

Psicopatologia della prima infanzia: indicatori per la messa in atto di interventi precoci

Early childhood psychopathology: indicative signs for placing early interventions

M. MARTELLI, S. IMPAGLIAZZO, C. BACCHI, C. GENTILI

*Centro Clinico per la Prima Infanzia, U.O. di Neuropsichiatria e Psicologia Età Evolutiva,
Dipartimento di Salute Mentale, Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna*

Parole chiave. — Trattamenti in età precoce - Evoluzione della diagnosi primaria - Stile interattivo genitori-bambino

Key word. — *Early treatments - Evolution from first diagnosis - Parent-child's interaction feature*

Per invito
Invited article

Summary

This work presents Clinical evolution of a group of preschool infants treated together with their parents. A sample of 47 children was selected among a population of 680 infants (age 0-5), patients of Early Childhood Clinic Centre of National Health Service in Bologna, which offers qualified diagnosis and treatment to all families living in Bologna district.

Aim of this study was the evaluation of long-term evolution of cases throughout infant symptoms, parent-child relationship features and results constancy. Evaluations are accomplished in preschool, school and preadolescent age.

Clinical observation pursues a particular protocol devised in our Centre analysis of which employs specific devices for different aspects: child examination; relation with each parent; parent investigation; stressful and protective factors analysis.

Diagnosis has been codified by means of multi-axial classification, D.C. zero-to-three for early childhood and ICD 10 for older children.

Results of this study have been analyzed comparing data collected before, at the end and after treatments, through a longitudinal perspective. This perspective included symptoms constancy, appearance of new manifestations, evolution from first diagnosis, parent-child interaction feature and influence of stressful factors on child growth.

Outcomes of the study show an improvement in child condition as well as parent-child relationship at the end of therapy, in short and long-term.

Introduzione

È ormai nota nell'ambito della salute mentale infantile l'importanza della qualità delle relazioni primarie nello sviluppo del bambino^{16 19}. Riconosciuta è anche la multifattorialità del processo evolutivo in cui fattori genetici e fattori ambientali interagiscono a partire dalle fasi più precoci.

Numerosi studi^{5 28} mostrano come il bambino, essendo dotato di competenze attive fin dalla nascita, contribuisca a promuovere e a mantenere il processo relazionale. Solo in seguito ad una analisi attenta delle diverse componenti che possono influenzare lo sviluppo del bambino è possibile individuare forme di intervento che vedano coinvolti congiuntamente bambino e *caregivers*^{21 25}. Un contributo importante in questa direzione viene dalla psicoterapia breve madre-bambino secondo il modello ginevrino^{20 26} che ha ispirato il progetto di ricerca da cui è nato il nostro servizio. Tuttavia, pur se le conoscenze nel campo dello sviluppo infantile, negli ultimi decenni, hanno visto proliferare numerosi studi con contributi differenti a livello scientifico (di tipo comportamentale, neurobiologico, psicodinamico, sistemico-relazionale...), la letteratura sugli interventi terapeutici durante i primi anni di vita all'interno del contesto familiare, necessita di ulteriori studi sperimentali e metodi specifici.

Recenti studi longitudinali¹³ condotti nel campo della psicopatologia dello sviluppo, concordano riguardo il potenziale protettivo che gli interventi precoci e tempestivi offrono allo sviluppo del bambino e alla loro relazione con le figure genitoriali.

Anche la nostra esperienza clinica con i bambini nei primi tre anni di vita e con le loro figure di accudimento ci ha portato a porre un'attenzione sempre più mirata alla relazione genitore-bambino.

Il nostro studio nasce dall'attività clinica e di ricerca di un centro specialistico per i genitori e i bambini in età precoce, il Centro Clinico per la Prima Infanzia, posto all'interno della U.O. di Neuropsichiatria e Psicologia dell'Età Evolutiva dell'Azienda USL di Bologna⁹.

Attenzione specifica del Centro è rivolta al lavoro di rete, articolato sia sul versante preventivo che sul versante terapeutico e abilitativo (NPI, Pediatri, Centri di Salute Mentale, SerT ...) con l'obiettivo di attivare interventi multifocali oltre che precoci.

La popolazione è finora rappresentata da 680 bambini, maschi nel 59% e femmine 41%. L'età media di arrivo dei bambini è di 24 mesi, significativamente più bassa rispetto all'età media di arrivo alle altre articolazioni del servizio di NPPE.

I bambini sono inviati innanzitutto dai pediatri (il 20,4% pediatri di famiglia, il 10% pediatri ospedalieri, il 3% pediatri di Comunità) e per il 31,3% da altri clinici di diversi servizi. Vi è un arrivo diretto dei genitori corrispondente al 13,5%.

