[](https://www.google.it/url?esrc=s&q=&rct=j&sa=U&url=https://retepediatricaidea.it/soci/ospedale-pediatrico-bambino-gesu/&ved=2ahUKEwimk8qo4omEAxU6a_EDHQcqA0MQqoUBegQIAhAB&usg=AOvVaw39MbAB2B-IXqdlGfP5aZ2Y)

**Sostenere il Genitore per aiutare il Bambino**

**SUPPORTO GENITORE-BAMBINO DURANTE IL PERCORSO DIAGNOSTICO E RIABILITATIVO**

**Protocollo DH Neuropsicologico di Neuroriabilitazione e Attività Sportiva Adattata (Sede di S. Marinella)**

**Stress genitoriale**

La nascita di un figlio rappresenta per un genitore un evento ricco di aspettative, talvolta manifeste talvolta del tutto inconsapevoli. I progetti legati a tale momento possono essere per il genitore causa di stress, in particolar modo se il figlio presenta uno sviluppo atipico o una disabilità sin dalla nascita, per cui le aspettative iniziali vengono quasi del tutto infrante. La ricerca ha evidenziato che la presenza di un figlio disabile può rendere la genitorialità problematica (Bornstein & Venuti; 2013). I genitori possono di fatto sperimentare più elevati livelli di stress psicologico in relazione soprattutto all’incertezza sul futuro dei propri figli, sulla loro salute nonché sulle proprie capacità genitoriali di riuscire a supportare e soddisfare i bisogni speciali sia fisici che emotivi dei propri bambini. I genitori di un bambino o di un adolescente con problematiche legate alla disabilità dispongono di un tempo minore che possono dedicare a loro stessi, possono soffrire di elevati livelli di depressione e diminuzione dell’autostima, percependo spesso sensi di colpa per la condizione del proprio figlio.

Le reazioni allo stress psicologico genitoriale sono però diverse e possono dipendere da molteplici fattori: la qualità del legame di coppia e il supporto percepito dal partner, le risorse presenti nel territorio, le caratteristiche legate alla propria personalità così come dall’insieme dei problemi emotivi e comportamentali e delle difficoltà pratiche legate alla disabilità del proprio figlio (Abidin, 2008).

Nella fase di valutazione livelli troppo elevati di stress psicologico si associano a un parenting disfunzionale (coercitivo e autoritario); allo stesso modo livelli troppo bassi di stress rappresentano una genitorialità squilibrata, verso una forma di disinvestimento affettivo (indifferenza e trascuratezza verso i bisogni del bambino) (Abidin, 2008).

**Stili genitoriali**

In particolare, Rohner (1994), adottando una prospettiva cross-culturale si è concentrato sulla dimensione del calore del parenting, considerandola lungo un continuum in relazione alle percezioni di bambini e adulti sul grado di accettazione e rifiuto da parte dei genitori (Rohner, 1994).

I bambini accettati sono generalmente apprezzati e valorizzati dai loro genitori che possono esprimere il loro calore e affetto, in modo fisico (es. baci, abbracci, carezze) e verbale (es. facendo dei complimenti ai propri figli). Alcuni bambini però, possono fare esperienza di un’assenza di amore e questo fa parte del processo di rifiuto all’interno del quale i genitori spesso non mostrano affetto per i loro figli o li disapprovano (Rohner, 1994). Tali genitori possono talvolta, anche mettere in atto comportamenti ostili e aggressivi nei confronti dei loro bambini o semplicemente trascurarli.

L'ostilità e l'indifferenza sono entrambi stati interni e psicologici del genitore quindi non direttamente osservabili. L’ostilità si riferisce alla rabbia e al risentimento verso il bambino, mentre l'indifferenza è semplicemente la mancanza di cura o preoccupazione per il bambino. L’aggressività e la trascuratezza invece, sono modalità comportamentali, direttamente osservabili, spesso prodotti dall’esperienza soggettiva e affettiva dei genitori, nel rielaborare sentimenti di rabbia e indifferenza quelli che la Fraiberg (1975) definisce “ghosts in the nursery”, ossia l’insieme di aspetti dolorosi, legati al passato non risolto del genitore che possono comportare la creazione di una relazione caregiver- bambino disturbata. Come per il calore, anche l’aggressività può essere espressa dal genitore sia fisicamente (es. colpire il bambino con degli oggetti, picchiarlo) che verbalmente (es. maledire, ridicolizzare o sminuire i propri figli) (Rohner, 1994).

