



## **Percezione di padri e madri a confronto: studio mediante CBCL su una casistica di bambini affetti da Disturbo Pervasivo dello Sviluppo**

Martina Maria Mensi, Tiziana Carigi, Matteo Chiappedi, Umberto Balottin

*Unità di Neuropsichiatria Infantile, Sezione di Neuroscienze cliniche, Dipartimento di Sanità Pubblica, Neuroscienze, Medicina Sperimentale e Forense, Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia*

---

### ***Percezione di madri e padri studiate con la CBCL***

Mancano studi che confrontino il profilo emotivo comportamentale di bambini affetti da disturbo pervasivo dello sviluppo (DPS) descritto dalle madri con quello descritto dai padri. Appare di particolare interesse, quindi, valutare se i genitori di bambini affetti da questa patologia abbiano o meno una diversa percezione delle problematiche emozionali e di comportamento dei figli. Da una prima analisi, la CBCL è risultata adeguata per la identificazione degli aspetti comportamentali tipici del disturbo pervasivo. Il confronto tra i profili delineati dalle madri con quelli delineati dai padri ha, d'altra parte, mostrato una concordanza medio-bassa nella maggior parte delle scale della CBCL.

### ***Mothers and fathers perception studied with the CBCL***

There are no recent studies comparing the description of the emotional and behavioral profile of children with Pervasive Developmental Disorders (PDDs) by mothers with that by fathers. Therefore, it appears of particular interest to assess whether the parents of children suffering from this disease have or not a different perception of the emotional and behavioral problems of their children. From a first analysis, the CBCL is adequate for the identification of typical behavioral aspects of PDDs. The comparison between the profiles outlined by mothers with those outlined by fathers, on the other hand, has showed a concordance of medium-low level in most of the CBCL's scales.

---

## **Introduzione**

I Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (DPS) costituiscono un gruppo eterogeneo di disturbi neuropsichiatrici con una importante base genetica, caratterizzati da varie difficoltà sociali, di comunicazione, una preferenza per la routine e la sameness e la presenza di interessi inusuali e restrittivi. Oltre ai sintomi principali del disturbo, i bambini affetti da DPS presentano molto frequentemente molti disturbi neurologici e psichiatrici in comorbidità. Ideata e validata presso l'Università del Vermont, la CBCL – Child Behavior Checklist [1-2] è una delle scale empirico-quantitative di valutazione del comportamento del bambino e dell'adolescente più utilizzata, a livello internazionale, in ambito sia clinico sia

di ricerca. Permette di stilare una valutazione multi-assiale delle competenze sociali e dei problemi emotivo-comportamentali dei soggetti presi in esame e, finora, ha trovato applicazione in molti quadri patologici dell'età infantile, tra cui i Disturbi del Comportamento Alimentare, la Sindrome di Tourette, i Disturbi d'Ansia, la Sindrome da Deficit di Attenzione ed Iperattività, la Cefalea.

