

Il questionario di Jellinek e Murphy nel modello di rete adleriano

LUIGI MARASCO

*In ricordo di Donato Munno, psichiatra di liaison,
e di Hans Schadee, statistico*

Summary – THE JELLINEK AND MURPHY'S PEDIATRIC SYMPTOM CHECKLIST (PSC) IN THE ADLERIAN NETWORK MODEL. The questionnaire investigates the child's daily life in different areas of school, family and relationships with peers, identifying existing problems. The recognition of them in several areas of investigation is indicative of a risk of psychosocial disorders for which the checklist is a valuable psychopathological screening tool for the pediatrician and the educator, provides valuable material to the researcher and, involving parents, reminds them of the important role they play in the therapeutic and educational alliance. In fact, this tool can create and strengthen those connections and synergies that are now more than ever necessary to optimize the many means of communication available.

Keywords: ALLEANZA TERAPEUTICA, COVID-19, BAMBINO DIFFICILE, CURE PRIMARIE, SETTING

Introduzione

La pediatria è la branca della medicina di più ampia portata dottrinale e pratica: in età pediatrica non solo si può manifestare ogni evento morboso che colpisce gli adulti, ma si hanno, inoltre, patologie di esclusivo interesse pediatrico perché non consentono di sopravvivere sino all'età adulta. Molte malattie che affliggono la vecchiaia possono essere prevenute da adeguate norme igieniche adottabili a partire sin dall'infanzia e ciò vale anche per i disturbi psicologici, psichiatrici e per i disagi sociali [9, 46].

In età pediatrica, inoltre, esiste una notevole rilevanza di malattie psicosomatiche ed anche le patologie organiche determinano quadri di disagio psicologico e sociale. Ogni infermità o sofferenza fisica ha infatti, come giustamente osservano Colarizi e Gaddini [29], un corollario psichico ed emozionale, come ogni difficoltà o disordine emozionale ha ripercussioni fisiche, perché ogni individuo è un'unità psicofisica.

Bisognerebbe allora sempre parlare di medicina psicosomatica per tutta la patologia e la medicina ma, anche utilizzando in forma restrittiva tale termine, si deve considerare che queste “organonevrosi”, pur molto più studiate nell’adulto che nel bambino, hanno sempre origine nell’infanzia.

“Nei primi tempi della vita – dice infatti Gaddini – mente e corpo sono inseparabili, le funzioni vitali sono vegetative, e le risposte alla maggior parte degli stimoli sono solo somatiche. Il bambino nei primi mesi stabilisce un rapporto con il mondo – con la propria madre – per mezzo della soddisfazione delle sue necessità fisiche: il senso di benessere o di tensione si esprime attraverso le funzioni corporee, per cui tali funzioni per lungo tempo – un anno o più – restano legate alle emozioni e, allorché interverranno situazioni traumatizzanti, anche l’individuo adulto tenderà a regredire a queste forme di espressioni primitive” (Ivi, pp. 1-2).

Ciò vale anche per il bambino e rende indispensabile che negli ambulatori pediatrici si colgano le prime avvisaglie di tali patologie con un’osservazione sistematica del suo disagio psicosociale. Per non medicalizzare e interpretare come organici dei disturbi psicosociali si devono pertanto avere a disposizione degli strumenti, come i questionari, di facile impiego per individuarli e per creare, nel contempo, alleanze e sinergie fra bambino, genitori, medici ed educatori.

I. *Precedenti studi sul disagio psicosociale in età pediatrica*

Con strumenti simili o confrontabili con la *Pediatric Symptom Checklist* (PSC) sono stati condotti vari studi per effettuare nei bambini uno screening dei disturbi psicosociali. Dalle indagini condotte negli Stati Uniti da Kelleher col Monroe County Study (MCS) dal 1979 al 1996 [36] e da Costello con la *Child Behavior Checklist* (CBCL) [18] è emerso che esso potrebbe comparire in una percentuale che va dal 6,8 % del MCS al 22% del CBCL.

Ulteriori studi e verifiche delle modalità di raccolta dei suoi primi studi con *Diagnostic Interview Schedule* separate per genitori e bambini hanno permesso a Costello [19] di stabilire che la vera prevalenza del disagio psicosociale fosse dell’11,8%, in linea con il 12%, rilevato da Gardner sui 18.045 casi del *Child Behavior Study* [30].

In un contesto diverso da quello ospedaliero si sono svolte le ricerche che Brugman [11] ha condotto in Olanda su una rete di servizi che offre cure e assistenza a tutti i bambini. Con questionari spediti a domicilio prima delle visite e con successivi colloqui si sono evidenziate situazioni psicosociali meritevoli di intervento ben nel 15 % dei bambini fra i 5 ed i 15 anni.

Per quanto riguarda l’Italia, la CBCL di Achenbach [1] è stata impiegata da Frigerio [28] in 51 scuole della Lombardia e da Iacovelli e Romano nel Lazio [32].

Questi Autori, su quasi 1000 soggetti, hanno selezionato un 31 % di soggetti con disagio psicosociale e il 12,7 % di persone che poi hanno effettivamente avuto disturbi psicopatologici.

II. *Pediatric Symptom Checklist*

II. 1. Finalità

La PSC, ideata dagli psichiatri statunitensi Jellinek e Marphy [33], si pone come obiettivo l'indagine in ambito pediatrico delle funzioni psicologiche del bambino, per dare una risposta a tre esigenze: il tradizionale interesse dei pediatri per questo ambito, la crescita del disagio psicosociale e la scarsa disponibilità di tempo in un servizio pediatrico.

Le domande prendono in considerazione sia sintomi psichiatrici [6. 7] che problemi non inquadrabili propriamente in categorie diagnostiche, come lamentele di natura psicosomatica, problemi della vita quotidiana del bambino in diversi ambiti: scuola, famiglia e rapporto coi coetanei, fornendo così uno strumento di predittività psicopatologica da monitorare insieme agli altri controlli medici.

