori di questi bambini siano soggetti a sperimentare maggiori livelli di stress.

► **DEFS.** Sono 19 i bambini (5%) con almeno un genitore positivo al test. Il 2,8% delle madri e il 6,1% dei padri riportano punteggi clinicamente significativi. Le prevalenze sono risultate simili nei test effettuati da entrambi i genitori, suggerendo quindi una tendenza dei papà a esprimere una maggiore disregolazione emotiva e una minore sicurezza riguardo le proprie capacità genitoriali.

*3 test, 380 genitori,  
45 pediatri di  
famiglia, nell'ambito  
della visita del  
bilancio di salute  
ai due anni di età.*



## ARGOMENTO

► **M-CHAT-R, PSI-SF, DERS.** Analizzando i risultati ottenuti con i tre test il pediatra è nella condizione di valutare potenziali disturbi del bambino, ma anche l'associazione con la genitorialità nel manifestarsi della sintomatologia così da accompagnare adeguatamente la diade dallo specialista (neuropsichiatra/psicologo) a cui verrà riferito il caso.

La maggior parte dei genitori (287/380) non riporta alcun campanello d'allarme rispetto al proprio bambino, nessun segnale di stress genitoriale e una buona regolazione emotiva (tabella II). Nessun campanello d'allarme viene rilevato da 60/380 genitori dei quali: 42 si ritengono stressati pur mantenendo una buona regolazione emotiva, 7 non segnalano livelli elevati di stress a fronte di una eccessiva disregolazione emotiva, e 11 sono eccessivamente allarmati e disregolati. Aspetti problematici nel bambino emergono per 33/380 genitori: 21 non mostrano segnali di stress né di mancata regolazione emotiva, 11 riferiscono un elevato livello di stress con buone capacità di regolazione emotiva e un solo genitore ha difficoltà a regolarsi senza tuttavia percepire il livello di stress. Lo scenario peggiore, in cui tutti i test risultano positivi, non si profila per nessuno. Combinando i risultati ottenuti dai tre test e dalla valutazione clinica, accertatosi delle condizioni del bambino rispetto ai risultati emersi, il pediatra può restituire ai genitori una sintetica descrizione di quanto emerso e sintetizzare una relazione strutturata per lo specialista (ultima colonna tabella II). In generale sembrano emergere due tendenze opposte, la minimizzazione e l'esagerazione del potenziale disturbo. Quindi compito del pediatra è anche quello di verificare che quanto riportato dai genitori corrisponda alla reale condizione del bambino. Sarà poi lo specialista, se necessario, a meglio definire la presenza del disturbo e la sua entità.

I risultati discordanti tra M-CHAT-R e PSI-SF potrebbero indicare scenari a rischio psicopatologico elevato, dove il genitore non coglie e non si prende cura in modo adeguato dei bisogni del bambino.

*Due le tendenze opposte che emergono: minimizzare o esagerare il potenziale disturbo da parte dei genitori; compito del pediatra è anche verificare la reale condizione del bambino.*

## LA COMUNICAZIONE ATTESA PER PROCEDERE

L'utilizzo nella pratica della pediatria di famiglia di strumenti standardizzati come quelli qui presentati può consentire di individuare precocemente e in modo oggettivo elementi indicativi di un problema potenziale o in essere, consentendo una valutazione specialistica più tempestiva.

Pensiamo per esempio a quelle situazioni nelle quali il genitore segnala problematiche che il pediatra non ha modo di osservare direttamente, ma che deve valutare per poi agire. Oppure, al contrario, quando il pediatra coglie elementi disfunzionali che invece il genitore non vuole o non è in grado di vedere: situazione che dilata i tempi e limita le modalità di intervento.

