

Marinella Malacrea¹

Il Parenting Stress Index come strumento di verifica dell'intervento di gruppo per caregiver di bambini vittime di abuso sessuale

Riassunto: Il Parenting Stress index è un questionario auto somministrato da qualche anno in uso al Centro TIAMA. Esso è stato utilizzato sistematicamente come strumento valutativo per i caregiver di bambini sessualmente abusati inseriti in trattamenti di gruppo avviati all'interno del Progetto Equal-TIAMA IT-G2LOM-023 (2005-2007). L'articolo, dopo una introduzione sul test, analizza, attraverso i dati relativi a questo insieme di caregiver, l'adeguatezza dello strumento e, attraverso questa finestra di osservazione, l'efficacia del lavoro psicologico attuato nel gruppo.

1. Il PSI

Il PSI (Parenting Stress Index di R. R. Abidin, 1995) è un questionario auto-somministrato rivolto ai genitori che si propone di identificare quelle relazioni genitore-bambino sottoposte a situazioni di forte stress e a rischio di essere quindi caratterizzate dallo sviluppo di comportamenti parentali disfunzionali e/o di problemi comportamentali ed emotivi da parte dei figli. Tale strumento si basa sull'assunto secondo il quale livelli eccessivi di stress all'interno del sistema parentale risultino critici in relazione allo sviluppo emozionale/comportamentale del bambino nonché allo sviluppo di positiva relazione con i genitori.

Tale strumento è stato standardizzato con genitori di bambini di età da 1 a 12 anni. Esso è costituito da 120 items, di cui gli ultimi 19, Life Stress Items (LS - eventi di vita stressanti), compresi tra 102 e 120, risultano opzionali. Benchè non preveda limiti di tempo per essere completato, esso richiede approssimativamente 20 minuti.

Esiste la possibilità, tramite il cosiddetto Defensive Responding Score (DRS - risposte difensive), di identificare l'adozione da parte del soggetto di una modalità di risposta di tipo difensivo, di cui va tenuto conto nell'interpretazione dei risultati.

Il PSI è composto da due aree principali:

- **CHILD DOMAIN** (area del bambino) suddivisa in 6 sottoscale:
 1. **Distraibilità/ Iperattività (DI):** fa riferimento all'eventuale presenza nel bambino di tratti di personalità quali ad es. iperreattività, distraibilità, agitazione.
 2. **Adattabilità (AD):** indica la capacità del bambino di affrontare cambiamenti e variazioni nelle attività quotidiane e nello stile di vita.
 3. **Rinforzo genitoriale (RE):** è una scala di tipo interattivo; rappresenta il grado in cui l'interazione genitore-bambino suscita una positiva risposta affettiva nei genitori.
 4. **Richieste (DE):** indica la pressione diretta esercitata dal figlio nei confronti dei genitori, tramite le esigenze e le richieste da lui stesso manifestate.
 5. **Umore (MO):** fa riferimento alla presenza di manifestazioni emotive del bambino che possono essere fonte di stress per il genitore (ad es. pianto eccessivo, isolamento, depressione, ecc.).
 6. **Accettabilità (AC):** è una scala interattiva; esprime il grado in cui il bambino risponde alle aspettative che i genitori nutrivano nei suoi confronti
- **PARENT DOMAIN** (area del genitore) suddivisa in 7 sottoscale:
 1. **Competenza (CO):** fa riferimento al senso di competenza provato nei confronti del proprio ruolo genitoriale.

¹ Neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, responsabile attività clinica Centro TIAMA (Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata), Milano, responsabile tecnico- scientifico del Progetto Equal-TIAMA IT-G2LOM-023. Pubblicato in gennaio 2008.

2. Isolamento (IS): esamina l'isolamento sociale e la disponibilità di supporto sociale relativa allo svolgimento del proprio ruolo di genitore.
3. Attaccamento (AT): misura il livello di investimento relativo al proprio ruolo genitoriale e di sintonia percepita con il bambino.
4. Salute (HE): misura l'influenza sulla salute fisica del peso dovuto all'adempimento del proprio ruolo genitoriale.
5. Limitazione di ruolo (RO): fa riferimento all'impatto della genitorialità sulla propria libertà personale e su altri eventuali ruoli ricoperti nella propria vita.
6. Depressione (DP): misura il grado in cui le energie fisiche ed emotive del genitore possono risultare compromesse e l'equilibrio con cui sono gestiti i vissuti di responsabilità e di colpa.
7. Partner (SP): valuta il sostegno emotivo e fisico fornito dal proprio partner al fine di facilitare il funzionamento del proprio ruolo parentale.

La **LIFE STRESS SCALE** è una misura opzionale inclusa nel PSI che può fornire informazioni su quegli elementi legati ad eventi della vita (separazioni, lutti, trasferimenti ecc...) che possono esacerbare lo stress genitoriale. I genitori che raggiungono alti punteggi in questa scala si trovano in situazioni stressanti che esulano dalla relazione genitore-bambino e che sono spesso al di là del loro controllo.

Alti punteggi nel CHILD DOMAIN possono essere associati a caratteristiche del bambino che contribuiscono a incrementare lo stress genitoriale (ad es. bambini disabili, iperattivi, ritardati mentali, con disturbi dell'apprendimento, con paralisi cerebrali, ecc...)

Alti punteggi nel PARENT DOMAIN suggeriscono che la fonte di stress e di potenziali disfunzioni nel sistema genitore-figlio possa essere associata a vissuti negativi circa il ruolo genitoriale: il genitore si sente cioè sopraffatto e inadeguato nello svolgimento del proprio ruolo.

Punteggi ponderati superiori a 85 sono considerati bisognosi di attenzione clinica.

2. Il PSI nella pratica clinica con bambini vittime di abuso all'infanzia

Da qualche anno il Parenting Stress Index è utilizzato abitualmente nell'attività clinica del Centro TIAMA come test autosomministrato. Allo scopo abbiamo redatto una traduzione dall'inglese degli item ad uso interno.

La nostra esperienza ci porta a ritenerlo uno strumento comprensibile e di compilazione sufficientemente agevole da parte di genitori. In ogni caso abbiamo provveduto a mettere a disposizione del compilatore una consulenza qualificata, nel caso di dubbi o incomprensioni.