I motivi principali di invio sono i disturbi del comportamento (24,3%), i problemi relazionali genitori-bambino (18,6%) e le difficoltà riguardanti il sonno (18,4%). Meno rappresentati sono i disturbi di linguaggio (10,4%), di alimentazione (8,3%) e i ritardi di sviluppo (12,1%).

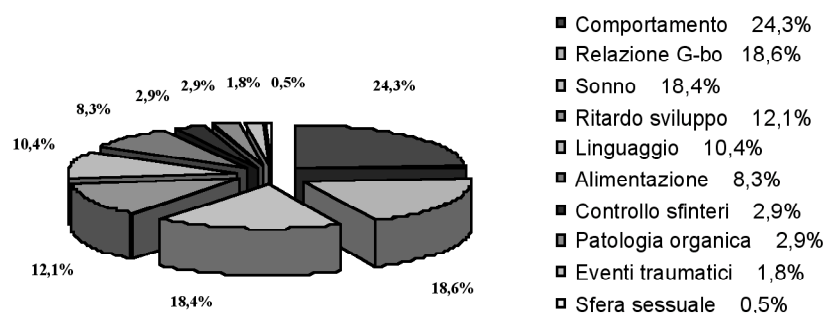


Fig. 1

Il modello di valutazione diagnostica

La metodologia prevede, in fase psicodiagnostica, l'applicazione di un protocollo messo a punto dall'équipe del Centro, specifico per la valutazione del bambino, della relazione genitore-bambino e per la raccolta di elementi relativi al contesto familiare.

Nel tempo abbiamo ritenuto utile dare l'opportunità di scelta al genitore che richiede l'intervento, sui componenti della famiglia presenti al primo incontro e, successivamente, accogliere "in stanza", in almeno un colloquio di valutazione, altri *caregivers*, oltre al genitore, presenti con il bambino in sala di attesa.

La *valutazione dello sviluppo del bambino* prevede:

- osservazione diretta del bambino;
- indagine sulle diverse aree psico-funzionali mediante la *Symptom Check List*,

- somministrazione delle *Bayley Scales of Infant Development*;
- codifica diagnostica effettuata secondo la classificazione multiassiale DC: 0-3 (Asse I) ³³.

La *valutazione della relazione genitori-bambino* comprende:

- osservazione diretta dell'interazione *caregivers*-bambino;
- compilazione della griglia di osservazione e registrazione del comportamento interattivo messa a punto dal nostro gruppo di lavoro;
- compilazione della Scala di Valutazione Globale della Relazione Genitore-Bambino (PIR-GAS);
- codifica diagnostica secondo la DC: 0-3 (Asse II).

L'esplorazione degli *aspetti relativi alla genitorialità* prevede:

- colloquio condotto con attenzione mirata alla raccolta di dati relativi alla storia personale, alla gravidanza e alle prime relazioni genitori-bambino, alla storia naturale dello sviluppo e del disturbo del bambino, alla presenza di eventuali fattori protettivi e di rischio nel contesto familiare e socio-ambientale;
- compilazione di questionari specifici (quali ad esempio *Profile of Mood States* (POMS) e/o *Beck Depression Inventory* (BDI)).

Laddove ne sussistano le indicazioni, la valutazione viene integrata con accertamenti volti a precisare la diagnosi clinica del bambino ed analizzare gli aspetti relativi alle rappresentazioni ed alle eventuali aree di vulnerabilità e/o difficoltà genitoriali (ad esempio: il *Child Play Therapy Instrument* e l'*Entretien-R*)

Previo consenso della famiglia, viene utilizzata, nelle fasi più significative, la videoregistrazione, che riveste un ruolo prezioso sia nella elaborazione e restituzione diagnostica, che, successivamente, nel trattamento psicoterapico.

Attività psicoterapeutica

L'attività psicoterapeutica è articolata secondo un approccio specifico alla psicopatologia precoce, in cui il destinatario dell'intervento non è solo il bambino, ma la relazione e l'interazione del bambino con i genitori e con gli altri *caregivers* ⁹.

Il nostro lavoro si è sviluppato inizialmente dalla messa a punto di interventi di psicoterapia breve genitori/bambino (PTBGB) e/o madre/bambino di indirizzo psicodinamico, secondo la metodologia del Servizio di Psichiatria Infantile dell'Università di Ginevra ²⁰. Con la PTBGB i sintomi manifestati dal bambino sono compresi e curati attraverso l'intervento sulla relazione genitore-bambino, prendendo in considerazione sia il livello del comportamento manifesto che il livello fantasmatico ³⁴.