I sintomi descritti dalla PSC, pur essendo tratti dalla *Washington Symptom Checklist*, non possono far formulare infatti una vera e propria diagnosi psicopatologica, anche perché riportano solamente delle impressioni dei genitori. D'altra parte, i soggetti in cui si sono riscontrati problemi in diversi ambiti della vita quotidiana devono essere considerati a rischio, perché "i bambini che andranno incontro alle disfunzioni più serie manifestano con maggior probabilità difficoltà in aree multiple" (35, p. 274) e meritano una valutazione ulteriore da parte del pediatra, obbligandolo a prendere in esame il bambino da un punto di vista anche psicosociale, oltre che biologico, valutandolo nell'interezza della sua persona.

Sebbene gli Autori non parlino espressamente di disturbo di personalità, il disagio psicosociale indagato dalla checklist con l'esplorazione dei diversi ambiti della vita del bambino, rientra a pieno titolo in questa categoria che concerne "un alterato funzionamento persistente e generalizzato nel funzionamento sociale in cui il sistema personalità funziona in maniera disadattiva rispetto al suo ambiente" (32, p. 728).

L'assenza di problemi che riguardano la patologia psichiatrica non implica necessariamente la negatività dello screening. Molti problemi non inquadrabili nei criteri diagnostici delle malattie mentali, come i problemi a scuola, oppure disagi derivanti da eventi come il divorzio dei genitori, sono ugualmente a rischio.

Se da un lato uno screening positivo può essere fatto se si sono riscontrati problemi quotidiani, è anche vero che tali difficoltà devono essere rilevate in più ambiti, in più aree.

Va infatti ricordato che lo scopo della checklist non è la diagnosi di un disturbo specifico, ma *l'individuazione di un gruppo di situazioni a rischio che dovrebbe beneficiare di ulteriori valutazioni.*

È necessario verificare che il test misuri effettivamente ciò che si propone di verificare, soprattutto per quanto riguarda l'ambito psicologico e un test affidabile sotto questo punto di vista è un test che non individua troppi falsi positivi e non esclude troppi falsi negativi.

Nel contesto pediatrico questo si traduce operativamente nell'identificazione di bambini in età prescolare e scolare – tra i 4 e i 16 anni – che presentino un quadro tale da allertare anche il più indaffarato pediatra al punto da indurlo a spendere del tempo per approfondire le problematiche e ad effettuare ulteriori valutazioni.

La PSC ha un ridotto numero di items. La sua somministrazione e la sua elaborazione richiedono poco tempo, ma non è né riduttiva né semplicistica. Si possono utilizzare anche delle sue sottoscale (sconsigliate da Jellinek e Murphy) ed è possibile prendere in considerazione separatamente i singoli items una volta che, con la PSC, si è fatto il primo passo nell'individuazione di un problema da approfondire.

II. 2. Somministrazione e valutazione del questionario¹

Pediatric Symptom Checklist

Child's Name _____ Record Number _____
 Today's Date _____ Filled out by _____
 Date of Birth _____

Please mark under the heading that best fits your child: **Never Sometimes Often**

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Complains of aches/pains | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2 Spends more time alone..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3 Tires easily, little energy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Fidgety, unable to sit still | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Has trouble with a teacher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Less interested in school..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7 Acts as if driven by a motor..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Daydreams too much..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9 Distracted easily..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 Is afraid of new situations..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 Feels sad, unhappy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 Is irritable, angry..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 Feels hopeless | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 Has trouble concentrating..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 Less interest in friends..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 Fights with others..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17 Absent from school | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18 School grades dropping | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19 Is down on him or herself | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 Visits doctor with doctor finding nothing wrong..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21 Has trouble sleeping..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22 Worries a lot | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23 Wants to be with you more than before..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24 Feels he or she is bad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25 Takes unnecessary risks | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26 Gets hurt frequently..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27 Seems to be having less fun..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28 Acts younger than children his or her age | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29 Does not listen to rules | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30 Does not show feelings..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31 Does not understand other people's feelings | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 Teases others..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 Blames others for his or her troubles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 Takes things that do not belong to him or her | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 Refuses to share | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Other comments

©1988, M.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital

¹ Additional copies available on the Pediatric Development and Behavior Homepage, <http://www.dbpeds.org/handouts>
 © 1999 Michael Jellinek, M.D. Reprinted and translated with Permission.

Si chiede ai genitori del bambino di marcare con quanta frequenza vengono rilevati i comportamenti descritti nella lista.

Il punteggio, calcolato in base alle risposte (mai = 0; qualche volta = 1; spesso = 2), costituisce un punto di partenza per una valutazione ulteriore anche da un punto di vista psico sociale e così il bambino viene preso in considerazione nella sua interezza di persona.

La soglia (cut off) massimizza l'equazione sensibilità/specificità. Oltre il cut off troviamo un gruppo da considerarsi a rischio. Tra i soggetti negativi allo screening avrebbero potuto essere individuati dei fattori protettivi dal rischio psicopatologico, ma ciò non è stato fatto perché avrebbe comportato un aumento della complessità dello strumento con la conseguente perdita di interesse da parte dei pediatri.

Al di là dell'aspetto statistico la PSC costituisce un valido strumento per capire il funzionamento psicologico del bambino, da affiancare agli altri esami di screening medico. In particolare questa checklist vuole essere un incentivo per il follow-up sul "bambino difficile" [3]. Anche i singoli comportamenti descritti dalla checklist e riconosciuti con frequenza dai genitori possono essere un valido motivo per indurre il pediatra ad accertamenti più mirati per valutare il funzionamento e il livello di sofferenza del bambino.