Attraverso una opportuna modifica di alcuni item, che - senza cambiare il focus - ha trasformato domande circa l'impatto sul genitore del bambino appena nato con una versione che mettesse a fuoco il primo impatto con il bambino, anche se non coincidente con il periodo neonatale, il questionario è risultato efficacemente utilizzabile in ogni sua parte anche da genitori adottivi e affidatari, che ovviamente prendono contatto con il bambino in un periodo variabile dell'infanzia.

Anche educatori di comunità che fungano da importanti figure di riferimento per il bambino possono efficacemente organizzare dati osservativi attraverso il questionario, limitatamente ai profili riguardanti l'area bambino (Child Domain).

Il contenuto degli item sembra adatto anche alla particolare condizione in cui si viene a trovare il caregiver protettivo di un bambino vittima di abuso sessuale o maltrattamento, condizione che ovviamente quasi sempre comporta consistente stress.

Nel quadro del Progetto Equal-TIAMA della regione Lombardia, che abbiamo effettuato tra il 2005 e il 2007, questo strumento valutativo è stato applicato a tutti i caregiver protettivi partecipanti al gruppo di psicoterapia e ai due gruppi di favole per bambini sessualmente abusati, effettuati tra il marzo 2006 e il marzo 2007. La rilevazione è avvenuta prima o nella fase iniziale del gruppo e dopo

il suo termine, nel quadro di una più complessa raccolta di dati valutativi richiesti al caregiver e al bambino stesso.

I PSI raccolti in pre-valutazione riguardano in totale 25 caregiver, 19 femmine e 6 maschi, di cui 14 genitori naturali, 6 genitori adottivi, 1 genitore affidatario, 4 educatrici di comunità. I dati confrontabili raccolti in post-valutazione riguardano un numero minore di caregiver (22, 16 femmine e 6 maschi): in due casi l'educatrice di riferimento è cambiata, comportando anche un cambiamento nella frequenza del gruppo caregiver; in un altro caso la bambina è stata inserita in affido familiare durante l'arco di tempo di svolgimento del gruppo e quindi il caregiver partecipante è stato per circa la metà degli incontri l'educatrice e in seguito il padre affidatario.

In un altro caso in cui il caregiver è stata un'educatrice, rimasta figura di riferimento costante nel tempo, abbiamo considerato pienamente utilizzabili solo i dati relativi all'area bambino del test (Child Domain) poiché nel suo caso l'impatto del ruolo di caregiver sulla visione di sé sembrava imparagonabile a quello dei genitori.

Abbiamo quindi a disposizione 21 soggetti (15 femmine e 6 maschi) per cui è praticabile un completo confronto tra protocolli redatti prima e dopo un intervento noto e omogeneo, e distanti tra loro un numero di mesi pure relativamente omogeneo. Riteniamo che, per quanto non si tratti di un grande numero, i dati siano sufficienti per cominciare un'analisi approfondita sul PSI, anche per orientare la nostra pratica clinica futura. Trattandosi poi di un gruppo di soggetti sottoposti a un intervento psicologico identico, ci interroghiamo su come il PSI possa aiutarci a verificare l'efficacia dell'intervento stesso.

3. Obiettivi dell'analisi

Questo studio ha quindi l'intento di rispondere a vari quesiti.

1. Il PSI può essere confermato come strumento valutativo idoneo per i caregiver di bambini vittime di abuso, in particolare di abuso sessuale? Per rispondere al quesito ci ripromettiamo di verificare se il quadro iniziale risultante dal PSI di questi caregiver è coerente con le probabili difficoltà incontrate sia in rapporto al bambino sia nel proprio vissuto di caregiver quando siano in atto funzionamenti post traumatici, come quelli indotti dalle esperienze di abuso.

2. Il PSI si dimostra uno strumento valido nell'intercettare eventuali cambiamenti nel grado e nell'area di stress genitoriale, cooperando così a orientare l'intervento clinico? Per rispondere al quesito ci ripromettiamo di verificare se si registrano variazioni innanzitutto di carattere generale tra i protocolli di pre-valutazione e quelli di post-valutazione, assumendo che, essendo stato effettuato un intervento, variazioni siano praticamente inevitabili.

3. Il PSI rileva con sufficiente sensibilità e specificità il tipo di cambiamento avvenuto nel caregiver? Ci ripromettiamo a questo proposito di approfondire il quadro emerso dal PSI, osservando i punteggi registrati per aree e per sottoscale e verificando se i profili che ne risultano contengano abbastanza elementi per consentire un ragionamento articolato sul singolo soggetto.

4. Il PSI può aiutarci a capire se un certo tipo di intervento terapeutico diretto al caregiver è stato efficace? Nel caso del nostro gruppo di soggetti, tutti partecipanti a interventi di gruppo molto simili per contenuti e metodi, sarà utile osservare se ci siano cambiamenti convergenti e se gli stessi siano coerenti con obiettivi e contenuti del lavoro di gruppo. In particolare, se si riscontrano modificazioni positive delle sottoscale, cercheremo di spingere l'analisi di dettaglio considerando item o gruppi di item per arrivare a selezionare gli indicatori dotati di maggiore significatività e la possibile correlazione con l'intervento di gruppo effettuato.

4. Organizzazione dei dati

I dati sono organizzati in tabelle.

I soggetti sono rappresentati da numeri tra 1 e 21 (Child Domain) e 20 (Parent Domain). Il soggetto 21 corrisponde all'educatrice di cui è stato ritenuto valido il questionario nella sola area bambino (Child Domain).

In grigio sono segnalati i caregiver che nel periodo dell'intervento di gruppo avevano anche un trattamento di sostegno individuale, quasi sempre in parallelo a una terapia individuale del loro bambino, la cui durata era per tutti eccedente quella dell'intervento di gruppo.

La presenza di asterisco accanto al numero di individuazione del caregiver indica un DRS significativo. Va segnalato che il soggetto 7 ha un punteggio significativo di Defensive Responding (modalità di risposta di tipo difensivo) sia in pre che in post valutazione, mentre il soggetto 12 ha un DRS significativo solo in post-valutazione.

In grassetto sono segnalati i punteggi ponderati degni di attenzione clinica (85 e superiori).