Genitori trascuranti invece, prestano poca attenzione ai loro bambini o ai loro bisogni fisici o emotivi. Tuttavia, anche in famiglie in cui i genitori adottano uno stile educativo caratterizzato da elevato calore e amore, i bambini possono sperimentare occasionalmente alcuni comportamenti denotati da ostilità o indifferenza. Quindi, dovrebbe essere chiaro che la maggior parte dei bambini, tra le varie culture del mondo, non sono accettati o rifiutati categoricamente dai loro genitori, ma sperimentano comportamenti parentali lungo un continuum di accettazione-rifiuto. La PARTheory (Rohner, 1994) parte dal presupposto che una delle principali cause del nostro malessere o benessere è la qualità delle relazioni personali che istauriamo con gli altri. Nell’infanzia, le relazioni con i nostri genitori costituiscono, per la maggior parte dei bambini in tutte le culture, il tipo più importante di relazione. La ricerca suggerisce che il rifiuto percepito dai genitori nell'infanzia e dai coetanei o genitori in adolescenza è alla base dell’insorgenza di vari problemi di disadattamento psicologico, quali ad esempio, disturbi psichiatrici, problemi di condotta, delinquenza, abuso di droghe, problemi di relazione con i propri pari, problemi di rendimento scolastico.

La ferita del rifiuto percepito tende a compromettere anche il senso di autostima e di adeguatezza personale (Rohner, 1994). I genitori divengono così lo specchio di come un bambino è in grado di vedere sé stesso: se un genitore non donasse amore al proprio figlio, quest’ultimo potrebbe pensare di non essere degno di riceverlo. Una volta adulti tali bambini, diverranno individui insicuri, poco inclini a tollerare lo stress e con una visione perlopiù negativa della vita considerata come infelice o pericolosa. La percezione di accettazione o rifiuto da parte dei propri genitori o dalle figure più importanti durante l’infanzia sembra mostrare risvolti simili in tutte le culture, attraverso il corso dell'evoluzione umana, per rispondere allo stesso modo ad un bisogno di amore che è innato e universale.

**Questionari ai genitori**

Durante l’iter diagnostico all’interno del DH Neuropsicologico di Neuroriabilitazione e Attività Sportiva Adattata (Sede di S. Marinella) sono stati somministrati ai genitori dei questionari volti ad approfondire aspetti emotivo-comportamentali dei propri figli nonché il livello di sviluppo di abilità di tipo pratico, sociale e concettuale. In particolar modo sono stati somministrati:

**• Child Behavior Checklist 1 ½-5 / 6-18 (CBCL 1 ½-5 /6-18)**

Si tratta di uno strumento che permette di individuare difficoltà emotivo-comportamentali in bambini e ragazzi tra 1 anno e mezzo ed i 18 anni. È presente in diverse versioni:

1. CBCL/ 1 ½-5 anni- Child Behavior Check List per i genitori di bambini di un’età compresa tra 1 ½ e 5 anni;
2. TRF/1 ½-5 anni- Caregiver-Teacher Report Form per i caregivers e le insegnanti di bambini di un’età compresa tra 1 ½ e 5 anni;
3. CBCL/6-18 anni - Child Behavior Check List per i genitori di bambini e ragazzi di un’età compresa tra i 6 e i 18 anni;
4. TRF/6-18 - Teacher Report Form per le insegnanti di bambini e ragazzi di un’età compresa tra i 6 e i 18 anni;
5. YSR 11-18 - Youth Self Report come strumento di autovalutazione per ragazzi.

Tali questionari ci permettono di analizzare il comportamento del bambino/ dell’adolescente in base alle scale delle competenze (Attività, Socialità e Scuola), alle scale sindromiche, diversificate rispetto all’età del bambino/adolescente (“Reattività emotiva”, “Ansia/Depressione”, “Ritiro/Depressione”, “Lamentele Somatiche”, “Problemi Sociali”, “Problemi di Pensiero”, “Problemi del Sonno”, “Problemi di Attenzione”, “Comportamento di Trasgressione delle Regole”, “Comportamento Aggressivo”), e alle scale DSM oriented (“Problemi Affettivi”, “Problemi d’Ansia”, “Problemi da Deficit di Attenzione/Iperattività, “Problemi di Oppositività-Provocazione”, “Problemi Somatici”, “Problemi di Condotta”, “Problemi Pervasivi dello Sviluppo”).