La CBCL ha visto un utilizzo progressivamente più ampio anche nell'ambito dei DPS, sia come strumento di identificazione dei soggetti a rischio sia come strumento volto all'identificazione di problematiche associate. La possibilità di utilizzare il questionario come strumento di screening per i DPS è nata in seguito allo studio di Rescorla [3] che, applicando la CBCL ad un campione di bambini prescolari (204 bambini tra i 3 e i 5 anni, di cui 79 rientranti nello spettro autistico, 82 con altri disturbi comportamentali e 43 bambini con una compromissione funzionale relativamente lieve), avrebbe individuato il cosiddetto fattore autistico. Dai risultati è emerso un pattern di risposte tipico che Rescorla definiva "Autistic/Bizzarre cluster" risultante da 5 domande presenti nella CBCL; questo riscontro secondo l'autore americano «faceva presumere che un uso futuro della CBCL in campioni di bambini autistici potesse essere fruttuoso» [3]. In altre parole, le risposte positive a queste 5 domande della checklist (corrispondenti ad un'alta frequenza dei comportamenti indagati nel bambino dal punto di vista genitoriale) potrebbero essere adatte per creare un profilo che sia utile per distinguere la popolazione autistica da quella composta dai bambini con altre patologie comportamentali [3]. Nel tempo, numerosi studi hanno confermato la validità del test (nelle diverse versioni disponibili corrispondenti alle diverse fasce di età) quale strumento per l'identificazione di problematiche relazionali-comportamentali in soggetti con autismo [4-6]. L'applicazione della CBCL ai soggetti con DPS ha, poi, confermato la frequente associazione di problematiche emotivo-comportamentali con il quadro di base [4-5]. Tuttavia, gli studi riportati, riguardano dati ottenuti dalle valutazioni materne oppure da quelle di uno dei due genitori indifferentemente, approccio che ha, a lungo, caratterizzato gli studi di ricerca. Negli ultimi anni, però, nell'approccio alle patologie in età evolutiva, i ricercatori hanno dimostrato un interesse crescente per la prospettiva paterna, che è stata quella, storicamente, più trascurata dai clinici nel processo diagnostico. Il coinvolgimento dei padri nella raccolta dei dati, anche attraverso la compilazione delle scale psicometriche, avviene, pertanto, sempre più frequentemente, permettendo, inoltre, un confronto della percezione che madri e padri hanno dei figli. Tale modalità ha permesso di mettere in evidenza livelli di convergenza potenzialmente molto diversi tra i due genitori, sollecitando quesiti in merito a quali fattori possano spiegare l'emergenza, soprattutto, di profili diversi.

La stessa CBCL è stata uno strumento frequentemente analizzato nell'ottica di valutare la concordanza o meno tra i genitori di soggetti con diverse problematiche. Gli studi in merito hanno fornito, d'altra parte, dati contrastanti. Se alcuni studi hanno, infatti, evidenziato una buona concordanza [7-10], altri hanno sottolineato la presenza di significative discrepanze [11-12]. In generale, le discrepanze tra la visione materna e quella paterna, emerse dagli studi, risultano caratterizzate prevalentemente dalla tendenza dei padri ad identificare trend patologici in misura minore rispetto alle madri [8, 11]. Tale risultato troverebbe spiegazione in una preoccupazione particolarmente intensa nelle madri per l'impatto della patologia e le ripercussioni sulle attività quotidiane, mentre verrebbe attribuita da Seiffge-Krenke & Kollmar [8] al fatto che i padri trascorrono meno tempo delle madri con i loro figli e siano, quindi, meno a contatto con le loro problematiche. Alcuni autori giustificano in modo diverso la discrepanza tra i genitori a seconda che riguardi disturbi internalizzanti piuttosto che esternalizzanti: per i primi, ipotizzano che i figli esprimano maggiormente i loro sentimenti alle madri, sostenendone, così, la maggior consapevolezza, per i secondi, attribuiscono ai padri la tendenza a considerare la maggior parte delle lamentele e dei problemi dei figli come comportamenti meno disfunzionali rispetto alle madri, più sensibili ai problemi di condotta. La diversa lettura del comportamento dei figli viene anche interpretata come secondaria alle differenti modalità con cui i genitori fanno fronte ai problemi dei figli o alle diverse modalità di relazione figlio-genitori. In merito all'impatto che le caratteri-