5. Primo quesito

Cominciamo a dare un quadro, attraverso la tabella 1 e 2, del complesso delle *problematiche individuate* dai caregiver durante la valutazione precedente all'intervento di gruppo.

Tabella 1. PSI AREA BAMBINO pre-valutazione

cg	DI	AD	RE	DE	MO	AC	TOT
1	+99	80	+99	+99	99	97	+99
2	95	97	90	96	99	99	+99
3	96	+99	65	95	50	90	97
4	80	25	65	45	60	85	60
5	87	70	87	96	97	+99	97
6	87	70	87	98	97	+99	97
7**	65	7	45	35	60	50	27
8	90	55	80	87	75	90	87
9	65	35	80	85	25	30	58
10	97	+99	85	98	96	+99	+99
11	4	35	45	45	85	60	24
12*	80	95	95	90	90	98	96
13	85	98	98	98	98	90	99
14	60	98	95	+99	90	+99	+99
15	75	+99	45	90	85	70	94
16	85	50	+99	35	35	+99	90
17	25	95	+99	97	+99	+99	+99
18	75	+99	95	97	85	90	97
19	55	85	55	90	96	95	88
20	75	85	88	95	+99	+99	97
21	25	50	30	55	50	50	32

Notiamo una considerevole concentrazione di valori patologici (più del 50% dei casi) nelle sottoscale RE (Rinforzo genitoriale), DE (Richieste), MO (Umore), AC (Accettabilità), oltre che nel totale dell'area bambino (Child Domain). Nel loro complesso gli item in questione costruiscono il quadro di bambini poco sintoni con i genitori, che sorridono poco, sembrano infelici per motivi difficili da capire, imparano poco dall'esperienza, sembrano imm modificabili, sottopongono i genitori a stress non accettando le cure, facendo richieste insistenti, attuando comportamenti fastidiosi, dando l'impressione che gli sforzi fatti per farli crescere e per renderli felici raccolgano risultati inferiori alle aspettative.

Ricordiamo la deformazione dei modelli operativi interni dei bambini vittime di esperienze sfavorevoli traumatiche: essa va a colpire la fiducia di base proprio nei rapporti più prossimi e intensi ed erode l'idea di avere diritto a un po' di felicità. Inoltre crea intorno alle piccole vittime quella che gli studiosi definiscono 'bolla traumatica', dove il tempo sembra arrestarsi senza più

evoluzione e sembra girare a vuoto intorno al trauma irrisolto. Non è difficile riconoscere nel quadro disegnato dal PSI dei nostri caregiver proprio quei modelli operativi in azione nei loro bambini.

Vediamo ora la tabella 2, relativa all'area genitore (Parent Domain).

Tabella 2. PSI AREA GENITORE pre-valutazione

cg	CO	IS	AT	HE	RO	DP	SP	TOT
1	90	95	99	85	45	95	85	94
2	98	99	75	92	91	+99	90	98
3	87	93	+99	+99	10	97	97	96
4	30	70	15	2	1	45	75	17
5	70	60	80	50	87	60	65	73
6	94	50	75	65	70	90	70	82
7**	5	10	50	65	15	10	5	6
8	87	10	35	90	75	50	80	73
9	45	80	80	35	40	70	80	65
10	65	25	90	3	45	35	25	37
11	70	50	15	50	65	50	75	57
12*	87	70	75	35	20	91	40	67
13	85	80	90	75	35	35	35	68
14	+99	80	85	97	80	70	65	93
15	80	80	80	10	40	80	40	65
16	92	25	90	80	10	13	8	40
17	60	35	96	3	80	75	35	60
18	97	98	98	80	90	80	40	92
19	40	50	85	10	45	30	25	33
20	90	70	+99	35	65	35	25	74

Notiamo che i punteggi ponderati patologici sono meno numerosi che nell'area bambino; tuttavia nessuna sottoscala ne è esente. Quella che sembra raccogliere la maggior convergenza di problemi pare la sottoscala CO (Competenza), che evidenzia il vissuto di non saper controllare i comportamenti del figlio e di non saperli orientare al suo bene prendendosi cura di lui. Anche questo aspetto ci parla della dolorosa dis-sintonia che a volte incrina il rapporto del bambino traumatizzato con il genitore, che sente spuntate le sue armi di protettore, guida, contenitore buono.

Una convergenza appena meno accentuata si rileva nella sottoscala AT (Attaccamento), che da un altro punto di vista analogamente illumina il tema della sintonia con il proprio bambino.

Possiamo in definitiva dare risposta affermativa al nostro primo quesito e confermare la validità del PSI nell'illuminare l'intreccio di dinamiche che si associano all'essere caregiver di bambini vittime di abuso.

6. Secondo quesito

Per capire se il PSI è in grado di cogliere *modificazioni dello stress genitoriale*, cominciamo da uno sguardo al confronto dei totali parziali per area (CD, area bambino e PD, area genitore) e generale (TOT) risultanti dai questionari di pre-valutazione e post-valutazione.

Tabella 3. PSI pre e post-valutazione, confronto punteggi ponderati totali

cg	CD pre	CD post	PD pre	PD post	TOT pre	TOT post
1	+99	94	93	82	+99	91
2	+99	+99	98	97	+99	+99
3	97	85	96	88	98	91
4	60	71	16	52	31	63
5	97	85	73	59	91	72
6	97	76	84	54	93	65
7**	27	15	6	8	11	9
8	87	31	74	56	82	42
9	58	28	65	73	62	50
10	+99	92	37	22	89	60
11	24	33	57	47	37	37
12*	96	23	67	8	88	12
13	99	99	68	78	91	93
14	+99	+99	93	93	97	+99
15	94	80	65	64	84	72
16	90	50	40	33	68	37
17	+99	+99	60	76	92	96
18	97	10	92	16	97	13
19	88	94	33	20	63	63
20	97	85	74	30	91	58

Come si può constatare, sono presenti non soltanto diffusi movimenti nei punteggi ponderati, ma anche un certo numero di casi (6 in CD, 2 in PD, 6 in TOT) in cui si passa da una fascia patologica a una fascia nella norma. Possiamo quindi rassicurarci circa la *capacità del PSI di cogliere mobilitazioni dello stato del genitore*. Possiamo anche rassicurarci circa il fatto che *dopo l'intervento di gruppo si è modificata in molti soggetti la percezione del ruolo genitoriale in direzione di una 'normalizzazione' o maggiore positività (15 su 20 nel punteggio totale)*.