Nel tempo abbiamo integrato altri approcci, grazie all'apporto di clinici di diversa formazione (sistemico-relazionale e cognitivo-comportamentale).

La possibilità di disporre di diverse metodologie di intervento permette un adattamento mirato alle caratteristiche di ciascuna situazione clinica.

La scelta del tipo di terapia viene effettuata, dunque, sulla base di: livello di sviluppo del bambino, aspetti legati alla genitorialità e modalità interattive presenti tra bambino e genitori.

La clinica della prima infanzia richiede approcci rigorosi, ma molto flessibili.

Se *l'intervento con genitori e bambino insieme* si rivela il più proficuo in questa età, in cui i dati della letteratura mostrano la stretta interdipendenza fra sviluppo dell'individuo ed influenze ambientali^{1 2 29 30}, tuttavia, non può esaurire ogni necessità, e, in molti casi, rappresenta solo il primo, importante passo, per una presa in carico più articolata.

1. La ricerca

La ricerca che presentiamo riguarda l'evoluzione a distanza di una popolazione di bambini che hanno effettuato *un intervento terapeutico in età precoce insieme ai loro genitori*. L'evoluzione viene esaminata mediante follow up effettuati dopo la terapia e a distanza, in età prescolare, scolare e preadolescenziale, confrontando il funzionamento del bambino, la relazione con i *caregivers* e l'impatto dei fattori protettivi e di quelli di rischio.

Il campione è rappresentato da 47 casi, 31 maschi e 16 femmine, a cui è stato effettuato un follow up a breve termine dalla conclusione della terapia e uno a distanza: in 22 casi in età prescolare (all'età media di 45 mesi), dopo due anni in media dal termine della terapia; in 25 casi in età scolare e preadolescenziale (all'età media di 8 anni, con un range da 6 a 13 anni), effettuato a 5 anni di distanza in media dal termine della terapia.

La media del Q.S. è pari a 97 (range: 50-124). Alcuni punteggi ≤ 50 riguardano i bambini con disturbo multisistemico dello sviluppo (per questi casi l'intervento terapeutico genitori-bambino è stato inserito all'interno di una presa in carico integrata).

Alla fase di valutazione i bambini presentano sull'Asse I (DC:0-3) le seguenti diagnosi: disturbo dell'affettività (30%), del sonno (17%), dell'alimentazione (15%), della regolazione (13%), multisistemico di sviluppo (7%), post-traumatico da stress (6%). Soltanto il 2% dei bambini non presenta alcuna diagnosi primaria. Nel 45% dei casi vi è più di una diagnosi primaria e nel 28% dei casi sono presenti anche disturbi organici e neuropsicologici.

La relazione genitore-bambino, valutata sull'Asse II è nel 79% tendente al disturbo, nel 21% è presente un disturbo grave della relazione ed in nessun caso si ha una relazione adattata.



Fig. 2

L'impatto dei fattori di stress risulta moderato nel 49% dei casi, grave nel 23%, assente o lieve nel 28%. Tali fattori di stress sono rappresentati da conflittualità fra i coniugi, malattia o assenza di uno di essi, lutti ed ospedalizzazioni ripetute, esperienze conflittuali o traumatiche nella storia personale dei genitori (malattia, perdita di un genitore, perdita del lavoro...).

La nostra popolazione presenta quindi un disturbo di sviluppo la cui evoluzione è complicata dalla concomitanza di più fattori sia a livello della relazione con le figure di attaccamento primario, che per la presenza di malattie fisiche e fattori ambientali di stress, di vario grado ed intensità.

2. Obiettivi della ricerca

Gli obiettivi del presente studio sono i seguenti:

- confrontare la distribuzione della diagnosi primaria al momento della consultazione, dopo la conclusione del trattamento psicoterapico ed al follow up;
- confrontare l'evoluzione della diagnosi di disturbo della relazione al momento della consultazione, dopo la conclusione del trattamento psicoterapico ed al follow up;
- verificare l'evoluzione della relazione genitore-bambino e l'impatto dei fattori di stress;
- verificare l'evoluzione delle diagnosi primarie, in fase di follow up, in età prescolare, scolare e adolescenziale.

3. Risultati della ricerca

Il follow up effettuato a breve termine dalla conclusione della terapia ha evidenziato importanti modificazioni della diagnosi principale (Asse I, DC:0-3): i disturbi dell'affettività si riducono al 18%, i disturbi del sonno all'8%, i disturbi dell'alimentazione e i disturbi post-traumatici da stress si riducono al 4%, i disturbi dell'adattamento al 2%, i disturbi della regolazione al 10%.