È infine possibile, inoltre, ricavare informazioni sul funzionamento globale dell’individuo attraverso: la scala di “Internalizzazione”, la scala di “Esternalizzazione” e una scala “Totale” data dalla somma dei punteggi a tutti gli items del questionario.

• **Adaptive Behavior Assessment System- Second Edition (ABAS II)**

L’ABAS-II è uno strumento di valutazione del comportamento che misura le abilità di adattamento alla vita quotidiana, ossia ciò che le persone effettivamente sono in grado di fare, senza l’aiuto degli altri, genitori o caregivers. Tale strumento è rivolto a soggetti di età compresa tra 0 e 89 anni, attraverso questionari che possono essere somministrati a figure di riferimento per la vita del soggetto (genitori, insegnanti, educatori, caregivers, familiari) oppure al soggetto stesso, se e quando possibile. L’ABAS II ci permette di fare diagnosi di disabilità con il vantaggio di comprendere in che modo le difficoltà presentate dal soggetto incidono sull’adattamento alla vita quotidiana in relazione alle competenze evolutive rispetto all’intero ciclo di vita.

Lo strumento indaga 10 aree di adattamento, riconducibili a 3 domini:

1. **Concettuale**: di cui fanno parte le scale di Comunicazione, Competenze prescolari/scolastiche, Autocontrollo;

2. **Sociale**: composto dalle scale di Gioco/Tempo libero e Socializzazione;

3. **Pratico**: costituito da Cura di sé, Vita a casa/scuola, Uso dell’ambiente, Salute e sicurezza, Lavoro (solo in caso in cui il soggetto in questione svolge un lavoro a tempo pieno o part-time).

In tal modo l’ABAS-II consente una valutazione multi-contestuale tale da poter strutturare piani di intervento il più possibile completi rispetto alle competenze funzionali raggiunte da un individuo e quelle ancora da potenziare, monitorandone i progressi nel tempo, all’interno di un’ottica evolutiva.

• **Parenting Stress Index – 4 (PSI-4):**

PSI-4 è un test utile all’identificazione del rischio che il genitore possa vivere in modo disfunzionale il proprio ruolo compromettendo il normale sviluppo del bambino sia a livello emotivo che comportamentale. Lo strumento si basa sull’assunto che lo stress genitoriale sia frutto congiunto di determinate caratteristiche soggettive e di una serie di situazioni strettamente legate al ruolo di genitore. Il PSI-4 permette l’identificazione clinica di disturbi e problematiche specifiche in relazione al bambino, al genitore e tutto il sistema familiare. Per quanto riguarda la struttura esistono due forme: la forma estesa del PSI-4, costituita da 85 item e da una scala Life stress. I due domini valutati sono il Dominio del bambino e il Dominio del genitore. Nel nostro caso è stato scelto di somministrare la forma breve del PSI-4 costituita da 36 item, suddivisi in tre sottoscale:

1. Distress genitoriale (12 item): basata sul livello di distress che un genitore sperimenta in funzione del suo ruolo genitoriale;

2. Interazione genitore-bambino disfunzionale (12 item): focalizzata sul grado in cui il genitore percepisce il figlio come non rispondente alle proprie aspettative e il fatto che le interazioni con il figlio non rinforzano il suo ruolo come genitore;

3. Bambino difficile (12 item): centrata su alcune caratteristiche del comportamento e del temperamento del bambino, che lo rendono facile o difficile da gestire per il genitore.

È possibile valutare il grado di desiderabilità sociale con la scala di Risposta difensiva

ed è possibile ottenere un punteggio di Stress totale.

Le risposte variano su una scala Likert che va da “Forte accordo” a “Forte disaccordo”; al genitore viene richiesto di rispondere in base alla sua opinione rispetto ai sentimenti verso il proprio figlio. Esempi di item sono “Da quando ho avuto questo/a figlio/a non riesco a fare cose nuove o diverse”, “Mio/a figlio/a mi sorride molto meno di quanto mi aspettassi”, “Alcune cose che fa mio/a figlio/a mi infastidiscono veramente molto”.

**• Portfolio per la validazione dell’accettazione e del rifiuto genitoriale (PARENTS).**

PARENTS è formato da quattro questionari sull’accettazione e sul rifiuto genitoriale: il Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ), la Parental Control Scale (PCS), il Parental Acceptance-Rejection/Control Questionnaire (PARQ/Control) e il Personality Assessment Questionnaire (PAQ). Nel caso di A. sono state somministrate esclusivamente le scale relative a Calore/affetto e Controllo.