7. Terzo quesito

Procediamo con uno sguardo più analitico ai dati, suddivisi in aree e sottoscale. Per ognuna di queste ultime sono riportati i punteggi ponderati relativi alla pre- valutazione separati dalla freccia (>) dai successivi punteggi ponderati relativi alla post-valutazione. Per ogni coppia di punteggi viene segnalato se si tratta di un cambiamento positivo (colore verde) o negativo (colore rosso) o nullo (nessun colore). I valori patologici sono segnalati dal grassetto.

Tabella 4. PSI AREA BAMBINO pre e post-valutazione, confronto punteggi ponderati sottoscale

cg	DI	AD	RE	DE	MO	AC
1	+99 > 96	80 > 70	+99 > 90	+99 > 90	99 > 97	97 > 90
2	95 > 55	97 > +99	90 > 97	96 > +99	99 > 96	99 > +99
3	96 > 85	+99 > 94	65 > 55	95 > 96	50 > 26	90 > 60
4	80 > 65	25 > 50	65 > 80	45 > 35	60 > 75	85 > 99
5	87 > 60	70 > 50	87 > 80	96 > 90	97 > 90	+99 > 96
6	87 > 45	70 > 55	87 > 55	98 > 97	97 > 60	+99 > 95
7**	65 > 20	7 > 7	45 > 55	35 > 15	60 > 15	50 > 70
8	90 > 25	55 > 13	80 > 80	87 > 65	75 > 75	90 > 30
9	65 > 35	35 > 10	80 > 80	85 > 65	25 > 35	30 > 40
10	97 > 75	+99 > 93	85 > 80	98 > 88	96 > 75	+99 > 98
11	4 > 4	35 > 12	45 > 80	45 > 55	85 > 98	60 > 60
12*	80 > 45	95 > 12	95 > 30	90 > 70	90 > 15	98 > 40
13	85 > 88	98 > +99	98 > 85	98 > 98	98 > 95	90 > 98
14	60 > 95	98 > 99	95 > +99	+99 > +99	90 > 98	+99 > +99
15	75 > 55	+99 > 83	45 > 80	90 > 90	85 > 50	70 > 90
16	85 > 55	50 > 35	+99 > 85	35 > 35	35 > 50	+99 > 85
17	25 > 80	95 > 99	+99 > +99	97 > 96	+99 > 97	+99 > +99
18	75 > 4	+99 > 13	95 > 15	97 > 45	85 > 14	90 > 80
19	55 > 65	85 > 84	55 > 88	90 > 88	96 > 96	95 > +99
20	75 > 80	85 > 65	88 > 30	95 > 85	+99 > 95	+99 > 96
21	25 > 65	50 > 50	30 > 85	55 > 96	50 > 75	50 > +99

Tabella 5. PSI AREA GENITORE pre e post-valutazione, confronto punteggi ponderati sottoscale

cg	CO	IS	AT	HE	RO	DP	SP
1	90 > 90	95 > 70	99 > 97	85 > 65	45 > 45	95 > 85	85 > 65
2	98 > 97	99 > 99	75 > 65	92 > 99	91 > 75	+99 > 96	90 > 92
3	87 > 80	93 > 70	+99 > 96	+99 > 85	10 > 20	97 > 95	97 > 89
4	30 > 70	70 > 50	15 > 35	2 > 50	1 > 20	45 > 70	75 > 75
5	70 > 92	60 > 50	80 > 80	50 > 5	87 > 40	60 > 35	65 > 65
6	94 > 75	50 > 50	75 > 65	65 > 20	70 > 40	90 > 80	70 > 35
7**	5 > 35	10 > 10	50 > 50	65 > 50	15 > 4	10 > 10	5 > 8
8	87 > 90	10 > 5	35 > 95	90 > 35	75 > 40	50 > 15	80 > 75
9	45 > 90	80 > 70	80 > 80	35 > 50	40 > 20	70 > 45	80 > 80
10	65 > 45	25 > 50	90 > 65	3 > 35	45 > 20	35 > 20	25 > 15
11	70 > 70	50 > 25	15 > 35	50 > 50	65 > 40	50 > 35	75 > 75
12*	87 > 40	70 > 10	75 > 10	35 > 20	20 > 20	91 > 20	40 > 5
13	85 > 92	80 > 70	90 > 90	75 > 95	35 > 30	35 > 60	35 > 40
14	+99 > +99	80 > 70	85 > 98	97 > 70	80 > 45	70 > 85	65 > 80
15	80 > 70	80 > 50	80 > 80	10 > 50	40 > 30	80 > 50	40 > 85
16	92 > 70	25 > 50	90 > 50	80 > 75	10 > 4	13 > 30	8 > 35
17	60 > 80	35 > 70	96 > 97	3 > 75	80 > 65	75 > 70	35 > 35
18	97 > 40	98 > 10	98 > 15	80 > 65	90 > 30	80 > 35	40 > 15
19	40 > 35	50 > 10	85 > 75	10 > 4	45 > 30	30 > 30	25 > 40
20	90 > 70	70 > 10	+99 > 95	35 > 5	65 > 20	35 > 45	25 > 20

**Tabella 6. PSI AREA EVENTI DI VITA
pre e post-valutazione, confronto punteggi ponderati**

cg	LS
1	60 > 0
2.	55 > 85
3	80 > 96
4	83 > 50
5	60 > 90
6	60 > 80
7**	12 > 7
8	75 > 25
9.	95 > 80
10	40 > 35
11	+99 > 60
12 *	50 > 65
13	70 > 35
14	70 > 1
15	98 > +99
16	97 > 60
17	50 > 0
18	20 > 65
19	50 > 0
20	50 > 70

L'ampiezza dei dati ricavabili dal PSI consente una considerazione individualizzata delle difficoltà incontrate nel ruolo genitoriale, con profili differenziati per ogni soggetto, e articolata, nell'inquadramento delle differenti dinamiche in gioco e delle aree di sofferenza per il singolo soggetto.

Già a una sommaria considerazione si nota la presenza di soggetti con profili omogenei (per esempio quasi tutti in peggioramento, come il 4, o tutti in miglioramento, come il 18, fatta eccezione per ambedue alla scala di LS in controtendenza), ma anche di soggetti con profili più variegati.