stiche dei genitori possono avere sulla valutazione dei figli, è stato ipotizzato che i genitori con un funzionamento psicologico deficitario tendano ad amplificare i problemi che l'altro caregiver rileva come meno gravi [9]. D'altra parte, se alcuni studi hanno riscontrato un potenziale effetto della depressione degli informatori sui risultati, altri non hanno confermato tale ipotesi. Rispetto alla relazione tra il figlio ed i genitori, la dimensione della relazione padre-figlio sembra favorire la percezione dei problemi di attenzione e delle difficoltà cognitive dei bambini. Il quoziente intellettivo del bambino sembra, d'altra parte, rappresentare un parametro in grado di incidere significativamente sulla gravità delle problematiche riportate dai genitori. L'effetto dello sviluppo cognitivo dei figli sulla percezione delle loro problematiche da parte dei genitori sarebbe, inoltre, condizionato dal sesso: si rilevano livelli più alti di problemi nelle bambine più intelligenti e nei maschi con punteggi di QI bassi, per quanto l'associazione descritta per le bambine non sia confermata da un successivo studio di Hay et al. [9]. Infine, anche la qualità della relazione tra i genitori stessi sembra influenzare il profilo di risposta. La discordanza inter-coniugale è spesso associata con problemi di comportamento dei figli e non è da trascurare la possibilità che il giudizio di ogni genitore riguardo i problemi del figlio sia connesso con la propria visione della relazione di coppia [9]. I problemi di coppia ed il clima familiare sembrano influenzare maggiormente i giudizi materni.

Al momento, non sono disponibili studi che abbiano confrontato il punto di vista di madri e padri di soggetti con DPS. D'altra parte, il ruolo degli informatori risulta tanto più importante quanto le possibilità di espressione ed interazione dei pazienti siano compromesse, come nel caso di questo disturbo, e svolge un ruolo fondamentale nei primi anni di vita, momento in cui la possibilità di diagnosticare correttamente i DPS può incidere in modo significativo sull'outcome.

## **Scopo del lavoro**

In questo scenario, appare, pertanto, di particolare interesse valutare se i genitori di bambini affetti da DPS abbiano o meno una diversa percezione delle problematiche emozionali e di comportamento dei figli. Per questi motivi, il nostro studio ha confrontato il profilo di risposte fornito alla CBCL 1½-5 anni dalle madri con quello fornito dai padri di un campione di novanta bambini affetti da DPS, con l'intento di valutare la presenza di eventuali discrepanze e peculiarità tra la percezione dei due genitori.

## **Materiali e metodi**

### ***Partecipanti***

Il campione dello studio è stato selezionato tra i soggetti afferiti consecutivamente, tra il settembre 2009 ed il dicembre 2011, per Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, presso il Dipartimento di Neuropsichiatria Infantile della Fondazione Istituto Neurologico Nazionale IRCCS Casimiro Mondino di Pavia e dell'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese. L'inquadramento diagnostico è stato eseguito da un clinico con supervisione di un medico con particolare esperienza nei DPS, sulla base dei dati anamnestici raccolti e delle osservazioni dirette in ambiente semi-strutturato. La diagnosi è stata posta in accordo con i criteri del DSM-IV TR. Per garantire l'inter-rater reliability tra i clinici nei due centri, sono stati effettuati incontri preliminari e di confronto sul metodo di scoring delle scale osservazionali standardizzate. I criteri di inclusione nello studio sono stati la diagnosi di DPS ed un'età inferiore ai 60 mesi. Il criterio di esclusione è stato la presenza di patologie neurologiche. Questo

studio è stato condotto in accordo con la dichiarazione di Helsinki. In tutto, sono stati analizzati i questionari compilati da madri e padri di 90 bambini, di età compresa tra i 18 ed i 60 mesi. 48 bambini hanno avuto accesso presso la Fondazione Istituto Neurologico Nazionale IRCCS Casimiro Mondino di Pavia e 42 presso l'Azienda Ospedaliera Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi di Varese.