Restano inalterati i disturbi multisistemici di sviluppo (7%) e i ritardi mentali (2%)

L'assenza di diagnosi è riscontrabile nel 45% del campione.

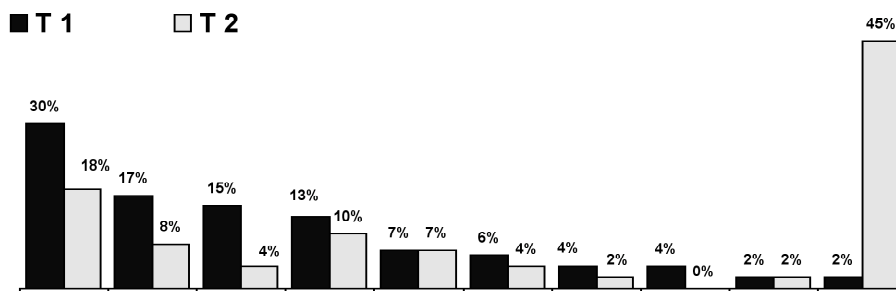


Fig. 3

La valutazione del disturbo della relazione (Asse II), al termine della terapia, mostra come il disturbo si riscontri in forma conclamata nel 3% dei casi rispetto al 21% in fase di *assessment*; la tendenza al disturbo nel 79% dei casi (gruppo in cui confluiscono casi con disturbo conclamato all'esordio); la relazione adattata aumentò nel 18% dei casi, mentre era assente all'ingresso.

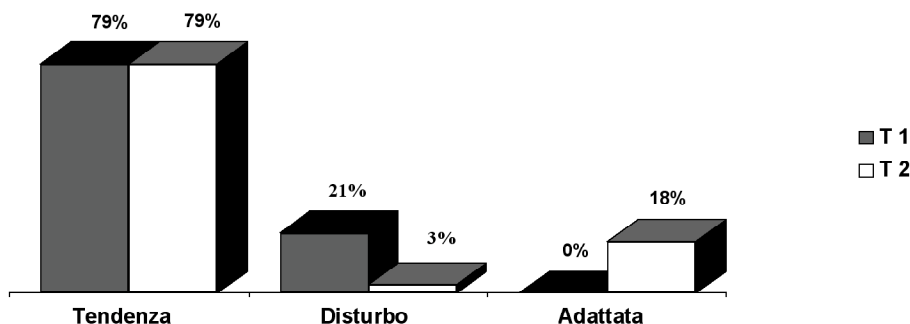


Fig. 4

Evoluzione al follow up (T3) in età prescolare:

Il follow up in età prescolare mostra un'assenza di diagnosi nel 63% dei casi. Le altre diagnosi (secondo l'ICD-10) risultano così distribuite: F91 disturbi della condotta (9%); F98.1 encopresi non organica (9%); F88 altre sindromi e disturbi da alterato sviluppo psicologico (9%); F90 sindromi ipercinetiche (5%); F93.0 sindrome ansiosa da separazione dell'infanzia.

La diagnosi di disturbo della relazione evidenzia una relazione adattata nel 32% dei casi, una relazione moderatamente disturbata nel 59% ed un disturbo conclamato nel 9%.



Fig. 5

L'impatto dei *fattori di stress* nel 21% dei casi è valutato di entità moderata; nel 3% di entità severa; nel 76% risulta assente o lieve.

Evoluzione al follow up (T3) in età scolare e preadolescenziale:

Il follow up in età scolare e preadolescenziale mostra un'assenza di diagnosi nel 36% dei casi. Le altre diagnosi (secondo l'ICD-10) risultano distribuite come segue:

F93 sindromi e disturbi della sfera emozionale (28%); F43.2 sindromi da disadattamento (8%); F84.8 altre sindromi da alterazione globale dello sviluppo (8%); F32.0 episodio depressivo lieve (4%); F72 ritardo mentale (4%); F90 sindromi ipercinetiche (4%); F91 disturbi della condotta (4%); F98.2 disturbo dell'alimentazione (4%).

Emerge una relazione adattata nel 36% dei casi, una relazione moderatamente disturbata nel 56% ed un disturbo conclamato della relazione nell'8% dei casi.



Fig. 6

L'impatto dei *fattori di stress* (persistenti o di nuova insorgenza) per il 16% dei casi è valutato di entità moderata; per il 4% di entità severa; mentre è assente o lieve nell'80% dei casi.

Confronto della distribuzione delle diagnosi primarie tra consultazione clinica (T1), conclusione del trattamento psicoterapeutico (T2) e follow up (T3)

Per chiarezza espositiva il campione viene suddiviso in tre gruppi:

- *gruppo 1*: comprende i disturbi affettivi, dell'adattamento, psico-funzionali, comportamentali ed emozionali;
- *gruppo 2*: comprende i disturbi dello sviluppo psicologico, multisistemici dello sviluppo, post traumatici da stress, della regolazione, dell'attaccamento e ritardi mentali;
- *gruppo 3*: nessuna diagnosi.