Ma per una più forte e più specifica riprova di quanto sopra, è interessante considerare ad esempio il quadro relativo a due soggetti (il 5 e il 6) che sono entrambi genitori della stessa bambina. Come è facile vedere, se in area bambino si ritrovano, e giustamente, più punteggi ponderati uguali o molto simili nelle sottoscale (a conferma della relativa 'oggettività' delle osservazioni stimulate dal test), in area genitore ci sono molte differenze, rilevanti non solo quantitativamente ma anche nella direzione delle modificazioni (in miglioramento o in peggioramento) e nei settori specifici in cui si registra un punteggio patologico. Anche la scala di Life Stress si presenta differente.

Consideriamo un altro esempio: il soggetto 17 registra un deciso miglioramento nella scala Life Stress; tutta l'area bambino è segnata da pesanti problemi, alcuni persistenti, altri dovuti a un peggioramento, mentre l'area genitore 'resiste', prevalentemente in fascia non patologica, e anche se sono presenti alcuni peggioramenti dei punteggi ponderati si osservano pure miglioramenti in due sottoscale. Già la breve descrizione incoraggia un approfondimento delle possibili ragioni di un quadro così apparentemente incoerente. Si dirà soltanto che le 'buone ragioni' del quadro descritto c'erano, trattandosi di una bambina che vedeva avvicinarsi la fine del periodo trascorso nella famiglia, con comprensibile inasprimento delle problematiche personali e relazionali, e che il caregiver era appunto il genitore affidatario, il cui nucleo comprendeva marito e altri figli naturali e quindi una esperienza 'altra' come genitore.

Anche rispetto al terzo quesito, otteniamo quindi dalla nostra analisi una conferma circa *l'adeguatezza e la validità del test a dare indicazioni articolate* sui punti di forza e di debolezza nell'esercizio del ruolo genitoriale, fornendo così un contributo alla progettazione dell'intervento.

8. Quarto quesito

Dobbiamo da ultimo esaminare i dati raccolti con il PSI nel nostro insieme di caregiver chiedendoci se aiutino a leggere i possibili e, si spera, positivi cambiamenti indotti dall'intervento di gruppo.

A questo proposito ci si concentrerà, a partire dalle tabelle 4 e 5, sull'area genitore e per l'area bambino su quelle sottoscale che più risultano interattive, e cioè la sottoscala RE (rinforzo al genitore) e AC (accettabilità da parte del genitore). Si cercherà di spingere l'analisi nei dettagli dei contenuti toccati dai vari item, per riconoscere collegamenti con gli apprendimenti per cui si è lavorato nel gruppo.

8.1 Area bambino

Cominciamo dalle scale sopra dette appartenenti all'area bambino (CD).

Nella scala AC (quanto è di soddisfazione avere il mio bambino) i risultati non sono confortanti. Su 21 casi, 9 segnalano un peggioramento e uno rimane identico in fascia altamente patologica. Chi ha un miglioramento nella metà dei casi (5) ha piccoli guadagni e permane con punteggi ponderati in fascia di attenzione clinica. Ce n'è abbastanza per dedurre che questi bambini, pur molto amati, siano difficili da tollerare e facciano pensare ai caregiver che gli sforzi fatti per farli star bene e farli crescere cadano come acqua in un secchio che perde.

Non molto migliore è il quadro se guardiamo all'altra scala interattiva, RE, quella del sentirsi rinforzati dai comportamenti del bambino nella percezione di essere buoni genitori. Qui, sempre su 21 casi, i peggioramenti sono 8 e 1 caso con punteggio immutato si situa in fascia altamente patologica. Chi registra un miglioramento fortunatamente può mostrare un guadagno significativo, tranne che in due casi, e altri due casi con punteggio immutato si situano in fascia non patologica. Si può dedurre che nel nostro gruppo trovare una sintonia con il proprio bambino, una conferma che si è amati da lui/lei e che si sta operando bene per il suo bene, sia un risultato non facile.

8.2 Area genitore

Consideriamo ora l'area genitore (PD).

Notiamo che le sottoscale **IS** (Isolamento), **RO** (restrizioni di ruolo) e **DP** (Depressione) registrano generalmente cambiamenti di segno positivo indipendentemente:

- dal punteggio finale peggiorato o patologico
- dalla compresenza o meno di altra terapia per i cg.
- dal peggioramento o meno del punteggio di LS

Sembra una pista interessante: se teniamo conto di quanto (opposto) rilevato nell'area CD, ci orientiamo a pensare che tali quasi ubiquitari miglioramenti non siano dovuti a mutamenti del bambino o di come è percepito, ma del caregiver e di come percepisce se stesso.

Analizziamo le tre sottoscale nel dettaglio.

8.2.1

Partiamo dall'area **IS** (Isolamento), chiedendoci quali possano essere gli aspetti per noi più rilevanti.

La sottoscala comprende una serie di item generici, che inquadrano il desiderio e la possibilità di relazioni sociali piacevoli. Abbiamo già constatato che solo 3 casi avevano un punteggio totale nella sottoscala di significato peggiorativo nell'oggi rispetto al passato; e un altro caso, pur rimanendo a punteggio uguale, persisteva a porsi in una fascia di punteggio patologica. Rispetto tuttavia a quanto, nel generale desiderio di relazioni sociali, possa essere sensatamente in rapporto con il lavoro effettuato nel gruppo, sembra opportuno restringere il campo ad alcuni item.

Precisamente sembrano più significativi, ai nostri fini, l'item 95 (“quando ho qualche problema relativo alla cura di mio/a figlio/a ho molte persone con cui posso parlare per ricevere aiuto e consigli”) e 96 (“da quando ho avuto figli ho molta meno possibilità di vedere i miei amici e di fare nuove amicizie”). Vediamo in questi item, se con disaccordo in 95 e accordo in 96, possibili indicatori di ‘imprigionamento’, di ‘canali di ossigeno’ tagliati, di blocco alla possibilità di scambio e alla circolazione di informazioni, di sentirsi ‘spalle al muro’ specie se il bambino è difficile. Sappiamo anche che a volte la prigione è creata da sé, dall’idea di non aver diritto a mettere sul tavolo di ignorare ‘persone normali’ la propria presunta ‘abnormità’, con conseguente caduta anche della ricerca di nuovi contatti o l’abbandono dei vecchi: questi benefici ancoraggi sembrano lontani, se visti dall’interno della cosiddetta ‘bolla traumatica’, quella che convince di appartenere ormai a un mondo a parte. D’altro canto può essere anche segno di realismo e maturità il prendere atto che non con chiunque può essere utile lo scambio intorno a bambini così speciali, specie per la loro area ‘speciale’.