### **Metodi di misura**

#### *Child Behaviour Checklist 1½-5 anni (CBCL 1½-5 anni) (Achenbach & Rescorla, 2000)*

Questionario standardizzato autosomministrato ai genitori/caregivers, costituito da 100 domande che indagano specifici comportamenti del bambino relativi ai 6 mesi precedenti l'inchiesta. Al genitore/caregiver, viene chiesto di valutare la frequenza di ogni comportamento, secondo una scala a tre valori: 0= non vero, 1= qualche volta vero, 2= molto/spesso vero. Il profilo che emerge dal questionario è costituito da una Scala Totale, una scala dei problemi Internalizzanti, una dei problemi Esternalizzanti, 7 scale sindromiche (Reattività Emotiva, Ansia/Depressione, Lamentele Somatiche, Ritiro, Problemi di Attenzione e Comportamento Aggressivo) e 5 scale DSM-orientate (Disturbi affettivi, Disturbi d'ansia, Disturbi pervasivi dello sviluppo, Disturbo da deficit di attenzione e iperattività, Disturbo oppositivo provocatorio). I punteggi vengono sommati e convertiti in T-scores. Per le diverse scale, sono forniti cut-off che permettono di codificare i comportamenti come normali, borderline o nella fascia clinica. Per le scale Totale, Internalizzante ed Esternalizzante, i valori sono considerati normali se  $<60$ , patologici se  $\geq 64$  e borderline se compresi tra  $\geq 60$  e  $<64$ ; per le scale sindromiche e DSM-orientate, sono ritenuti normali i valori  $<65$ , patologici quelli  $\geq 70$  e borderline quelli compresi tra  $\geq 65$  e  $<70$ . Le buone proprietà psicometriche, l'attendibilità test-retest, la stabilità nel tempo, la validità e l'accuratezza nel distinguere tra campioni clinici e non-clinici di popolazione della CBCL sono state confermate per le diverse versioni del questionario (Bolte et al., 1999).

### **Analisi**

Le analisi sono state effettuate con sistema Mackintosh PASW (SPSS) Statistics 18.0.2.

La significatività statistica è stata attribuita in caso di  $p < 0.05$ . Essendo stata individuata una distribuzione non normale delle variabili (tutte le variabili sono risultate inferiori a 0.035 al test di Kolmogorov-Smirnov), per il confronto tra la serie di punteggi forniti dalle madri con quelli forniti dai padri alle CBCL, è stato utilizzato il test non parametrico Wilcoxon. Il livello di concordanza tra madri e padri è stato, invece, analizzato tramite  $V$  di Cramer. Sono stati considerati valori di concordanza ottima in caso di  $V \geq 0.8$ ; buona in caso di  $V$  compresa tra 0.6 e 0.8; discreta se  $V$  compresa tra 0.4 e 0.6; scarsa in caso di  $V < 0.4$ .

## **Risultati**

In tutto, sono stati analizzati i dati relativi a 90 bambini. Le caratteristiche del campione sono riassunte nella tabella 1. I valori medi e le deviazioni standard ottenuti dai soggetti in esame, nelle principali scale del protocollo di valutazione clinica, sono riportati in tabella 2.

### **Analisi dei punteggi medi**

Il profilo alle CBCL ha evidenziato, sia per le madri sia per i padri, che la media dei punteggi nelle scale Ritiro (madri 70.7; padri 72.3) e Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (madri 70.4; padri 71) si colloca nella fascia clinica. Il confronto tra le medie dei punteggi attribuiti dalle madri e dai padri non ha evidenziato differenze significative in nessuna sottoscala.

### ***Analisi di concordanza***

Tra i giudizi dei genitori, emerge concordanza tra scarsa e discreta nella maggior parte delle scale. L'unica scala a presentare valori di concordanza buona è quella relativa ai Disturbi Affettivi (V 0.724). La scala, DSM orientata, Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, presenta una concordanza di basso grado tra i genitori (V 0.299). Ugualmente le scale Deficit di Attenzione e Iperattività (V 0.210) e Disturbo Oppositivo Provocatorio (V 0.231) hanno bassa concordanza. I punteggi di concordanza sono riportati nella tabella 3.

### **Discussione**

Il nostro studio comprende un gruppo di novanta bambini affetti da Disturbo Pervasivo dello Sviluppo e valuta il profilo di risposte alla CBCL di entrambi i genitori, con l'obiettivo primario di effettuare un confronto tra la valutazione materna e paterna del funzionamento emotivo-comportamentale dei bambini. Osservando i punteggi medi forniti da madri e padri per le scale della CBCL, è, innanzi tutto, possibile osservare come la CBCL risulti sensibile alla rilevazione degli aspetti peculiari del DPS da parte dei genitori. Le uniche scale in cui il punteggio medio si colloca nella fascia clinica, sia per i padri sia per le madri, sono infatti, quelle del Disturbo Pervasivo dello Sviluppo e del Ritiro, confermando così i risultati di precedenti studi a livello internazionale, effettuati su bambini con ASD nella fascia pre-scolare e scolare [5-6, 13].