Sebbene la checklist sia di per sé semplice, l'inserimento di questo strumento tra gli esami di screening e l'introduzione di una procedura per il follow-up dei soggetti a rischio deve fare i conti con diverse questioni: il medico ha sufficiente motivazione ed esperienza per intervistare e valutare? La famiglia accetta il risultato? L'eventuale intervento del pediatra o di chi viene consultato è utile per il bambino? C'è il tempo e le risorse per riferire il bambino ad uno psicologo?

II. 3. Sottoscale

La versione ridotta a 17 items [30, 39, 50] della PSC si è rivelata utile non solo per l'individuazione di bambini a rischio di disturbi psicosociali, ma anche per indirizzare il successivo trattamento psicologico. In questa versione ridotta sono state individuate tre sottoscale, che si ispirano a quelle della CBCL. Attraverso un'analisi fattoriale sui 18.045 soggetti registrati con la PSC [30], sono stati identificati 3 gruppi di domande.

Il primo riguarda quegli items relativi all' "internalizzazione", ovvero sintomi di sofferenza interiore, che si riferiscono al ritiro sociale e all'ansia/depressione. Il secondo gruppo, dell'"esternalizzazione", concerne la sfera dei rapporti con gli altri, all'aggressività ed al comportamento antisociale. L'ultimo gruppo di domande sonda i problemi di attenzione. In base al punteggio calcolato per ognuna di queste tre sottoscale è possibile individuare l'ambito (internalizzazione, esternalizzazione, attenzione) in cui è necessario fare ulteriori accertamenti.

II. 4. Validazione e Patologie rilevanti studiate

Jellinek e Murphy [34, 35] hanno presentato un quadro completo degli studi sulla validazione della PSC, che è stata confrontata con i risultati ottenuti con la molto diffusa CBCL, con la *Child Global Assessment Scale*, la *Diagnostic Interview for Child and Adolescents*, la *Life Event Scale* e con gli studi di Walker [51] su 212 soggetti tra i 6 e i 12 anni coinvolti in un programma di visite mediche per una scuola elementare in una base militare.

In un altro studio condotto su 300 pazienti pediatrici si è visto come a condizioni socioeconomiche sfavorevoli corrisponda un elevato punteggio per la checklist: 24% contro il 13% di soggetti [33]. Un ulteriore studio è stato condotto per verificare se problemi riscontrati con la PSC hanno implicazioni nella vita scolastica del bambino ed i risultati mostrano che le impressioni genitoriali sugli alunni, raccolte con la checklist, concordano per l'83% con il parere del counselor.

Inoltre, dei 24 studenti risultati positivi, 10 hanno problemi almeno in una materia, contro solo 11 soggetti dei 144 ($p < 0,001$) risultati negativi alla checklist [34].

Un ultimo studio è stato condotto in un affollato reparto pediatrico di una cittadina dell'hinterland, cui condizioni di vita mediamente basse. Su 123 soggetti tra i 6 e i 12 anni, complessivamente il 22% è a rischio, quasi il doppio rispetto alle cifre riferite dai reparti pediatrici con utenza della classe media e la percentuale sale ulteriormente al 34% per i bambini provenienti da famiglie con un solo genitore.

Un sottocampione di 24 soggetti a rischio, selezionato per accertamenti ulteriori con interviste psichiatriche strutturate, risulta effettivamente problematico (92%, kappa = 0,75) e, utilizzando il parere clinico come standard di riferimento per la validazione, la sensibilità si attesta attorno all'87%, e la specificità è del 100%, cioè nessun falso positivo [35].

Tra le problematiche indagate dalla PSC quella più studiata è la somatizzazione, ovvero quella "serie di disturbi che non hanno una spiegazione medica o per cui non è stata trovata una appropriata base fisica" (13, p. 1093). I soggetti affetti da questo disturbo lamentano dolori addominali, mal di testa, dolori articolari, affaticamento e disturbi gastrointestinali.

Questa patologia di natura cronica spinge i genitori a portare più volte il bambino dal pediatra. È proprio la percezione parentale negativa dello stato di salute del bambino il predittore più significativo dello status di alto utilizzatore del servizio ambulatoriale. Una serie di ricerche condotte da Campo si avvalgono proprio della *parent-report* checklist di Jellinek per accertare quanto queste preoccupazioni siano fondate [Ivi].

I risultati sembrano dare man forte alle preoccupazioni genitoriali, al punto da essere definiti dall'autore stesso “una sfida alla comune visione secondo la quale dolori ricorrenti siano benigni e di poca rilevanza evolutiva” [Ivi]. I dati raccolti riguardano i cosiddetti *somatizers*, ovvero i soggetti che hanno risposto “spesso” agli items “visite dal dottore con il dottore che non rivela segni di malattia” e “si lamenta di star male, avere dolori”.

Di questi il 47% risulta positivo allo screening con la PSC, fino ad arrivare a ben due terzi dei *somatizers* poi identificati come affetti da disturbi psicosociali e problemi emozionali. Anche questi risultati costituiscono una forma di validazione della PSC.

Complessivamente il rischio di disturbo psicosociale è quattro volte superiore per uno psicosomatico, al punto che è stata avanzata l'ipotesi che la somatizzazione sia un costrutto teorico predittore del grado di rischio in un continuum nella popolazione pediatrica [Ivi]. Ad ogni modo “la somatizzazione è la via più comune per la psicopatologia di presentarsi nel servizio pediatrico di prima cura” (Ivi, p. 1099).