Il genitore arriva dal neuropsichiatra infantile con uno stato d'animo che varia da una vaga diffidenza, a uno stato d'ansia e di paura, fino ad arrivare ad atteggiamenti di resistenza e ostilità. C'è paura del giudizio, del "verdetto diagnostico", che venga messa in dubbio la stessa potestà genitoriale. Tutto questo condiziona l'atteggiamento iniziale del genitore nella relazione con il neuropsichiatra: spesso di tipo normalizzante o al contrario eccessivamente allarmato, oppure negante. Questa condizione fa sì che molte informazioni utili alla comprensione del problema vengano perse o emergano molto avanti

nella valutazione. Si tratta di informazioni relative a tutti quei fattori che intervengono nell'eziopatogenesi della psicopatologia dell'età evolutiva, non solo inerenti direttamente il bambino, ma anche la storia dei genitori e delle famiglie di origine, lo stile educativo e il tipo di attaccamento. Queste informazioni sono importanti per lo specialista per orientare la diagnosi, per ipotizzare una traiettoria evolutiva del disturbo e per impostare un'appropriatezza terapia, potendo scegliere il tipo di trattamento funzionale non solo alla cura del sintomo manifestato, ma anche a prevenire l'aggravamento. È compito del neuropsichiatra vincere le resistenze del genitore e instaurare una relazione di fiducia affinché queste informazioni possano emergere. In tale contesto il ruolo del pediatra di famiglia può essere facilitante perché conosca sia il bambino fin dalla nascita che il nucleo familiare e ha osservato e valutato le potenziali disfunzionalità.

Una comunicazione condivisa all'interno della triade genitore-pediatra-neuropsichiatra in termini di tempestività e specificità di intervento potrebbe quindi contribuire anche all'efficacia della risposta. Con l'esercizio fatto creando un ramo pilota del progetto NASCITA, si è dimostrata la fattibilità di attivare un processo di comunicazione utilizzando un linguaggio comune

**Tabella II.** Dati preliminari studio NASCITA per M-CHAT-R, PSI-SF, DERS e potenziali indicazioni del pediatra per lo specialista.

M-CHAT-R	PSI-SF	DERS	Totale	Relazione pediatra
-	-	-	287	Non emergono difficoltà: nella norma.
+	-	-	21	Verificare i segni di allarme relativi al bambino; se presenti: a. il genitore minimizza questi campanelli d'allarme? b. il genitore riesce a far fronte allo stress e alla regolazione emotiva in modo adeguato?
-	+	-	42	In quali dimensioni il genitore risulta stressato? Percepisce se stesso/il bambino /l'interazione come difficile? Esagera le difficoltà?
-	-	+	7	La disregolazione è data da altri fattori (individuali /coppia /lavoro /salute...).
+	+	-	11	Verificare segni di allarme relativi al bambino; se presenti: a. in quali dimensioni il genitore risulta stressato? b. percepisce se stesso/il bambino /l'interazione come difficile? c. riconosce lo stress, ma riesce a far fronte alla regolazione emotiva in modo adeguato.
+	-	+	1	Verificare i segni di allarme relativi al bambino; se presenti: a. il genitore minimizza questi campanelli d'allarme? b. riesce a far fronte allo stress, ma ha difficoltà a regolare le proprie emozioni. Non comprende perché si sente così? c. la disregolazione è data da altri fattori (individuali /coppia /lavoro /salute...)?
-	+	+	11	In quali dimensioni il genitore risulta stressato? Percepisce se stesso/il bambino /l'interazione come difficile? Esagera le difficoltà? Non riesce a far fronte alla regolazione emotiva in modo adeguato (ansia, panico).
+	+	+	0	Verificare i segni di allarme relativi al bambino. Nucleo ad elevato rischio.

Cut off: M-CHAT-R  $\geq 3$ ; PSI-SF  $\geq 85$ ; DERS  $\geq 98$

-, risultati sotto il valore soglia; +, risultati clinicamente significativi, sopra il valore soglia.