Dal confronto della distribuzione delle diagnosi primarie emerge:

- un'assenza di diagnosi nel 49% dei casi (lievemente superiore rispetto a quella riscontrata al termine della terapia, 45%);
- una riduzione nel gruppo 1 dei disturbi psico-funzionali ed affettivi nel 40% dei casi in confronto al 70% in fase di *assessment*;
- una riduzione dei disturbi appartenenti al gruppo 2 nell'11% dei casi rispetto al 28% in fase di *assessment*.

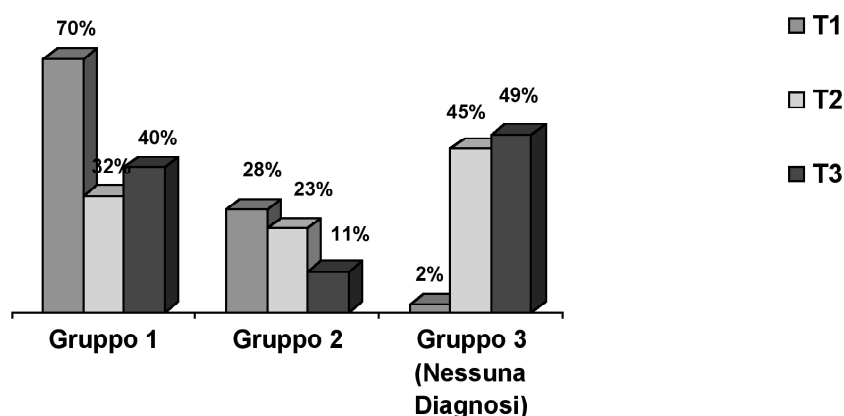


Fig. 7

Confronto della diagnosi di disturbo della relazione al momento della consultazione (T1), alla conclusione del trattamento psicoterapeutico (T2) e al follow up (T3)

Tale confronto mette in evidenza un progressivo aumento delle relazioni adattate caregiver-bambino corrispondenti al 38% al follow up rispetto all'assenza di relazioni adattate in fase di consultazione clinica. Il disturbo conclamato della relazione si riduce al follow up al 4% in confronto al 21% in fase di consultazione clinica; anche le relazioni moderatamente disturbate si riducono al 58% rispetto al 79% in fase di valutazione.

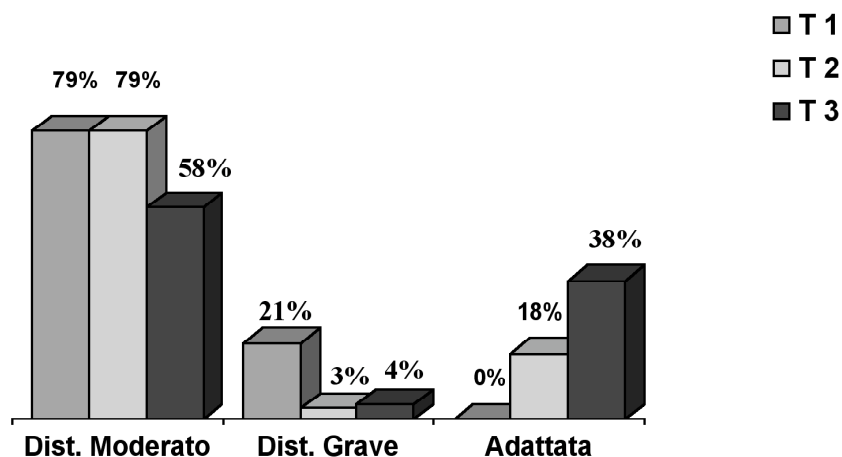


Fig. 8

4. Discussione dei risultati

Sulla base della casistica presentata i disturbi della prima infanzia, che si manifestano sotto l'aspetto funzionale, comportamentale e/o della relazione, richiedono un'attenta valutazione specialistica poiché possono rappresentare l'emergenza di un disturbo di sviluppo che costituisce un fattore di rischio per l'evoluzione successiva del bambino ^{6 7 12 31}.

Fra le manifestazioni psicofunzionali ²⁷, il disturbo del sonno, così frequentemente riscontrato tra le richieste di consultazione, evoca considerazioni relative della "patologia del limite", di cui, fra le tante presenti attualmente nella nostra cultura, vediamo qui una delle manifestazioni più precoci.