III. Traduzione italiana e taratura della PSC

Questionario

Nome del bambino _____ Registrazione numero _____
 Data di oggi _____ Data di nascita del bambino _____ Età _____
 Motivo dell'accesso all'ambulatorio _____ Compilato da _____

Barrate la frequenza che meglio si addice a vostro figlio: mai, qualche volta, spesso

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) si lamenta di star male e di avere dolori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) passa molto tempo da solo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) si stanca facilmente, ha poca energia..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) è irrequieto, incapace di star seduto fermo..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) ha problemi con un insegnante..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6) meno interessato a scuola..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7) ha un comportamento iperattivo, energia eccessiva..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8) sogna spesso ad occhi aperti..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9) si distrae facilmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10) è spaventato da nuove situazioni..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11) si sente triste e infelice..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12) è irritabile, arrabbiato..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13) si sente senza speranza..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14) ha problemi nel concentrarsi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) ha scarso interesse per gli amici | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) assume atteggiamenti ostili nei confronti degli altri..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) fa assenze scolastiche..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) ha un rendimento scolastico scarso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19) ce l'ha con se stesso..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20) ha effettuato visite mediche che non hanno rilevato malattie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21) ha problemi nel dormire..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22) si preoccupa molto..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23) vuole stare con i genitori..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24) pensa di essere cattivo/a..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25) corre rischi non necessari..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26) si procura frequentemente delle ferite, lesioni..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27) sembra che si diverta poco | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28) si comporta in maniera più immatura rispetto ai bambini della sua età..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29) non ascolta le regole..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30) non dimostra sentimenti..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31) non comprende i sentimenti degli altri..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32) prende in giro e fa dispetti agli altri..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33) dà la colpa dei suoi problemi agli altri..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34) prende cose che non gli appartengono | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35) rifiuta di condividere..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Punteggio

Altri commenti

©1988, M.S. Jellinek and J.M. Murphy, Massachusetts General Hospital

*Quelli evidenziati sono i 17 items della scala ridotta.

III. 1. Somministrazione e analisi dei dati

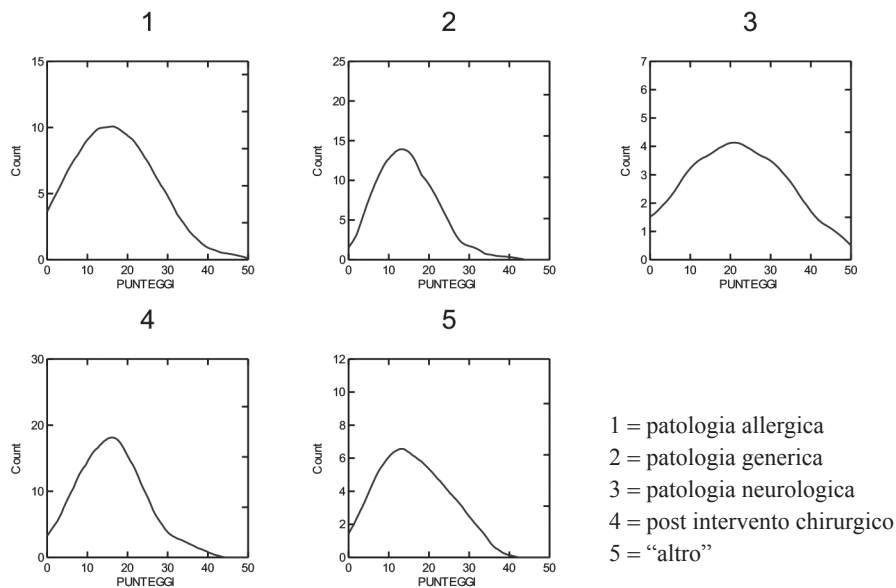
Dopo aver proceduto alla traduzione, abbiamo somministrato la PSC ai genitori dei bambini che afferivano all'ambulatorio dell'Ospedale San Carlo di Milano. Sono state complessivamente raccolte 202 checklist di bambini tra i 4 e i 16 anni. Una buona parte dei soggetti (76) si presentava per controlli post-intervento chirurgico, ma i soggetti per cui uno screening psicopatologico si rivelava più utile erano quelli che dichiaravano patologie più invalidanti ovvero, per scendere nello specifico: allergie, disturbi neurologici o altre patologie internistiche.

La distribuzione dei punteggi generali per *intake* conferma quanto detto per le medie (diagramma 1): per i chirurgici, gli allergologici, e le altre patologie, la distribuzione è simile a quella vista per l'intero campione di 202 casi e, più o meno accentuata in tutti i grafici, si nota la spalla nella distribuzione indicativa di un sottogruppo di soggetti a rischio.

Un discorso diverso va fatto per i soggetti neurologici, la cui distribuzione a campana è simmetrica e si colloca attorno ad un valore medio di 20. Non siamo di fronte né ad una distribuzione con coda, né ad una distribuzione con sottogruppo. I neurologici *in toto* sono soggetti, con valori mediamente alti, a una maggior probabilità di disturbi psicosociali futuri.

Diagramma 1.

Distribuzione punteggi generali per intake (tens. 0,65, bars 5)



III. 2. Stima dei risultati

Da un'analisi dei singoli items emerge che i bambini neurologici sono spesso più immaturi rispetto ai coetanei: si sono sottoposti a visite senza che il medico riscontrasse alcun segno di malattia, si lamentano di star male o avere dolori e sono spesso irritabili e arrabbiati. Quest'ultimo sintomo viene riscontrato anche nei soggetti con allergie. Il vero scopo della checklist è però la valutazione del funzionamento psicologico in toto del bambino e, per poter parlare di situazione di rischio vero e proprio, occorre che i soggetti presentino sintomi o problemi in più ambiti della vita quotidiana. Di conseguenza solo un punteggio complessivo sufficientemente alto può indurre il pediatra a compiere ulteriori accertamenti o a coinvolgere nella cura del bambino lo psicologo e tutta la rete dei terapeuti.

In assenza di una validazione esterna dei punteggi, il cut off non è stato calcolato, ma è stato soltanto stimato in base alla distribuzione dei punteggi (diagramma 2). La curva sale rapidamente tra i punteggi 0 e 10, si attesta attorno alla frequenza massima (30 casi) in corrispondenza dei valori 10 e 20, per poi scendere tra 20 e 30. Tra 30 e 35 osserviamo una spalla nella distribuzione, un sottogruppo di soggetti che si distribuisce diversamente rispetto alla parte iniziale della curva della distribuzione. Tra 40 e 50 riscontriamo alcuni soggetti con valori molto alti.