## ARGOMENTO

rappresentato anche da strumenti standardizzati quali quelli qui presentati. Si pensi per esempio all'M-CHAT come segnalatore precoce di comportamenti suggestivi dei disturbi dello spettro autistico, in base al quale il neuropsichiatra inizierà a svolgere subito approfondimenti in quella direzione. Così come la DERS come indicatore di alta espressività emotiva genitoriale in grado di orientare, fin dall'inizio della fase valutativa, verso una problematica nelle dinamiche di attaccamento. Ovviamente la comunicazione pediatra-neuropsichiatra dovrebbe essere a doppio senso e prevedere una restituzione di informazioni da parte del neuropsichiatra concernenti la diagnosi, la presa in carico, il trattamento.

Una comunicazione diretta oltre a garantire la collaborazione fra le parti consentirebbe di evitare errori dovuti all'intermediario-genitore che non sempre è in grado di comprendere o di riferire correttamente. Nei casi più lievi, nei quali si decide di assumere una condotta d'attesa e di rivedere il paziente dopo un tempo prefissato, il coinvolgimento attivo del pediatra di famiglia può contribuire a prevenire i casi di *drop out* avendo l'occasione di vedere il bambino o il genitore nel periodo di attesa; trasformando un tempo d'attesa in vigile osservazione. Come ha avuto modo di mettere in luce aspetti disfunzionali per i quali ha dato indicazione documentata per una prima valutazione specialistica, allo stesso modo il pediatra di famiglia è "alleato" attivo monitorando il percorso di cura condiviso con il neuropsichiatra. Un percorso che vede la partecipazione attiva del pediatra di famiglia nel triage d'accesso ai servizi di neuropsichiatria infantile. Un percorso a tutt'oggi accidentato per pazienti e famiglie che ne hanno diritto. **R&P**

Il presente articolo esce in contemporanea anche sull'edizione di *Medico e Bambino* del mese di maggio e sul numero 3 di *Quaderni acp*.

## BIBLIOGRAFIA

1. Ordóñez AE, Collins PY. Advancing Research to Action in Global Child Mental Health. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2015; 24: 679-97.
2. Thompson RA, Nelson CA. Developmental science and the media. *Early brain development. Am Psychol* 2001; 56: 5-15.
3. Dawson G, Rogers S, Munson J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics* 2010; 125(1): e17-23.
4. Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, et al. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. *Pediatrics* 2011; 127: e1303-11.
5. Hyman SL, Levy SE, Myers SM. Identification, evaluation, and management of children with autism spectrum disorder. *Pediatrics* 2020; 145: e20193447.
6. Carlsson T, Molander F, Taylor MJ, Jonsson U, Bölte S. Early environmental risk factors for neurodevelopmental disorders - a systematic review of twin and sibling studies. *Dev Psychopathol* 2021; 33: 1448-95.
7. Muratori F, Narzisi A, Cioni G. Attualità nell'individuazione precoce dei disturbi della vita mentale: l'autismo come esempio. *Neuropsichiatria* 2011; 41: 135-42.
8. Cioni G, D'Acunto G, Guzzetta A. Perinatal brain damage in children: neuroplasticity, early intervention, and molecular mechanisms of recovery. *Prog Brain Res* 2011; 189:139-54.
9. Lipkin PH, Macias MM; Council On Children with Disabilities, Section on Developmental and Behavioral Pediatrics. Promoting Optimal Development: Identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. *Pediatrics* 2020; 145: e20193449.
10. Fonagy P. Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Ment Health J* 1998; 19: 124-50.
11. Gruppo di lavoro per la Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e l'Adolescenza (CRC). XI Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione dei diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia. Ottobre 2020. <https://grupprocrc.net/documento/11-rapporto-crc/> (ultimo accesso 7 aprile 2022).