Per quanto riguarda, invece, il confronto tra la percezione di madri e padri del funzionamento emotivo-comportamentale dei bambini, non sono emerse differenze significative in nessuna delle scale della CBCL. Analizzando, d'altra parte, la concordanza tra i genitori alle diverse scale della CBCL, emergono valori di concordanza tra scarsa e discreta nella maggior parte delle scale e di particolare interesse appare il riscontro di una correlazione scarsa in merito alla scala Disturbo Pervasivo dello Sviluppo (V 0.299). Nonostante, infatti, fino al 79% dei bambini abbia ricevuto punteggi nella fascia clinica, confermando le potenzialità della CBCL nel permettere il riconoscimento dei comportamenti critici del DPS, solo nel 45% dei soggetti entrambi i genitori hanno indicato come significativi tali comportamenti; il 13% dei soggetti ha, invece, ricevuto punteggi nella fascia clinica da parte delle sole madri ed il 20% da parte dei soli padri. Confermando altri lavori riportati in letteratura pur in altre aree della psicopatologia [7, 9], si può, quindi, sottolineare l'importanza di una valutazione clinica che tenga conto di entrambi i punti di vista genitoriali sul bambino, con l'auspicio che i padri vengano maggiormente coinvolti nel processo valutativo. Il lavoro presenta certamente limiti relativi in particolare, alla variabilità clinica del campione (d'altra parte, rappresentativo della realtà clinica), e alla necessità di valutare il possibile fattore confondente che caratteristiche dei pazienti (quali il livello di sviluppo o di competenze adattive), e dei genitori, quali lo stile di funzionamento psicologico e la differenza nell'età tra madri e padri, possono avere sulla percezione da parte dei genitori del profilo emozionale dei figli. Inoltre i nostri dati dovrebbero essere confermati da altri lavori su casistiche più estese e che prendano in considerazione anche strumenti di valutazione di diverso tipo.

Riprendendo, quindi, quanto già proposto in passato da Bingham et al. [14], si rimarca l'importanza di considerare la doppia prospettiva in modo da ottenere una rappresentazione il più completa possibile delle problematiche emozionali e di comportamento del bambino. Inoltre, la possibilità che i padri siano più vicini alla comprensione del comportamento disfunzionale del bambino rappresenta anche un'opportunità per una mediazione nei confronti delle madri nel processo di accettazione della diagnosi. In conclusione il nostro studio indica nel paziente con Disturbo Pervasivo dello Sviluppo, l'importanza di un approccio informativo ad orientamento multiplo [8, 10, 12, 14] e la opportunità di dedicare particolare attenzione al punto di vista paterno, al fine di comprendere al meglio il profilo emotivo-comportamentale del bambino. Ne consegue la considerazione che il ruolo paterno dovrebbe assumere un'importanza maggiore nel lavoro clinico diagnostico e terapeutico con questo tipo di grave disabilità.

## Tabelle e figure

**Tabella 1. Caratteristiche del campione analizzato.**

Variabile	%	M	SD
Sesso maschile	84%		
Diagnosi DA	31%		
DPS-NAS	69%		
Etnia caucasica	93%		
Lingua italiana	88%		
Età pazienti (mesi)		38.7	9.8
Età madri		35.1	4.5
Età padri		38.7	5.4