L'aspetto è quello di due distribuzioni: una per i soggetti "normali" (la maggior parte della curva a sinistra, per punteggi minori o uguali a 25), una per i soggetti "patologici" a destra del punto di inflessione con il valore di 32, e una sovrapposizione delle due distribuzioni tra 25 e 32 [26]. Tra 28 e 32 si collocano i falsi negativi, ma l'impressione è che oltre il punteggio di 28 – quello che in base alla letteratura [35] è il cut off – i soggetti appartengano con più probabilità alla distribuzione dei soggetti normali. Per contro oltre 32 sono ben pochi i falsi positivi. Pertanto il cut off più adeguato si attesta attorno a 32.

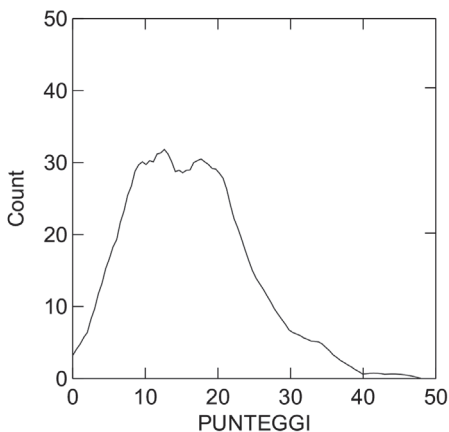


Diagramma 2.
Distribuzione dei punteggi (barre 15, tensione 0,35), vedi testo per discussione

Tre diverse considerazioni possono essere fatte per quanto riguarda l'età dei soggetti:

1. La maggior variabilità dei punteggi per le fasce d'età più basse suggerisce un cut off leggermente più basso per i soggetti sotto gli 8-9 anni.
2. Il cambiamento di gradiente tra 100-120 mesi è presumibilmente dovuto al passaggio dalle elementari alla scuola media.
3. Il punteggio aumenta decisamente al crescere dell'età, confermando l'impressione che nell'adolescenza il rischio psicosociale misurato dalla PSC sia più marcato.

Nel complesso i risultati evidenziano che lo strumento funziona e, in base al cut off di 27 riportato in letteratura, la percentuale dei soggetti a rischio è del 10,4 %, in linea con il 12 % degli studi statunitensi [30].

III. 3. Sottoscale

Per controllare in modo più preciso il modo in cui i sintomi della checklist vanno insieme ci si è avvalsi di metodi di analisi fattoriale che prevedessero correlazione tra fattori. Questo perché è possibile osservare comorbilità tra sindromi psicologiche qualitativamente diverse.

La soluzione americana [30] prevede la suddivisione di 17 dei 35 items della checklist in tre clusters. La nostra matrice dei pattern presenta molti punti in comune con quella americana, ma solo le sottoscale relative all'internalizzazione (sofferenza interiore, ritiro sociale, ansia e depressione) e all'esternalizzazione (rapporti con gli altri, aggressività e comportamento antisociale) mostrano un'omogeneità accettabile. L'andamento dei punteggi relativi a quest'ultima sottoscala è in controtendenza rispetto al generale aumento dei punteggi relativi all'internalizzazione in funzione dell'età. Quanto detto è in linea con una ricerca condotta da Frigerio [28] con sottoscale calcolate sugli items della Child Behavior Checklist, strumento di screening da cui la PSC deriva molti suoi items.

Sono state considerate anche soluzioni riguardanti tutti e 35 gli items a tre, quattro, cinque fattori. Quest'ultima è stata testata con un'analisi confermativa ($\chi^2 = 462,6$ con 544 g.d.l.). Le 35 domande della checklist definiscono 5 fattori: problematiche antisociali, problemi di attenzione, ansia-depressione, patologia psicosomatica e iperattività.

Il vantaggio offerto dall'uso delle sottoscale consiste in una definizione migliore delle problematiche del bambino e in un più mirato intervento da parte di chi si fa carico di effettuare i successivi accertamenti. C'è da dire che gli autori della checklist stessa scoraggiano l'uso di punteggi parziali su un numero di items già di per sé ristretto. Occorre ricordare che la checklist non è ha lo scopo di definire più di tanto la natura del disagio eventualmente riscontrato, ma vuole essere il punto di partenza per il follow up su un bambino sospettato di difficoltà di carattere psicosociale.

III. 4. Validazione

La lista dei soggetti positivi – 11 su 202, in base al cut off di 32 – potrebbe essere utile ai fini della validazione perché, se per esempio per l'intero gruppo di soggetti a rischio risultassero presenti effettivi problemi psicosociali, occorrerà rivedere il cut off fissato inizialmente a 32.

L'introduzione di una procedura che preveda ulteriori accertamenti sui soggetti a rischio deve poter disporre di un'organizzazione a rete o, quantomeno, delle risorse necessarie per riferire il bambino ad uno psicologo. Il servizio di psicologia dell'ospedale San Carlo di Milano ha così offerto la disponibilità a condurre colloqui di accertamento sui soggetti a rischio in base alla checklist. L'esito dell'indagine psicologica, la gravità o meno dei sintomi riscontrati e le modalità con le quali sono state condotte le indagini stesse, potranno ulteriormente validare la nostra versione italiana della PSC.

Anche se non era stata ancora avviata e strutturata la rete di collaborazione fra pediatri, psicologi e gli altri operatori ospedalieri, a scopo di validazione, sono state comunque consultate anche 31 cartelle ambulatoriali riguardanti i soggetti intervistati per rintracciare indicazioni di carattere psicologico. 20 cartelle riguardano i controlli chirurgici post intervento; 5 le patologie asmatiche e allergiche; 4 quelle gastroenterologiche e 2 i disturbi neurologici.