## G. Segre, et al.: Uno sguardo al neurosviluppo raggiunto ai 2 anni d'età

12. Pansieri C, Clavenna A, Pandolfini C, et al. NASCITA Italian birth cohort study: a study protocol. *BMC Pediatr* 2020; 20: 80.
13. Clark MLE, Vinen Z, Barbaro J, et al. School age outcomes of children diagnosed early and later with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord* 2018; 48: 92-102.
14. Bonati M, Cartabia M, Clavenna A. Still too much delay in recognition of autism spectrum disorder. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022; 31: e1.
15. Robins DL, Fein D, Barton M. The Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F). Self-published; 2009. [https://www.cpqcc.org/sites/default/files/M-CHAT-R\\_F\\_1.pdf](https://www.cpqcc.org/sites/default/files/M-CHAT-R_F_1.pdf) (ultimo accesso 7 aprile 2022).
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Important Milestones: your child by two years. <https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/milestones/milestones-2yr.html> (ultimo accesso 7 aprile 2022).
17. Jennings KD, Dietz LJ. Stress of parenting. In Fink G (ed.). *Encyclopedia of stress* (2nd ed., pp. 79-83). San Diego, CA: Elsevier, 2007.
18. Anthony L, Anthony B, Glanville D, et al. The relationships between parenting stress, parenting behavior and preschoolers' social competence and behavior problems in the classroom. *Infant Child Dev* 2005; 14: 133-54.
19. Guarino A, Di Blasio P, D'Alessio M, Camisasca E, Serantoni G. *Parenting Stress Index*. Firenze: Giunti OS, 2008.
20. Hattangadi N, Cost KT, Birken CS, et al. Parenting stress during infancy is a risk factor for mental health problems in 3-year-old children. *BMC Public Health* 2020; 20: 1726.
21. Crnic KA, Gaze C, Hoffman C. Cumulative parenting stress across the preschool period: relations to maternal parenting and child behavior at age 5. *Infant Child Dev* 2005; 14: 117-32.
22. Hintsanen M, Gluschkoff K, Dobewall H, et al. Parent-child-relationship quality predicts offspring dispositional compassion in adulthood: a prospective follow-up study over three decades. *Dev Psychol* 2019; 55: 216-25.
23. Abidin RR. *Parenting Stress Index* (4th ed.). Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc, 2012.
24. Miragoli S, Balzarotti S, Camisasca E, Di Blasio P. Parents' perception of child behavior, parenting stress, and child abuse potential: Individual and partner influences. *Child Abuse Negl* 2018; 84: 146-56.
25. Eisenberg N, Valiente C, Morris AS, et al. Longitudinal relations among parental emotional expressivity, children's regulation, and quality of socioemotional functioning. *Dev Psychol* 2003; 39: 3-19.
26. Morris AS, Silk JS, Steinberg L, et al. The role of the family context in the development of emotion regulation. *Soc Dev* 2007; 16: 361-88.
27. Bunford N, Evans SW, Langberg JM. Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. *J Atten Disord* 2018; 22: 66-82.
28. Buckholdt KE, Parra GR, Jobe-Shields L. Intergenerational transmission of emotion dysregulation through parental invalidation of emotions: implications for adolescent internalizing and externalizing behaviors. *J Child Fam Stud* 2014; 23: 324-32.
29. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol* 1996; 6: 1152-68.
30. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *J Psychopathol Behav Assess* 2004; 26: 41-54.
31. Sighinolfi C, Norcini Pala A, Chiri LR, Marchetti I, Sica C. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS): traduzione e adattamento italiano. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 2010; 16: 141-70.
32. Carreras J, Carter AS, Heberle A, Forbes D, Gray SAO. Emotion regulation and parent distress: Getting at the heart of sensitive parenting among parents of preschool children experiencing high sociodemographic risk. *J Child Fam Stud* 2019; 28: 2953-62.
33. Leerkes EM, Su J, Sommers SA. Mothers' self-reported emotion dysregulation: A potentially valid method in the field of infant mental health. *Infant Ment Health J* 2020; 41: 642-50.
34. Cui L, Zhang X, Han ZR. Perceived child difficulty, emotion dysregulation, and emotion-related parenting among Chinese parents. *Fam Process* 2021; 60: 1403-17.
35. Robins DL, Casagrande K, Barton M, et al. Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics* 2014; 133: 37-45.
36. Brennan L, Fein D, Como A, Rathwell IC, Chen CM. Use of the modified checklist for autism, revised with follow up-Albanian to screen for ASD in Albania. *J Autism Dev Disord* 2016; 46: 3392-407.
37. Guo C, Luo M, Wang X, Huang S, Meng Z, Shao J, Jing J. Reliability and validity of the Chinese version of modified checklist for autism in toddlers, revised, with follow-up (M-CHAT-R/F). *J Autism Dev Disord* 2019; 49: 185-96.
38. Jonsdottir SL, Saemundsen E, Jonsson BG, Rafnsson V. Validation of the modified checklist for autism in toddlers, revised with follow-up in a population sample of 30-month-old children in Iceland: a prospective approach. *J Autism Dev Disord* 2022; 52: 1507-22.