La partecipazione al gruppo di caregiver e la condivisione dei propri problemi in quella sede può aver avuto, rispetto a quegli item, risultati complessi e non scontati.

Vediamo l’analisi dettagliata degli item prescelti.

Tabella 7. PSI scala IS item 95 e 96

c g	item 95 punteggio grezzo min 1 – max 5	item 96 punteggio grezzo min 1 – max 5
1	4 > 2	4 > 2
2	4 > 2	2 > 4
3	2 > 2	1 > 2
4	4 > 3	1 > 2
5	2 > 2	4 > 2
6	2 > 3	3 > 2
7 **	2 > 2	2 > 2
8	2 > 2	2 > 1
9	2 > 2	4 > 2
0 1	2 > 2	4 > 2
1 1	1 > 4	3 > 2
1 2*	2 > 1	4 > 2
1 3	4 > 2	4 > 4
1 4	2 > 2	4 > 4
1 5	2 > 4	2 > 1
1 6	4 > 2	2 > 2

7	1	1 > 4	4 > 2
8	1	5 > 2	4 > 2
9	1	2 > 2	2 > 2
0	2	4 > 3	2 > 1

Ragionando proporzionalmente, se la soglia per la patologia in questa sottoscala è data dal punteggio grezzo di 17 possiamo dedurne che per ogni item qui individuato il punteggio patologico si situi circa intorno a 3 (evidenziati in grassetto).

I casi considerati riportano in grande maggioranza (16) qualche ‘guadagno’ nell’uno o nell’altro item o in tutt’e due, anche nei tre casi globalmente peggiorati in quest’area (casi 10, 16 e 17, vedi tabella 5), e nel caso 2 in cui persiste un punteggio globalmente fortemente patologico nell’area.

Circa l’item 95, come sopra si diceva il tema è delicato, in quanto anche nel confronto spontaneo in gruppo è spesso emerso il fatto che solo comunicando con persone che avevano avuto la stessa esperienza si sentiva di poter parlare finalmente a cuore aperto, sicuri di essere compresi. Non può quindi stupire che alcuni caregiver sentano ridotta la possibilità di ricevere aiuto e consiglio riguardo ai figli. Ma nello stesso tempo (item 96) i medesimi soggetti riferiscono la sensazione di poter trovare più sbocchi, anche nuovi, nelle relazioni, che diventano così un campo da verificare e potrebbero rivelarsi utili.

E’ lecito sperare che il lavoro fatto nei gruppi, con la scoperta che anche tra le relazioni meno ‘probabili’ (ricordiamo l’apparente malassortimento dei gruppi, sul piano socio economico) potevano emergere affinità e capacità di espressione non preventivate e non immaginabili, abbia dato una spinta utile nella forzatura del blocco, almeno sul piano del vissuto interno. Ciò non toglie che la stessa frequenza del gruppo abbia messo a fuoco quanto difficile sia andare in profondità nel confronto educativo se non con persone che condividono la stessa esperienza.

8.2.2

Per quanto riguarda l’area **RO** (Restrizioni di ruolo) che mette a fuoco la percezione di essere limitati dal proprio ruolo di genitore, occorre distinguere due facce della stessa ‘medaglia’. La prima attiene al vissuto di assorbimento nel ruolo genitoriale molto impegnativo di un bambino difficile (68, “ho dedicato la maggior parte della mia vita a fare cose per mio/a figlio/a”; 69, “ritengo di sacrificare la maggior parte della mia vita nel venire incontro ai bisogni di mio/a figlio/a più di quanto mi sarei mai aspettato”; 71, “spesso sento che i bisogni di mio/a figlio/a condizionano la mia vita”). La seconda attiene al vissuto di essere coartato come persona dall’invasione di tale ruolo genitoriale (70, “mi sento intrappolato nelle mie responsabilità di genitore”; 72, “da quando ho avuto questo/a bambino/a non ho più potuto fare cose nuove”; 73, “da quando ho avuto mio/a figlio/a sento di non poter quasi mai fare le cose che mi piacciono”; 74, “è difficile trovare in casa nostra un posto dove posso andare per stare da solo con me stesso/a”).

Se dovessimo auspicare un effetto positivo del gruppo, questo potrebbe riguardare sia un ridimensionamento della drammaticità di essere genitore di quel bambino, sia la capacità di vedersi non schiacciati da tale responsabilità.

Abbiamo provato, per non disperdere troppo l’analisi, a confrontare la somma dei punteggi sui due gruppi di item (tematica 1: 68+69+71 e tematica 2: 70+72+73+74), tenuto conto che risposte che indicano un vissuto più positivo del ruolo sono quelle a punteggio più basso.

Tabella 8. PSI scala RO, tematiche 1 (item 68, 69, 71) e 2 (item 70, 72, 73, 74)

	68+69+71 (min 3-max	70+72+73+ 74
--	-------------------------------	-------------------------------

	15)	(min 4-max 20)
1	10 > 10	8 > 8
2	13 > 12	14 > 10
3	4 > 7	8 > 7
4	3 > 6	4 > 8
5	12 > 8	13 > 9
6	10 > 10	11 > 7
7	8 > 5	5 > 5
**		
8	10 > 8	12 > 9
9	10 > 8	7 > 6
0	8 > 6	10 > 8
1	14 > 8	6 > 9
1	6 > 6	8 > 8
2*		
1	8 > 8	9 > 8
3	10 > 8	12 > 10
4	10 > 8	6 > 8
5	6 > 4	6 > 6
6	12 > 8	11 > 12
7	10 > 6	19 > 10
8	8 > 8	10 > 8
9	10 > 6	10 > 8
0		

Ragionando proporzionalmente, se la soglia per la patologia in questa area è data dal punteggio grezzo di 24 possiamo dedurre che per i raggruppamenti di item qui individuati il punteggio patologico si situi circa intorno a 10 per il primo e intorno a 13 per il secondo (evidenziati in grassetto).