Per ogni cartella sono state registrate le date e il motivo di tutte le visite eseguite ed eventualmente pianificate. Ai fini della validazione era necessario verificare se vi fosse un riferimento a fattori di rischio dal punto di vista psicosociale, a complicazioni, a eventuali discrepanze tra una visita e l'altra o se vi fossero segnalazioni particolari, e indicazioni relative alla condizione sociale o psicologica del paziente. Non sono emerse informazioni utili in questo senso.

Oltre alle cartelle ambulatoriali è stata controllata anche la documentazione relativa ai ricoveri in ospedale, ma anche qui le informazioni erano troppo medicalizzate e non comparivano notizie relative ai pregressi contorni psicosociali della malattia.

IV. *Modelli di rete e rete di modelli*

La grande rivoluzione operata da Freud e, soprattutto, da Adler all'inizio del secolo scorso non è consistita tanto nello studiare l'inconscio quanto nell'individuare quei dinamismi psichici che, con la visione di se stessi e del mondo da loro creata, fissano le mete da raggiungere, il modo di pensare e lo stile di vita più idonei per perseguirle, come se questa creazione fosse una caratteristica genetica ereditariamente trasmessa [4].

L'enciclopedistico sapere, concentrato in una singola persona in Catone, Dante, Leonardo, D'Alembert e Diderot, è stato poi spartito fra varie discipline. Anche la Me-

dicina si è parcellizzata ma, negli ospedali, gli specialisti, sono usciti dai loro isolati padiglioni, hanno condiviso in liaison le loro conoscenze e questi scambi fra le varie figure professionali hanno ampliato e approfondito le conoscenze.

Anticipando ed allargando queste dinamiche, Adler, volle sin dall'inizio far beneficiare genitori, medici ed educatori dei progressi della medicina e della psicoanalisi che, insieme a Freud, andava creando.

Il clima sociale e politico in cui viveva favoriva ciò e, come lui promuoveva il ruolo di educatore del medico, altri allargavano agli educatori le competenze del medico [5]. Ma questo era soltanto uno dei modelli di rete che ne affiancava altri, come la Società Psicoanalitica stessa in cui si confrontavano creativamente medici, letterati, artisti dei due sessi e di ogni estrazione.

Durante la prima guerra mondiale Adler, sconvolto come tanti altri [49] dalle malattie, dai lutti, dai molti orfani spediti e da tutte le patologie psichiatriche osservate da medico militare, si votò alla prevenzione di tali disagi e, nella Vienna precipitata dal prestigioso ruolo di capitale di un impero e del mondo nel baratro dei problemi di una grande metropoli in mezzo al nulla di una nazione sconfitta, istituì una fitta rete di *Consultori medico psicologici* che, unendo a rete le competenze professionali di medici ed educatori, dovevano far cogliere sul nascere ogni problema psicosociale che si manifestava nella scuola [3].

Simili centri consultoriali furono aperti anche a Trieste, dagli adleriani Richter e Stock [37] e più di recente, a Milano, Parenti e Pagani hanno studiato ampi campioni di popolazione scolastica con colloqui e somministrando reattivi mentali e test proiettivi per svolgere un' incisiva opera di prevenzione e di diagnosi precoce dei disagi psicosociali [10].

In questa direzione si muovevano anche gli Adleriani di oltre oceano [21, 22, 23, 48] e sono stati redatti e somministrati a genitori ed insegnanti dei questionari, come quello della Società Internazionale di Psicologia Individuale che compare in appendice in *The education of the Children* [3].

Lo stupore con cui constatavamo come Adler si fosse interessato molto poco e tardi [2] alla pandemia influenzale di colpo è svanito vedendo come anche noi abbiamo cessato di parlare di Pandemia Covid non appena è deflagrato il conflitto fra Russia e Ucraina, ma comunque anche in queste calamità, guardando al passato, possiamo trarre sempre degli insegnamenti per far fronte ad esse, come hanno fatto sulle pagine di questa rivista Fassino [27], Mazzoli [40] e Rovera [44].

L'emergenza infatti obbliga ad accelerare e ottimizzare i processi di collaborazione con l'adleriano "modello di rete in una rete di modelli" [43].

V. La rete delle comunicazioni

L'enorme disponibilità ed efficacia dei moderni mezzi di comunicazione è già stata ottimizzata in medicina da lungimiranti progetti dove l'uso intelligente dell'informatica ha reso possibile di affrontare senza problemi l'emergenza Covid e le conseguenti quarantene perché, in deroga alle regole sulla riservatezza, non solo è stato possibile ricorrere a mail e Whatsapp per ricette dematerializzate, ritiro di farmaci e certificazioni, ma le piattaforme web vengono usate per le cartelle cliniche (come la Medical Live Paziente Consapevole, messa a punto dalla dottoressa Lucia Parisotto e dall'informatico Sergio Bucchieri) con tutti i servizi ad esse collegati che sono accessibili a medici, pazienti, farmacisti, Servizio Sanitario Nazionale ed INPS.

Il timido uso in epoca pre Covid di questi mezzi si è prepotentemente affermato, inoltre, nelle scuole di ogni ordine e grado ed anche per le consultazioni psicoterapeutiche. Ma in questo campo, come precisa Rovera, si impone – e prima di una sistematica diffusione del loro impiego – che vengano fissate precise e inviolabili regole per questi nuovi setting [45].

Questa regolamentazione non può limitarsi alla psicoterapia ma deve riguardare anche le procedure di somministrazione dei questionari come il PSC che, nelle prossime versioni, dovrà inoltre, inevitabilmente, riferirsi anche alle *patologie ed ai disagi creati dalle quarantene e dalla distanza*.

In tal modo genitori e tutta la rete di professionisti che si prendono cura di bambini e adolescenti avranno ancora a disposizione strumenti che permettano non solo di cogliere, ma anche di quantificare il disagio psicosociale per attivare gli opportuni interventi curativi e di prevenzione, come avviene per la medicina generale.