**M-CHAT-R**

Per favore risponda a queste domande tenendo presente qual è il comportamento usuale del suo bambino/a. Se ha visto un certo comportamento alcune volte, ma normalmente il suo bambino/a non si comporta in quel modo, per favore risponda "No".

Sbarri la casella vicino al "Sì" o al "No" a fianco ad ogni domanda. Grazie molte.

- |     |  |                             |                             |
|-----|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1.  | Se Lei indica qualcosa che si trova dall'altra parte della stanza, il suo bambino/a guarda da quella parte? ( <i>per esempio</i> , se Lei indica un giocattolo o un animale, Suo figlio/a guarda verso il giocattolo o l'animale?)                             | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2.  | Si è mai domandato/a se il suo bambino/a possa essere sordo/a?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 3.  | Il suo bambino/a gioca a "far finta che" (gioco di finzione)? ( <i>per esempio</i> , fa finta di bere da una tazza vuota, o fa finta di parlare al telefono, o fa finta di dar da mangiare ad una bambola o a un peluche?)                                     | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 4.  | Al suo bambino/a piace arrampicarsi sulle cose? ( <i>per esempio</i> , sui mobili o sugli attrezzi al parco giochi, o sulle scale?)  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Il suo bambino/a fa dei movimenti insoliti con le dita davanti agli occhi? ( <i>per esempio</i> , muove le dita avanti e indietro vicino agli occhi?)  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Il suo bambino/a indica con un dito per chiedere qualcosa o per chiedere aiuto? ( <i>per esempio</i> , indica una merendina o un gioco fuori portata?)   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Il suo bambino/a indica con un dito per farle vedere qualcosa di interessante? ( <i>per esempio</i> , indica un aereo in cielo o un grosso camion per strada?)   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Il suo bambino/a mostra interesse per gli altri bambini? ( <i>per esempio</i> , guarda altri bambini, sorride a loro, o va verso di loro?)   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Il suo bambino/a Le mostra delle cose portandogliele o tenendole in alto per fargliele vedere? Non per chiedere aiuto, ma soltanto per condividere? ( <i>per esempio</i> , le mostra un fiore, un peluche, o un camion giocattolo?)                            | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 10. | Il suo bambino/a reagisce quando Lei lo/a chiama per nome? ( <i>per esempio</i> , quando Lei lo chiama per nome, il suo bambino/a guarda verso di Lei, parla o fa delle sequenze di suoni (come "ba-ba", "la-la"...) o smette di fare quello che sta facendo?) | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 11. | Quando Lei sorride al suo bambino/a, lui/lei sorride a sua volta verso di Lei?   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 12. | Il suo bambino/a è agitato da rumori comuni? ( <i>per esempio</i> , grida o piange per il rumore di un aspirapolvere o per una musica ad alto volume?)   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 13. | Il suo bambino/a cammina?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 14. | Il suo bambino/a La guarda negli occhi quando Lei gli/le sta parlando, sta giocando con lui/lei, o lo/a sta vestendo?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 15. | Il suo bambino/a cerca di copiare ciò che Lei fa? ( <i>per esempio</i> , La copia quando Lei fa ciao con la mano, batte le mani o fa un rumore buffo?)   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 16. | Se Lei gira la testa per guardare qualcosa, il suo bambino/a si guarda intorno per vedere che cosa Lei sta guardando?  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 17. | Il suo bambino/a cerca di farsi guardare da Lei? ( <i>per esempio</i> , il suo bambino La guarda per farsi fare un complimento, o dice "Guarda" o "Guardami"?)   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 18. | Il suo bambino/a capisce quando Lei gli/le dice di fare qualcosa? ( <i>per esempio</i> , il suo bambino capisce "Metti il libro sulla sedia", o "Portami la copertina" anche se Lei non indica queste cose?)   | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 19. | Se capita qualcosa di insolito, il suo bambino/a La guarda in faccia per capire come Lei si sente in quel momento? ( <i>per esempio</i> , se sente un rumore strano o buffo, o se vede un giocattolo nuovo, il suo bambino/a La guarda in faccia?)             | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 20. | Al suo bambino/a piace fare giochi di movimento? ( <i>per esempio</i> , gli/le piace che lo si faccia dondolare o che lo si faccia rimbalzare sulle ginocchia?)  | Sì <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