I dati della nostra ricerca evidenziano come, con la messa in atto di interventi precoci, una parte importante dei disturbi possano avere una buona evoluzione nel tempo. Il miglioramento relativo alla diagnosi primaria, osservato al termine della terapia, si conferma al follow up. In molti casi si osserva un miglioramento della qualità della relazione, che si inserisce quale fattore protettivo, come riscontrato dagli esiti a lungo termine.

Anche nella nostra esperienza le psicoterapie congiunte genitori-bambino hanno effetto non solo sulla sintomatologia attuale, ma sull'evoluzione del disturbo e sulla relazione del bambino con i suoi care-givers ^{8 17 18}. L'intervento terapeutico specificamente mirato al bambino all'interno della matrice relazionale in cui si modula lo sviluppo appare in grado di modificare la traiettoria evolutiva di un disturbo ³², assumendo un valore altamente preventivo.

Il nostro studio, in accordo con la letteratura ^{12 14}, conferma quanto sia importante dunque poter individuare precocemente tali disturbi ed intervenire tempestivamente.

Come ogni intervento, la psicoterapia genitori bambino in età precoce non appare risolutiva in tutti i casi; nella nostra casistica vi sono situazioni cliniche per le quali il nostro obiettivo è stato quello di poter favorire la reciprocità e la sincronia nella relazione genitori-bambino per consentire la ripresa di un dialogo interattivo facilitante lo sviluppo e di avviare, in un secondo tempo, ulteriori percorsi terapeutici mirati, all'interno di una presa in carico integrata.

Nell'ambito della nostra ricerca abbiamo rilevato quali fattori protettivi: il quoziente di sviluppo, il funzionamento del bambino, la qualità (e le caratteristiche) della relazione genitori-bambino, la risposta del bambino e dei *caregivers* al trattamento precoce sia sotto l'aspetto sintomatologico che relazionale.

La presenza di *life-events* significativi rappresenta un fattore di rischio importante per l'equilibrio familiare e per l'eventuale ricomparsa di una sintomatologia nel bambino.

L'evoluzione delle diagnosi in età evolutiva mostra dunque componenti di tipo multifattoriale. La valutazione più dettagliata relativa alle diverse configurazioni cliniche è attualmente oggetto di approfondimenti anche da parte del nostro gruppo di lavoro ^{15 22}.

5. Riflessioni conclusive

L'insieme dei dati presentati ci permette di confermare che un trattamento precoce appare efficace, in una parte importante dei casi, dal punto di vista della diagnosi primaria e del disturbo della relazione, considerando gli esiti a breve e a medio termine ^{10 11 23 24}.

La terapia in età precoce, così come non si prefigge di essere e non appare risolutiva in tutti i casi, non può proteggere per tutto l'arco dell'età evolutiva, soprattutto quando si verificano nuovi *life events* significativi o in corrispondenza degli appuntamenti cruciali dello sviluppo che implicano una riorganizzazione degli equilibri intrapsichici ed interpersonali.

Abbiamo però riscontrato che quando si sono verificati nuovi eventi critici per il bambino, l'adolescente o nell'ambito familiare (quali un cambiamento di grado nel percorso scolastico, una separazione della coppia coniugale, l'insorgere di una malattia, la perdita del lavoro...) è stata chiesta spontaneamente una nuova consultazione al clinico di riferimento che ha potuto opportunamente fornire una consulenza ed eventualmente promuovere un invio per una presa in carico mirata. Questo dato conferma come una buona alleanza terapeutica possa costituire un fattore protettivo anche a lungo termine. Infatti, la memoria di una buona relazione di aiuto, sperimentata in un periodo cruciale quale i primi anni di vita, in cui si avvia e si costruisce il processo della genitorialità, può essere riattivata nei momenti di crisi.

L'approccio alla psicopatologia della prima infanzia non è però realizzabile senza risorse mirate, specifica formazione e competenza, ed una idonea organizzazione dei Servizi di Neuropsichiatria Infantile.

L'intervento di rete (Servizi di Neuropsichiatria per l'Età Evolutiva, di Pediatria, Istituzioni Educative, Servizi di Ostetricia e Ginecologia, Consultori Familiari, Medici di Medicina Generale...) costituisce un fattore importante che consente di non sottovalutare una patologia emergente sia al fine di facilitare la ripresa di un processo di sviluppo disfunzionale, che di predisporre una presa in carico tempestiva adatta alle esigenze di ciascun specifico caso. A finché la "rete" non resti una dichiarazione di principio è necessario attivare programmi inter-istituzionali e protocolli di lavoro integrati e multidisciplinari.