**Tabella 2. Variabili diagnostiche.**

Test	Media	DS
adi-r Interazione sociale reciproca	18.59	5.569
adi-r Comunicazione	12.26	3.771
adi-r Interessi, attività	4.77	2.753
ADOS Linguaggio e comunicazione	7.19	3.183
ADOS Interazione sociale e reciproca	10.39	2.384
ADOS Totale	17.31	4.411
CARS Totale	39.31	6.173
Griffiths Totale	78	29
Griffiths Locomotore	57.96	14.667
Griffiths Personale sociale	83.59	18.066
Griffiths Linguaggio	56.17	17.652
Griffiths Coordinazione occhio-mano	39.68	18.615
Griffiths Performance	56.09	16.300

**Tabella 3. Valori di concordanza tra madri e padri.**

Scale CBCL	Concordanza (V di Cramer)
Totale (Tot)	0.577
Internalizzante (Int)	0.440
Esternalizzante (Est)	0.433
Reattività Emotiva (I)	0.489
Ansia/Depressione (II)	0.370
Lamentele Somatiche (III)	0.389
Ritiro (IV)	0.480
Disturbi del Sonno (V)	0.491
Disturbi dell'Attenzione (VI)	0.366
Comportamento Aggressivo (VII)	0.457
Disturbi Affettivi (1)	0.724
Disturbi d'Ansia (2)	0.552
Disturbi Pervasivi dello Sviluppo (3)	0.299
ADHD (4)	0.210
Disturbo Oppositivo-Provocatorio (5)	0.231

### **Bibliografia**

1. Achenbach TM, Rescorla LA. The Child behaviour checklist. ASEBA, Burlington, VT, 2000.
2. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA School Age Forms & Profiles. ASEBA, Burlington, VT, 2001.
3. Rescorla LA. Cluster Analytic Identification of Autistic Preschoolers. *J Autism Dev Disord* 1998;18:475-492.
4. Bolte S, Dickhut H, Putzka F. Pattern of parental-reported problems indicative in autism. *Psychopatology* 1999;32:93-97.
5. Ooi YP, Rescorla LA, Ang RP et al. Identification of autism spectrum disorders using the child behavior checklist in Singapore. *J Autism Dev Disord* 2010;41:1147-1156.
6. Muratori F, Narzisi A, Tancredi R et al. The CBCI 1-.5-5 and the identification of preschoolers with autism in Italy. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2011;20:329-138.
7. Achenbach TM. What is normal? What is abnormal? Developmental perspectives on behavioral and emotional problems. In *Developmental psychopathology: perspectives on adjustment, risk, and disorder*. Cambridge University Press, Cambridge, UK, 1997.
8. Seiffge-Krenke I, Kollmar F. Discrepancies between Mothers' and Fathers' Perceptions of Sons' and Daughters' Problem Behaviour: A Longitudinal Analysis of Parent-Adolescent Agreement on Internalising and Externalising Problem Behaviour. *J Child Psychol* 1998;39:687-697.
9. Hay DF, Pawlby S, Sharp D et al. Parents' Judgements about young children's problems: why mothers and fathers might disagree yet still predict later outcomes. *J Child Psychol Psychiatr* 1999;40:1249-1258.
10. Aschenbrand SG, Angelosante AG, Kendall PC. Discriminant Validity and Clinical utility of the CBCL With Anxiety-Disordered Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent psychology* 2005;34:735-746.
11. Jensen PS, Traylor J, Xenakis SN et al. Child psychopathology rating scales and interrater agreement: I. Parents' gender and psychiatric symptoms. *J of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1988;27:442-450.
12. Kerr DCR, Lunkenheimer ES, Olson SL. Assessment of child problem behaviors by multiple informants: a longitudinal study from preschool to school entry. *Journal of Child Psychiatry* 2007;48:967-975.
13. Sikora DM, Hall TA, Hartley SL et al. Does parent report of behavior differ across ADOS-G classification: Analysis of scores from the CBCL and GARS. *J Autism Dev Disord* 2008;38:440-448.
14. Bingham C, Loukas R, Fitzgerald A et al. Parental Ratings of Son's Behavior Problems in High Risk Families: Convergent Validity, Internal Structure, and Interparent Agreement. *Journal of Personality* 2003;80:237-251.