## PARENTING STRESS INDEX – PSI – SF

Compilata da  Mamma  Papà

Informazioni sul bambino

Data di nascita        Maschio  Femmina  
giorno mese anno

Indichi con una X la risposta che meglio interpreta esattamente i suoi sentimenti. Indichi la risposta che descrive meglio o che più si avvicina a ciò che Lei prova.

LA PRIMA REAZIONE A CIASCUNA DOMANDA DOVREBBE ESSERE LA SUA RISPOSTA.

Indichi una sola risposta per ogni domanda e risponda a tutte le domande.

Grazie per la collaborazione!

	Fortemente d'accordo	D'accordo	Non è sicuro	In disaccordo	Fortemente in disaccordo
1. Spesso ho la sensazione di non riuscire a far fronte molto bene alle situazioni.	1	2	3	4	5
2. Per venire in contro al bisogno di mio/a figlio/a mi accorgo di sacrificare la mia vita più di quanto mi aspettassi.	1	2	3	4	5
3. Mi sento intrappolata/o dalle mie responsabilità di genitore.	1	2	3	4	5
4. Da quando ho avuto questo/a figlio/a non riesco a fare cose nuove e diverse.	1	2	3	4	5
5. Da quando ho avuto questo/a figlio/a, mi rendo conto che quasi mai riesco a fare le cose che mi piacciono.	1	2	3	4	5
6. Non sono soddisfatto/a dell'ultimo acquisto di abbigliamento che ho fatto per me.	1	2	3	4	5
7. Ci sono un bel po' di cose della mia vita che mi disturbano.	1	2	3	4	5
8. Aver avuto un figlio/a ha causato, nel rapporto con mio/a marito/moglie (o col partner), più problemi di quanto mi aspettassi.	1	2	3	4	5
9. Mi sento sola/o e senza amici.	1	2	3	4	5
10. Quando vado ad una festa di solito mi aspetto di non divertirmi.	1	2	3	4	5
11. Non sono così interessato/a alla gente come lo ero una volta.	1	2	3	4	5
12. Non mi diverto più come una volta.	1	2	3	4	5
13. Mio/a figlio/a raramente fa per me cose che mi gratificano.	1	2	3	4	5
14. A volte mi sento di non piacere a mio/a figlio/a e che lui/lei non vuole stare vicino a me.	1	2	3	4	5
15. Mio/a figlio/a mi sorride molto meno di quanto mi aspettassi.	1	2	3	4	5
16. Quando faccio le cose per mio/a figlio/a ho la sensazione che i miei sforzi non siano molto apprezzati.	1	2	3	4	5
17. Quando mio/a figlio/a gioca non ride né mostra di divertirsi spesso.	1	2	3	4	5
18. Mio/a figlio/a non sembra imparare così velocemente come la maggioranza dei bambini.	1	2	3	4	5
19. Mio/a figlio/a non sorride tanto quanto la maggioranza dei bambini.	1	2	3	4	5
20. Mio/a figlio/a non riesce a fare tanto quanto mio aspettavo.	1	2	3	4	5
21. Ci vuole molto tempo ed è molto difficile per mio/a figlio/a abituarsi alle novità.	1	2	3	4	5