VI. Conclusioni

Il questionario di Jellinek e Murphy per individuare il bambino difficile fornisce utili informazioni che spesso vengono scotomizzate dai genitori ed ignorate anche dagli stessi pediatri e dagli educatori. La versione italiana, che abbiamo presentato insieme alla sua taratura ed alla sua stima per un'iniziale validazione, ha fornito dati che possono essere definiti soddisfacenti e significativi per la pratica clinica ma anche per la ricerca.

Il coinvolgimento dei genitori con le loro valutazioni sul figlio, inoltre, ricorda loro che, anche quando richiedono l'intervento del medico e dell'educatore, queste figure professionali non li sostituiscono, ma li integrano solamente in un articolato gioco di *alleanze terapeutiche ed educative*.

Anche per questo il questionario, strumento di screening psicosociale e per la ricerca, dovrebbe essere adottato oltre che dagli ambulatori pediatrici anche dalle scuole

per ottimizzare gli interventi psicoterapeutici e di prevenzione, smentendo le amare constatazioni di Canziani (15, p. 182): “I nostri Centri, in genere, sono in grado di funzionare egregiamente finché si tratta di risolvere il problema clinico-diagnostico di un bambino difficile e possono ancora funzionare quando si tratta di istituire un trattamento didattico speciale a un insufficiente mentale senza particolari alterazioni del carattere, ma quando l’ausilio che si deve dare a un bambino è di carattere psicoterapeutico l’opera dei Centri per lo più si vanifica”.

In un momento di crisi come quello di oggi ci si dovrebbe impegnare, più che a distribuire a pioggia interventi psicoterapeutici, nell’individuare e quantizzare i disagi psicosociali dei bambini somministrando a tutti nelle scuole almeno la versione ridotta della PSC. Ciò consentirebbe di effettuare interventi mirati.

Nel contempo va strutturata, anche fuori dagli ospedali un’organizzazione a rete dei professionisti che prenda in carico questi disagi prevenendo la loro evoluzione in psicopatologie e dissocialità.

Come il sistema sanitario che meglio funziona è quella che ha gli ospedali vuoti, così anche una società e una scuola che funziona bene dovrebbe vedere i suoi centri psicosociali deserti ed affollati i suoi campi sportivi, le sue palestre, i suoi teatri, le sue biblioteche, i suoi musei e le sue associazioni culturali e di volontariato.

Gli enormi mezzi di comunicazione di cui disponiamo, infine, dovrebbero migliorare i rapporti interpersonali e veicolare informazioni e non opinioni o disinformazione.

(Revisione e adattamento del testo: Comitato di Redazione rivistasipi@libero.it)

Bibliografia

1. ACHENBACH, T. M. (1991), *Manual for the Child Behavior Checklist 4/18 and 1991 Profile*, University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington.
2. ADLER, A. (1923), Die Gefahren der Isolierung, *Zentralblatt für Vormundschaftswesen*, 15 (3): 53-54.
3. ADLER, A. (1930), *The education of the children*, tr. it. *Psicologia dell’educazione*, Newton Compton, Roma 1975.
4. ADLER, A. (1935), The fundamental views of individual psychology, *Int. J. Individ. Psychol.* I (1): 5-8.
5. ADLER, C. W. (1878), *Der Erzieher als Arzt*, tr. it. *Il maestro in qualità di medico*, Apollonio, Trieste.

6. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980), *DSM-III- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, tr. it. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1983.
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013), *DSM-5. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, American Psychiatric Association, Washington DC.
8. AXIA, G. (2002), *Questionari italiani sul temperamento*, Erickson, Trento.
9. BENTIVOGLIO, G. G. (1966), *Manuale di pediatria*, 2 voll., Società Editrice Universo, Roma.
10. BRUGMAN, E. et Alii (2001), Identification and Management of Psychosocial Problems by Preventive Child Health Care, *Arch. Pediatr. Adolesc. Med.*, 155: 462-469.
11. CAMPO, J. V., et Alii (1999), Somatization in Pediatric Primary Care: Association with Psychopathology, Functional Impairment, and Use of Services, *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 38: 1093-1101.
12. CAMPO, J. V. et Alii (2002), Recurrent pain, emotional distress, and health service use in childhood, *The Journal of Pediatrics*, 141: 76-83.
13. CAMPO, J.V., Fritsch S. L. (1994), "Somatization in Children and Adolescents", *Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 33: 1223-1235.
14. CANZIANI, G. (1975), Introduzione a ADLER, A. (1930), *Die Technik der Individualpsychologie 2, Die Seele des Schwererzichbarem Schulkindes*, tr. it. *La tecnica della Psicologia individuale*, Newton Compton, Roma 2005.
15. CAVALLI-SFORZA, L. (1965), *Analisi statistica per medici e biologi*, Boringhieri, Torino.
16. CORBETTA, P. (1992), *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali*, il Mulino, Bologna.
17. COSTELLO, E. J. et Alii. (1988), "Psychiatric disorder in primary care", *Arch. Gen. Psychiatry*, 45: 1108-1116.
18. COSTELLO, E. J. et Alii. (2003), "Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence", *Arch. Gen. Psychiatry*, 60: 837-844.
19. COURY, D. L. (2003), "Pediatria dello sviluppo e del comportamento", in RUDOLPH, A. M., KAMEI, R. K., OVERBY, K. J. (a cura di), *Manuale di pediatria*, McGraw Hill Companies, Milano.
20. DINKMEYER, D., DREIKURS, R. (1963), *Encouraging Children to learn*, tr. it. *Il processo di incoraggiamento*, Giunti Barbera, Firenze 1974.
21. DREIKURS, R. (1958), *Psychology in the classroom: a manual for teachers*, tr. it. *Psicologia in classe*, Giunti Barbera, Firenze 1961.
22. DREILURS, R. (1968), *Children, the challenge*, tr. it. *I bambini, una sfida*, Ferro, Milano 1969.
23. DREIKURS, R., CASSEL, P. (1972), *Disciplina senza lacrime*, Ferro, Milano 1976.
24. DOGANA, F. (2002), *Uguali e diversi*, Giunti, Firenze.
25. EVERIT, B. (1982), *Finite Mixture Models*, Chapman and Hall, London.
26. EVERIT, B. (1998), *Dizionario Cambridge di statistica medica*, Il Pensiero Scientifico, Roma.