Per i soggetti considerati, soltanto in due casi di quelli oltre la soglia di attenzione (che partivano da un punteggio grezzo rispettivamente di 10 e di 12) non c'è stato un miglioramento; tutt'e due si situano nel primo raggruppamento, cioè nella percezione di una genitorialità particolarmente impegnativa. Il guadagno sembra più netto nel primo gruppo di item, dove anche si registrano più livelli preoccupanti di partenza (12 punteggi patologici su 20). Nel secondo gruppo di item i soggetti con livello di partenza da attenzione clinica sono 3 su 20 e tutti registrano un

miglioramento, mentre degli altri soggetti in partenza non problematici quattro peggiorano ma nessuno diventa patologico.

Considerando poi i soggetti che globalmente segnalano un peggioramento nella sottoscala (casi 3 e 4, vedi tabella 5), vediamo che solo per uno dei due gli item analizzati confermano il trend negativo, mentre nell'altro caso almeno sulla tematica del sentirsi schiacciati dal ruolo genitoriale si registra un leggero guadagno.

E' giustificato pensare che, vista la generalizzazione del miglioramento, proprio il confronto nel gruppo abbia potuto alleggerire la percezione di peso eccessivo nell'esercitare il proprio ruolo genitoriale.

8.2.3

Consideriamo ora in dettaglio l'area **DP** (Depressione). Essa mette a fuoco due aspetti complementari ma anche distinti: il problema della 'responsabilità' (se il bambino si comporta male, il caregiver sente che è colpa sua), e il problema della 'amabilità' (nella relazione educativa capita al caregiver di sentirsi cattivo, invaso da cattivi sentimenti, quindi non amabile).

Su ambedue gli aspetti molto lavoro è stato fatto in gruppo. Spostando l'origine dei comportamenti negativi del bambino, e anche del caregiver, dalle intrinseche caratteristiche personali agli effetti dell'esperienza traumatica, ambedue le aree di depressione avrebbero potuto ridimensionarsi. Infatti se i problemi derivano dal trauma, come caregiver non sono responsabile (sempre) delle malefatte del bambino; e anche guardando me e il mio trauma secondario, non sono cattivo se mi arrabbio o sento cattivi sentimenti.

Guardando gli item dell'area DP, sembrano particolarmente significative le domande 77 ("quando mio/a figlio/a si comporta male o è molto agitato/a mi sento responsabile come se io avessi sbagliato qualcosa") e 78 ("ogni volta che mio/a figlio/a fa qualcosa di sbagliato sento che la colpa è mia") per il problema 1 ('responsabilità'). Per il problema 2 ('amabilità') sembrano particolarmente significative le domande 75 ("come genitore mi sento spesso colpevole o cattivo"), 79 ("mi sento spesso in colpa per quello che sento nei confronti di mio/a figlio/a"), 82 ("finisco per sentirmi in colpa quando mi arrabbio con mio/a figlio/a e questo mi dispiace").

Abbiamo provato, per non disperdere troppo l'analisi, a confrontare la somma dei punteggi sui due gruppi di item (tematica 1: 77+78 e tematica 2: 75+79+82), tenuto conto che risposte che indicano un vissuto più positivo del ruolo sono quelle a punteggio più basso.

Tabella 9. PSI scala DP, tematiche 1 (item 77, 78) e 2 (item 75, 79, 82)

c g	item 77+78 punteggio grezzo min 2 – max 10	item 75+79+82 punteggio grezzo min 3 – max 15
1	8 > 4	12 > 12
2	8 > 7	13 > 12
3	10 < 8	11 > 13

4	6 > 6	8 > 8
5	7 > 6	7 > 7
6	6 > 4	8 > 8
7 **	3 > 4	5 > 3
8	4 > 3	8 > 7
9	6 > 4	8 > 8
10	4 > 4	6 > 6
11	5 > 3	5 > 5
12 *	8 > 4	12 > 6
13	4 > 5	6 > 8
14	6 > 8	8 > 10
15 5	6 > 5	10 > 6
16	4 > 4	5 > 6
17 7	4 > 6	12 > 8
18 8	6 > 4	8 > 6
19 9	4 > 4	6 > 6
20 0	4 > 4	6 > 8

Ragionando proporzionalmente, se la soglia per la patologia in questa sottoscala è data dal punteggio grezzo di 26 possiamo dedurre che per i raggruppamenti di item qui individuati il punteggio patologico si situi circa intorno a 6 per il primo e intorno a 9 per il secondo (evidenziati in grassetto).

Solo due casi (13 e 14) hanno un peggioramento in ambedue i raggruppamenti di item (colpa e 'amabilità'), e uno dei due non raggiunge mai punteggi patologici. Tutti gli altri soggetti registrano un guadagno, o la costanza dei punteggi non patologici, almeno in una delle due aree.

I soggetti che in tabella 5 mostrano globalmente un peggioramento nella sottoscala DP (4, 13, 14, 16, 20, di cui solo il soggetto 14 ha punteggi patologici nell'area) sono coerentemente rappresentati anche nell'analisi di dettaglio, con problemi superiori sul tema della 'amabilità'.

Focalizzandoci poi sul 'guadagno' nella visione di sé, sia partendo da punteggi patologici o da punteggi varianti della norma, conforta constatare che più della metà dei caregiver (11 su 20) lo evidenzia sul tema 'colpa' e un terzo (7 su 20) sul tema 'amabilità'.

Anche sotto questo aspetto la diffusione dei miglioramenti porta a credere a un benefico impatto dell'attività di gruppo.

8.2.4

Andando ancora più nel dettaglio può essere opportuno aggiungere qualche altra considerazione sui dati raccolti.

Interessante può essere riflettere sull'item 64 della sottoscala **AT** (Attachment) (“a volte mio/a figlio/a fa cose che mi infastidiscono solo per farmi dispetto”). Una risposta in accordo con questa affermazione (punteggio 4 o 5) può indicare la percezione di ostilità e non sintonia con il bambino. Il miglioramento di questa percezione potrebbe essere indicatore del fatto che si è colto che i comportamenti fastidiosi sono la conseguenza del funzionamento post traumatico e che quindi il fastidio derivante dall'attacco del bambino (che può essere reale) non fa parte di una ‘guerra nostra’, ma è solo l'effetto del trauma. Questo potrebbe essere un apprendimento derivante dalle attività di gruppo, che molto hanno puntato proprio sulla costanza e non controllabilità dei comportamenti post traumatici.