Fortemente  
d'accordo  
D'accordo  
Non è sicuro  
In disaccordo  
Fortemente  
in disaccordo

**22.** In relazione alla prossima affermazione scegli una sola risposta tra le alternative qui di seguito indicate:

Sento di essere:

- Non molto bravo come genitore
- Una persona che ha qualche problema ad essere genitore
- Un genitore medio
- Un genitore al di sopra della media
- Un genitore molto bravo

**23.** Mi aspettavo di provare per mio/a figlio/a sentimenti di maggior calore e vicinanza di quelli che provo e questo mi dispiace.

1 2 3 4 5

**24.** Talvolta mio/a figlio/a fa cose che mi disturbano, solo per farmi dispetto.

1 2 3 4 5

**25.** Mio/a figlio/a sembra che pianga o si agiti molto più della maggioranza dei/le bambini/e.

1 2 3 4 5

**26.** Mio figlio/a di solito si sveglia di cattivo umore.

1 2 3 4 5

**27.** Ritengo che mio/a figlio/a sia facilmente irritabile e di umore variabile (lunatico).

1 2 3 4 5

**28.** Mio/a figlio/a fa alcune cose che mi infastidiscono molto.

1 2 3 4 5

**29.** Mio/a figlio/a reagisce duramente quando succede qualcosa che non gli piace.

1 2 3 4 5

**30.** Mio/a figlio/a rimane facilmente male per le più piccole cose.

1 2 3 4 5

**31.** I ritmi del sonno e dell'alimentazione di mio/a figlio/a sono stati molto più difficili da regolare di quanto mi aspettassi.

1 2 3 4 5

**32.** In relazione alla prossima affermazione scegli una sola risposta tra le alternative qui di seguito indicate:

Mi sono resa/o conto che convincere mio/a figlio/a a fare qualcosa o a smettere di fare qualcosa è:

- Molto più difficile di quanto mi aspettassi
- Un po' più difficile di quanto mi aspettassi
- All'incirca difficile come mi aspettavo
- Un po' più facile di quanto mi aspettassi
- Molto più facile di quanto mi aspettassi

**33.** In relazione alla prossima affermazione, scegli la sua risposta tra le alternative da "+10" a "1-3":

Pensi con attenzione e conti il numero di cose che suo/a figlio/a fa e che la infastidiscono (p.es., perde tempo, si rifiuta di ascoltare, è troppo attivo, piange, interrompe, fa le lotte, fa a pugni, piagnucola, ecc):

- +10
- 8-9
- 6-7
- 4-5
- 1-3

**34.** Alcune cose che fa mio/a figlio/a mi infastidiscono veramente molto.

1 2 3 4 5

**35.** Mio/a figlio/a si è dimostrato un problema più grande di quanto mi aspettassi.

1 2 3 4 5

**36.** Mio/a figlio/a mi chiede di più della maggior parte dei/le bambini/e.

1 2 3 4 5

### DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION SCALE – DERS

Indichi con una X la risposta che meglio interpreta esattamente i suoi sentimenti.  
Indichi la risposta che descrive meglio o che più si avvicina a ciò che Lei prova.

LA PRIMA REAZIONE A CIASCUNA DOMANDA DOVREBBE ESSERE LA SUA RISPOSTA.

Indichi una sola risposta per ogni domanda e risponda a tutte le domande.

Grazie per la collaborazione!