Ulteriori ricerche di valutazione longitudinale appaiono necessarie e utili alla precisazione delle caratteristiche cliniche di questa fascia di età, alla loro evoluzione durante il processo di crescita, al grado di efficacia del modello di intervento utilizzato.

Riassunto

Il lavoro presenta l'evoluzione di una popolazione di bambini trattati con interventi terapeutici in età precoce insieme ai loro genitori.

Il campione clinico comprende 47 bambini individuati nell'ambito di una popolazione di 680 casi in età 0-5 anni giunti in consultazione presso il Centro Clinico per la Prima Infanzia di Bologna, servizio specialistico per la diagnosi ed il trattamento attivato nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e rivolto alle famiglie residenti nella città di Bologna e provincia.

Lo studio si propone di valutare l'evoluzione dei casi considerando la sintomatologia del bambino, le caratteristiche della relazione genitori-bambino e la stabilità dei risultati nel tempo. Nello specifico vengono effettuate valutazioni in età pre-scolare, scolare e preadolescenziale.

L'osservazione è condotta secondo un protocollo messo a punto presso il Centro e che si avvale di strumenti specifici per la valutazione del bambino, della relazione con ciascun genitore, della genitorialità, dei fattori di stress e protettivi.

La codifica diagnostica è stata effettuata secondo la classificazione multiasiale D.C.: 0-3 per i primi anni di vita e secondo l'ICD 10 per le età successive.

I risultati sono analizzati confrontando i dati delle valutazioni effettuate prima, al termine e a distanza dal trattamento in una prospettiva longitudinale che riguarda la stabilità della sintomatologia, l'emergere di nuovi disturbi, l'evoluzione della diagnosi principale, delle caratteristiche dello stile interattivo genitori-bambino e dell'impatto dei fattori di stress sullo sviluppo del bambino.

Tali risultati evidenziano un miglioramento nel tempo, a breve e a lungo termine dalla conclusione della terapia, sia per quanto riguarda il bambino che la relazione genitori-bambino.

Bibliografia

- ¹ Ammaniti M. *Manuale di psicopatologia nell'infanzia*. Milano: Raffaello Cortina 2001.
- ² Boris NW, Wheeler EE, Heller SS, Zeanah CH. *Attachment and developmental psychopathology*. *Psychiatry* 2000;63:1.
- ³ Cramer B, Robert-Tissot C, Stern DN, Serpa-Rusconi S. *Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapy: a preliminary report*. *Inf Mental Health J* 1990;11:278-300.
- ⁴ Cramer B, Stern DN. *Evaluation of changes in mother-infant brief psychotherapy: a single case study*. *Inf Mental Health J* 1988;9:20-45.
- ⁵ Crockenberg SB, Smith P. *Antecedents of mother infant interaction and infant irritability in the first three months of life*. *Inf Behav Dev* 1982;5:105-19.
- ⁶ Degangi GA, Breinbauer C, Porges JD, Greenspan S. *Prediction of childhood problems at three years in children experiencing disorders of regulation during infancy*. *Inf Mental Health J* 2000;21;3:156-75.
- ⁷ Fabrizi A, Levi G, Mazzei E, Ponticello L, Setaro S. *Organizzazione emozionale e sviluppo psicopatologico nei disturbi precoci del linguaggio*. *Psichiat Inf Adol* 2003;70:295-314.
- ⁸ Fava Vizziello G, Stern D. *Dalle cure materne all'interpretazione. Nuove terapie per il bambino e le sue relazioni: i clinici raccontano*. Milano: Raffaello Cortina 1992.
- ⁹ Gentili C, Martelli M, Benini L, Caruso P, Loperfido E, Knauer D. *La relazione madre-bambino nei primi tre anni di vita. Proposta per una metodologia d'intervento nei casi di disturbo precoce*. *Psichiat Inf Adol* 1996;63:379-96.
- ¹⁰ Impagliazzo S, Bacchi C, Barbieri C, Casetti A, Martelli M. *Terapie genitore-bambino: evoluzione in età scolare e preadolescenziale*. Sessione comunicazioni *Terapia genitore-bambino nei primi anni*. Atti convegno internazionale AISMI: *La relazione precoce genitore-bambino: psicopatologia, psicobiologia e modelli di intervento*. Roma, 31 marzo-1 aprile 2006.
- ¹¹ Impagliazzo S, Martelli M, Bacchi C, L. Benini L, Barbieri C, Casetti A, et al. *Parent – Child Treatments throughout Pre-school and School Years*. Symposium 29, n. 417. Atti *10th International Congress World Association For Infant Mental Health (WAIMH)*. Paris, July 8-12 2006.
- ¹² Knauer D, Palacio-Espasa F. *Catamnèse à l'âge préscolaire de 18 enfants traités précocément à l'aide de psychothérapies brèves mères-bébés*. *Psychiat Infant* XL 1997;2:342-66.
- ¹³ Knauer D. *Etude longitudinale de l'âge préscolaire à l'âge adulte: comment évoluent les enfants traités au Jardin d'enfants thérapeutique*. *Méd Hygiène* 2002;60:1734-8.
- ¹⁴ Laicardi C, Zolesio E, Panella C, Impagliazzo S. *La valutazione longitudinale dello sviluppo psicologico fatta da genitori e psicologi*. In: Laicardi C, ed. *Genitori competenti. Scale di valutazione comportamentale (SVC) per genitori di bambini da due a sei mesi*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 1998, pp. 95-108.
- ¹⁵ Lasa A, Martelli M, Muratori F, Palacio Espasa F, Rusconi Serpa S. *Workshop: Troubles du comportement: du bébé à l'adolescent*. *Europ Psychiat* 2004;19:63.
- ¹⁶ Lebovici S, Weil-Halpern F. *Psicopatologia della prima infanzia*. 1989. Trad. It. Torino: Bollati Boringhieri 1994.
- ¹⁷ Lieberman AF, Pawl. *Psicoterapia genitore-bambino*. 1993. In: Zeanah CH. *Manuale di salute mentale infantile*. Trad. It. Milano: Masson 1996.
- ¹⁸ Maestro S. *Il trattamento dell'interazione madre-bambino nelle disarmonie evolutive, tecnica terapeutica e fattori di cambiamento*. *Psichiat Inf Adol* 1996;63.
- ¹⁹ Maldonado-Durán JM. *Infanzia e salute mentale*. 2002. Trad. It. Milano: Raffaello Cortina 2005.
- ²⁰ Manzano J, Palacio Espasa F. *Psychothérapie de la relation précoce mère-enfant*. *Psychothérapies* 1981;2:77-83.
- ²¹ Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N. *Scenari della genitorialità. La consultazione genitori-bambino*. 1999. Trad. it. Milano: Raffaello Cortina 2001.
- ²² Martelli M, Bacchi C, Impagliazzo S, Barbieri C, Casetti A, Gentili C, et al. *Parental depression and child psychopathology*. Atti *10th International Congress World Association For Infant Mental Health (WAIMH)*. Paris, July 8-12 2006.