PARQ – Parental Acceptance-Rejection Questionnaire: è un questionario self-report che ci permette di valutare la percezione dell’accettazione-rifiuto genitoriale, basandosi sulle percezioni soggettive di calore, di affetto, protezione, cura, sostegno o di rifiuto. È presente in due forme, la Forma lunga (standard) e la Forma breve, composte da quattro scale. Nel caso di A. è stata somministrata la forma breve nella versione Figlio.

PCS – Parental Control Scale: la PCS è uno strumento di autovalutazione per la misura del controllo genitoriale. Sono presenti tre versioni: adulto, figlio e genitore.

Le risposte, in entrambi i questionari somministrati, variano su una scala Likert che va da 1 (“Quasi mai vero”) a 4 (“Quasi sempre vero”). Al genitore viene richiesto di rispondere in base a quanto ritiene che l’affermazione presentata rappresenti adeguatamente il modo con cui si relaziona con suo figlio. Esempi di item sono: “Faccio sentire mio figlio desiderato e importante”; “Rifiuto mio figlio”; “Voglio controllare tutto quello che mio figlio fa”.

* **Developmental Profile-3 (DP3)**

Il DP-3 consente di ottenere, in modo rapido ed esaustivo, le stesse informazioni che potrebbero essere derivate da un colloquio anamnestico con i genitori del bambino. Si presta dunque ad essere utilizzato come strumento preliminare per ottenere in pochi minuti indicazioni per l’approfondimento diagnostico, attraverso il colloquio e la somministrazione di prove specifiche.

Il Test dispone di due forme parallele, un questionario che il genitore compila direttamente e un’intervista, il DP-3 può essere impiegato in modo flessibile sulla base del contesto in cui viene condotta la valutazione. L’intervista è la forma di somministrazione più consigliata, ma il questionario, che rispecchia la stessa struttura e organizzazione dei contenuti, può essere utile nei casi in cui non sia possibile incontrare il genitore faccia a faccia.

Ogni scala di cui il test si compone può essere somministrata indipendentemente dal resto, in modo da agevolare la somministrazione in contesti di follow-up e di verifica dell’efficacia del trattamento. Sono inoltre previsti specifici punti di inizio diversi per età, in modo da ridurre il numero di item da somministrare e velocizzare l’assessment.

* **CONNERS 3 (Conners 3rd Edition)**

Le Conners 3 indagano comportamenti psicopatologici o problematici di bambini e adolescenti, con una focalizzazione sull’ADHD e una valutazione ad ampio spettro di disturbi e/o difficoltà che possono verificarsi in comorbilità, come: problemi di condotta, di apprendimento, d’ansia, di depressione, familiari e sociali. Grazie alle informazioni fornite da genitori, insegnanti e ragazzi, si ottiene una panoramica generale delle difficoltà riscontrabili in molteplici aree di vita del bambino/adolescente.

Rispetto alla precedente edizione è stato ampliato il range di età e sono state aggiunte 2 scale che indagano i due disturbi che più frequentemente si presentano in comorbilità con l'ADHD (disturbo della condotta e disturbo oppositivo provocatorio). Sono inoltre presenti item per valutare la compromissione del funzionamento e item di screening per l’ansia e la depressione.

Le Conners 3 presentano **tre versioni**: per **genitore**, per **insegnante** e di **autovalutazione**. Mentre le prime due valutano bambini e adolescenti di età compresa tra 6 e 18 anni, il range di età di somministrazione per l’autovalutazione è compreso tra 8 e 18 anni.  Ciascuna versione può essere somministrata in **forma estesa**o in **forma breve**.

La **forma estesa** contiene le scale di contenuto (il cui numero varia a seconda della versione), quattro scale dei sintomi secondo il DSM-5, tre scale di validità, l’Indice ADHD Conners 3, l’Indice Globale Conners 3, gli item di screening per l’ansia e la depressione, gli item relativi alla compromissione del funzionamento, gli item critici del comportamento grave e due domande aggiuntive per valutare eventuali ulteriori criticità e punti di forza.