	Quasi mai	A volte	Circa la metà delle volte	Molte volte	Quasi sempre
1. Sono sereno riguardo a ciò che provo.	1	2	3	4	5
2. Presto attenzione a come mi sento.	1	2	3	4	5
3. Vivo le mie emozioni come travolgenti e fuori dal controllo.	1	2	3	4	5
4. Non ho idea di come mi sento.	1	2	3	4	5
5. Ho difficoltà a dare un senso a ciò che provo.	1	2	3	4	5
6. Presto attenzione alle mie emozioni.	1	2	3	4	5
7. So esattamente come mi sento.	1	2	3	4	5
8. Mi interessa come mi sento.	1	2	3	4	5
9. Sono confuso riguardo a ciò che provo.	1	2	3	4	5
10. Quando sono turbato, riconosco le mie emozioni.	1	2	3	4	5
11. Quando sono turbato, mi arrabbio con me stesso perché mi sento in quel modo.	1	2	3	4	5
12. Quando sono turbato, mi imbarazza sentirmi in quel modo.	1	2	3	4	5
13. Quando sono turbato, ho delle difficoltà a completare il mio lavoro.	1	2	3	4	5
14. Quando sono turbato, perdo il controllo.	1	2	3	4	5
15. Quando sono turbato, credo che rimarrò in quello stato per molto tempo.	1	2	3	4	5
16. Quando sono turbato, credo che finirò per sentirmi depresso.	1	2	3	4	5
17. Quando sono turbato, credo che i miei sentimenti siano validi e importanti.	1	2	3	4	5
18. Quando sono turbato, faccio fatica a focalizzarmi su altre cose.	1	2	3	4	5
19. Quando sono turbato, mi sento senza controllo.	1	2	3	4	5
20. Quando sono turbato, posso comunque finire le cose che devo fare.	1	2	3	4	5
21. Quando sono turbato, mi vergogno con me stesso perché mi sento in quel modo.	1	2	3	4	5
22. Quando sono turbato, so che alla fine posso trovare un modo per sentirmi meglio.	1	2	3	4	5
23. Quando sono turbato, mi sento debole.	1	2	3	4	5



APPENDICE

G. Segre, et al.: Uno sguardo al neurosviluppo raggiunto ai 2 anni



	Quasi mai	A volte	Circa la metà delle volte	Molte volte	Quasi sempre
<b>24.</b> Quando sono turbato, sento di potere avere ancora il controllo dei miei comportamenti.	1	2	3	4	5
<b>25.</b> Quando sono turbato, mi sento in colpa perché mi sento in quel modo.	1	2	3	4	5
<b>26.</b> Quando sono turbato, ho delle difficoltà a concentrarmi.	1	2	3	4	5
<b>27.</b> Quando sono turbato, ho delle difficoltà nel controllare i miei comportamenti.	1	2	3	4	5
<b>28.</b> Quando sono turbato, credo che non ci sia niente che io possa fare per sentirmi meglio.	1	2	3	4	5
<b>29.</b> Quando sono turbato, mi irrita con me stesso perché mi sento in quel modo.	1	2	3	4	5
<b>30.</b> Quando sono turbato, inizio a sentirmi molto male con me stesso.	1	2	3	4	5
<b>31.</b> Quando sono turbato, credo che crogiolarmi in questa emozione sia l'unica cosa che io possa fare.	1	2	3	4	5
<b>32.</b> Quando sono turbato, perdo il controllo sui miei comportamenti.	1	2	3	4	5
<b>33.</b> Quando sono turbato, faccio fatica a pensare a qualcosa di diverso.	1	2	3	4	5
<b>34.</b> Quando sono turbato, mi prendo del tempo per riflettere su quello che sto provando veramente.	1	2	3	4	5
<b>35.</b> Quando sono turbato, mi ci vuole molto tempo per sentirmi meglio.	1	2	3	4	5
<b>36.</b> Quando sono turbato, le mie emozioni sono travolgenti.	1	2	3	4	5

Grazz, 2004. Adattamento italiano a cura di Sighinolfi, Norcini Pala, Chiri, Marchetti e Sica, 2010.