- ²³ Martelli M, Collini M, Gentili C, Knauer D. *Evaluating Parent – Infant Psychotherapy Efficacy By Means Of Dc:0-3*. Atti 8th International Congress World Association For Infant Mental Health (WAIMH). Amsterdam, July 16-20 2002.
- ²⁴ Martelli M, Gentili C, Benini C, Siboni P, Collini M, Knauer D, et al. *Brief mother-infant psychotherapy as a model of early intervention: immediate and catamnestic outcomes on 20 dyads; the use and usefulness of the 0-3 diagnostic classification system*. *Inf Mental Health J* 2000;21:369.
- ²⁵ Moro MR. *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*. Paris: Dunod 1998.
- ²⁶ Palacio-Espasa F, Knauer D. *Conflits de la parentalité à la lumière des catamnèses des cas traités en psychothérapies brèves mères-bébés*. In: Mazet P, Lebovici S, eds. *Psychiatrie Périnatale. Parents et bébés: du projet d'enfant aux premiers mois de vie*. Paris: PUF 1998.
- ²⁷ Robert-Tissot C, Rusconi Serpa S, De Murali M, Stern D, Cramer B. *Traitement des troubles fonctionnels dans la petite enfance*. *Cahiers psychiatrie genevois* 1991;11:109-23.
- ²⁸ Sameroff AJ. *Modelli di sviluppo e rischio evolutivo*. 1993. In: Zeanah CH. *Manuale di Salute Mentale Infantile*. Trad. it. Milano: Masson 1996, pp. 3-11.
- ²⁹ Sameroff AJ, Emde RN. *Relationship disturbances in early childhood: a developmental approach*. New York: Basic Books 1989.
- ³⁰ Sledge WH, Moras K, Hartley D, Levine M. *Effect of time limited psychotherapy on patient drop-out rate*. *Am J Psychiat* 1990;147:1341-7.
- ³¹ Stern DN. *Il mondo interpersonale del bambino*. 1985. Trad. It. Torino: Bollati Boringhieri 1987.
- ³² Zeanah Ch, Keyes A. *Settles. Attachment relationship experiences and childhood psychopathology*. *Ann N Y Acad Science* 2003;1008.
- ³³ Zero To Three. *Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood*. Revised Edition. Washington: Zero To Three Press 2005.