**Scale di contenuto:**

* **Inattenzione**: esamina la presenza di una riduzione dell’attenzione e di distraibilità;
* **Iperattività/Impulsività**: rileva eventuali livelli elevati di iperattività, irrequietezza e impulsività;
* **Problemi di apprendimento**: evidenzia difficoltà scolastiche in lettura, scrittura e/o matematica;
* **Funzionamento esecutivo**: indaga la presenza di difficoltà nelle capacità organizzative (assente nell’autovalutazione);
* **Provocazione/Aggressività**: valuta l’aggressività fisica e/o verbale;
* **Relazioni con i pari**: analizza le difficoltà relazionali con i compagni (assente nell’autovalutazione);
* **Relazioni con i familiari**: esamina le difficoltà in famiglia (presente solo nell’autovalutazione).

Le**scale secondo il DSM-5**riportano i sintomi per i quadri di:

* **ADHD Inattentivo**;
* **ADHD Iperattivo-Impulsivo**;
* **Disturbo della condotta**;
* **Disturbo oppositivo provocatorio**.

Le**scale di validità**corrispondono a:

* **Impressione positiva**. Evidenzia uno stile di risposta eccessivamente positivo.
* **Impressione negativa**. Valuta uno stile di risposta eccessivamente negativo.
* **Indice di Incoerenza**. Esamina uno stile incoerente.

I due **indici**, somministrabili indipendentemente dalle forme complete, sono:

* **Indice ADHD Conners 3**. Distingue efficacemente i soggetti affetti da ADHD dalla popolazione non clinica;
* **Indice Globale Conners 3**. Con soli 10 item, monitora con precisione l’efficacia del trattamento e i cambiamenti nel tempo. È presente solo nelle due forme eterovalutative.

La **forma breve** contiene **tutte le scale di contenuto** presenti nella forma estesa, **due delle tre scale di validità** e le **due domande aggiuntive**.

**Intervento:**

Ove necessario, nella strutturazione dell’intervento con i genitori ci siamo avvalsi dell’utilizzo dello strumento: “***Sostenere la genitorialità***” (Strumenti per rinforzare le competenze educative - Ed. italiana a cura di Paola Milani, Sara Serbati e Marco Ius; SUZANNE LAVIGUEUR, SYLVAIN COUTU, DIANE DUBEAU, 2011). Obiettivo dello strumento è quello di individuare fattori di resilienza del genitore, all’interno anche di contesti di fragilità, nonché comprendere i reali aiuti presenti nella rete sociale della famiglia. Si pone in primo piano l’ascolto dei bisogni del genitore, sottolineandone competenze e capacità personali, all’interno di un’ottica positiva di prevenzione. Lo strumento, al fine di facilitare l’espressione emotiva genitoriale, si avvale di griglie di intervista e di materiale illustrativo in un’ottica “proiettiva” (es. illustrazioni di scene di vita quotidiana), soprattutto quest’ultimo per sostenere nel genitore una comunicazione libera da ogni forma di giudizio.

Dott.ssa Eleonora Calabretta

**BIBLIOGRAFIA**

Abidin, R. R. (2008). Parenting Stress Index, adattamento italiano a cura di A. Guarino, P. Di Blasio, M. D’Alessio, E. Camisasca e G. Serantoni, Firenze, Giunti OS.

Achenbach, T. M. (1999). The Child Behavior Checklist and related instruments.

Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. (1991). Child behavior checklist. Burlington (Vt), 7, 371-392.

Alpern, G. D. (2007). Developmental profile 3 (DP-3). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.

Benedetto L. (2005). Il parent training: counseling e formazione per genitori. Carocci

Bornstein, M.H., & Venuti, P. (2013). Genitorialità: fattori biologici e culturali dell’essere genitori. Il Mulino.

Conners, C. K. (2008). Conners 3. North Tonawanda, NJ: MHS.

Lavigueur, S., Coutu, S., & Dubeau, D. (2011). Sostenere la genitorialità. Con DVD: Strumenti per rinforzare le competenze educative. Edizioni Erickson.

Oakland, T., & Harrison, P. L. (Eds.). (2011). Adaptive behavior assessment system-II: Clinical use and interpretation. Academic Press.

Rohner, R. P., & Ali, S. (2020). Parental acceptance-rejection questionnaire (PARQ). Encyclopedia of personality and individual differences, 3425-3427.

Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2005). Parental acceptance‐rejection: Theory, methods, cross‐cultural evidence, and implications. Ethos, 33(3), 299-334.

Rohner, R. P., Khaleque, A., & Cournoyer, D. E. (2012). Introduction to parental acceptance-rejection theory, methods, evidence, and implications. Journal of Family Theory & Review, 2(1), 73-87.