27. FASSINO, S. (2020), La Pandemia Covid-19 interroga la scienza e la coscienza dei ricercatori, medici, psicologi, educatori, genitori, governanti, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 3-14.
28. FRIGERIO, A. et Alii (2004), "Behavioral and Emotional Problems Among Italian Children and Adolescents Aged 4 to 18 Years as Reported by Parents and Teachers", *European Journal of Psychological Assessment*, 20: 124-133.
29. GADDINI, R. (1970), *Medicina psicosomatica in pediatria*, Minerva medica, Torino.
30. GARDNER, W. et Alii (1999), The PSC-17: a brief pediatric symptom checklist with psychosocial problem subscales. A report from PROS and ASPN, *Ambulatory Child Health*, 5: 225-236.
31. HOFSTRA, M. et Alii (2000), "Continuity and change of Psychopathology from childhood into adulthood: a 14 year follow up study", *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39: 850-858.
32. IACOVELLI, L., ROMANI, M. (1998), "La rivelazione dei disturbi di personalità in età evolutiva: contributo preliminare", *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 65: 727-732.
33. JELLINEK, M. S., MURPHY, J. M. (1988), Screening for psychosocial dysfunction in economically disadvantaged and minority group children: Further validation of the Pediatric Symptom Checklist, *Am. J. Orthopsychiatry*, 58: 450-56.
34. JELLINEK, M. S., MURPHY, J. M., MILLINSKI, S. (1989), The Pediatric Symptom Checklist: validation in the real world of middle school, *J. Pediatr. Psychol.*, 14: 629-639.
35. JELLINEK, M. S., MURPHY, J. M. (1990), The Recognition of Psychosocial Disorders in Pediatric Office Practice: The Current Status of the Pediatric Symptom Checklist, *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 11: 273-278.
36. KELLEHER, K. J. et Alii (2000), Increasing Identification of Psychosocial Problems: 1979-1996, *Pediatrics*, 105: 1313-1321.
37. MARASCO, E. E. et Alii (1991), *Problemi psicologici all'esordio del diabete mellito ID: importanza di un orientamento diagnostico per l'alleanza terapeutica e il programma educativo*, VIII Congresso Nazionale Associazione Medici Diabetologi, Giardini Naxos 17-20 aprile 1991.
38. MARASCO, L. (2005), *Taratura della Pediatric Symptom Checklist: uno studio applicativo*, Tesi di Laurea in Psicologia Sperimentale, Università degli Studi di Milano-Bicocca.
39. MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL (2004), Pediatric Symptom Checklist for Children Ages 3-16, http://psc.partners.org/psc_versions.htm, 19 nov. 2004.
39. MURPHY, J. M. et Alii (2016), The PSC-17: Subscale Scores, Reliability, and Factor Structure in a New National Sample, *Pediatrics*, Volume 138, n. 3.
40. MAZZOLI, G. (2020), La pandemia: "catastrofe vitale", *Riv. Psicol. Indiv.*, 88: 3-11.
41. ORGANIZZAZIONI SPECIALI (2005), "Indice dei test", http://www.osnet.it/catalogo/indice_test.html, Firenze, 13 maggio 2005.

42. ROBERTS, C. J. (1977), *Epidemiology for clinicians*, tr. it. *Epidemiologia per la pratica clinica*, Zambon, Milano 1980.
43. ROVERA, G. G. (1998), *La Psicologia Individuale come modello di rete e rete di modelli*, Seminario SAIGA, Torino.
44. ROVERA, G. G. (2020), Le Relazioni Adleriane d’ Aiuto nelle situazioni di emergenza, *Riv. Psicol. Indiv.*, 87: 15-63.
45. ROVERA, G. G. (2022), Postfazione: riflessioni prospettiche, in MARASCO, E., MARASCO, L. (a cura di), *Corsi di formazione transculturale per analisti adleriani. Linee guida di Francesco Parenti e Pier Luigi Pagani*, Mimesis, Sesto San Giovanni.
46. SACERDOTI, G., SACERDOTI, F. (1965), Elementi di psicologia, psichiatria e igiene mentale infantile in BENTIVOGLIO, G. G. (a cura di), *Manuale di pediatria*, 2 voll., Società Editrice Universo, Roma.
47. SILVER, H. K., KEMPE, C. H., BRUYN, H. B. (1967), *Handbook of pediatrics*, tr. it. *Manuale di pediatria*, Piccin, Padova 1969.
48. SPIEL, O. (1962), *Discipline without punishment*, Faber e Faber, London.
49. SPITZ, R. (1958), *Le première année de la vie de l’enfant*, Presses Universitaires de France, Paris, tr. it. *Il primo anno di vita. Studio psicoanalitico sullo sviluppo delle relazioni oggettuali*, Armando, Roma.
50. WAGNER, J. L. et al. (2015), “Psychometric validation of the Pediatric Symptom Checklist-17 in a pediatric population with epilepsy: A methods study”, *Epilepsy & Behavior*, 51: 112-116.
51. WALKER, W. O., LADRONE, R. G., ATKINSON, S.W. (1989), Psychosocial screening in pediatric practice: identifying high risk children, *J. Dev. Behav. Pediatr.*, 10: 134-148, 1989.
52. WILMSHURST, L. (2004), *Child and Adolescent Psychopathology*, Sage Publications, Thousand Oaks, California.

Luigi Marasco
 6, Stonecrop avenue
 UK HG32WS Harrogate
 E-mail: lumar80@gmail.com