Su 20 questionari, 12 partono da una visione negativa. Tre non mutano e uno peggiora, ma 7 hanno un deciso viraggio positivo nella post valutazione e un altro migliora in modo meno significativo. Accade solo in un caso (soggetto 8) il viraggio opposto, cioè da una percezione positiva a una percezione negativa.

Tabella 10. PSI scala AT, item 64

c g	Punteggio grezzo
1	4 > 4
2	4 > 3
3	4 > 4
4	1 > 2
5	4 > 2
6	4 > 2
7	1 > 2
**	
8	2 > 4
9	4 > 4
.	
1	4 > 2
0	
1	1 > 2
1	
1	2 > 1
2*	
1	2 > 2
3	
1	3 > 4
4	
1	2 > 2
5	
1	4 > 1
6	
1	4 > 2
7	
1	4 > 1

8		
9	1	2 > 2
0	2	4 > 2

Anche in questo caso i risultati post gruppo depongono per un benefico effetto del lavoro effettuato nel gruppo stesso sulla sintonia percepita tra caregiver e bambino.

8.2.5

Da ultimo, sebbene in controtendenza, vale la pena di fare qualche considerazione sulla sottoscala **CO** (Competenza), relativa alla percezione da parte del caregiver di essere all'altezza del proprio compito e in controllo dei comportamenti del bambino. Questa è la sottoscala in cui si registra il maggior numero di peggioramenti (8) e di valori patologici alla valutazione post gruppo (5 nei soggetti peggiorati, 1 nei soggetti migliorati, 1 rimasto immutato rispetto alla valutazione precedente il gruppo). Ancor di più colpisce il fatto che mentre 4 dei soggetti peggiorati in area CO mostrano un trend negativo relativamente omogeneo in tutto il test (casi 4, 13, 14, 17), per gli altri 4 (casi 5, 7, 8, 9) il peggioramento in area CO è in contrasto con il miglioramento in quasi tutte le altre aree PD; uno di questi ultimi soggetti è addirittura quello con risposte difensive (DRS) maggiormente significative.

Poiché il punteggio della sottoscala ha un'origine composita, che comprende dati sia sul curriculum scolastico, sia sulla generale autopercezione di adeguatezza, sia sulla valutazione del proprio primo impatto con il bambino e altro ancora, si sono isolati per una considerazione di dettaglio alcuni item particolarmente significativi ai nostri fini. Essi sono l'item 29 ("essere genitore è più difficile di quanto pensavo") e una somma dei punteggi relativi agli item 55, 56, 57, sovrapponibili tra loro come tematica indagata (55, "da quando ho avuto mio figlio a casa non mi sento capace di prendermi cura di lui così bene come pensavo di poter fare; ho bisogno di aiuto"; 56, "spesso sento di non essere capace di affrontare le cose molto bene"; 57, "penso di me che: sono in grado di gestire qualunque cosa accada.....non penso affatto di gestire bene le cose").

Ecco i dati in tabella 11.

Tabella 11. PSI scala CO, item 29 e item 55, 56, 57

c	item 29	item 55+56+57
g	punteggio grezzo min 1 – max 5	punteggio grezzo min 3 – max 15
1	2 > 5	9 > 9
2	4 > 5	12 > 12
3	4 > 4	10 > 9
4	2 > 2	5 > 7
5	4 > 4	6 > 9
6	4 > 4	9 > 6
7	2 > 2	3 > 5
**	4 > 4	7 > 8
9	1 > 5	6 > 9

0	1	$2 > 2$	$7 > 6$
1	1	$4 > 2$	$7 > 6$
2*	1	$5 > 4$	$10 > 7$
3	1	$4 > 2$	$7 > 12$
4	1	$5 > 5$	$11 > 11$
5	1	$2 > 2$	$5 > 8$
6	1	$4 > 5$	$9 > 7$
7	1	$4 > 2$	$9 > 9$
8	1	$5 > 4$	$11 > 6$
9	1	$2 > 2$	$6 > 6$
0	2	$5 > 4$	$9 > 7$

Come sempre i punteggi considerati patologici sono evidenziati in grassetto.

Come si nota non è alto il numero di soggetti che registrano un miglioramento dopo l'intervento di gruppo (6 per il primo item, di cui 3 rimangono a valori patologici; 8 per il secondo gruppo di item, di cui 1 rimane a valori patologici), numericamente appena superiori a quelli che registrano invece un peggioramento; sono poi tanti quelli che nella valutazione post gruppo hanno valori patologici (12 per il primo item, 10 per il secondo gruppo di item).

Dobbiamo tuttavia chiederci se questi risultati siano l'esito di un fallimento o di un successo dell'intervento. Infatti è del tutto comprensibile che il lavoro in gruppo, anche per i suoi apporti teorici e per le spiegazioni meno banalizzanti dei difficili comportamenti dei bambini, abbia accresciuto nei caregiver un approccio consapevole e realistico alla complessità dei problemi in causa, che davvero rendono difficile fare il genitore e sentirsi sempre in controllo (senza aiuto, e aiuto competente) della situazione. Maggiore prudenza e umiltà non possono essere che benefiche quando si ha a che fare con bambini tanto deformati dalla loro esperienza traumatica.

9. Conclusioni

L'analisi dei dati rilevati con il Parenting Stress Index nei caregiver di bambini e bambine vittime di abuso sessuale ha portato a molteplici riflessioni.

Rassicurante è constatare l'adeguatezza dello strumento testale, sufficientemente agevole ed 'economico' in quanto autosomministrato, anche per la tipologia di problemi di cui ci occupiamo.

Attraverso poi le analisi di dettaglio di alcune sottoscale e di alcuni item è stato possibile documentare anche l'adeguatezza dell'intervento di gruppo con i caregiver dei bambini vittime di abuso sessuale nel produrre movimenti positivi nella sintonia caregiver-bambino e nella migliore percezione di sé come accorto e buon genitore.