

The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist For Children (TSCC) in a sample of Swedish children

Autori: Doris Nilsson, Marie Wadsby, Carl Goran Svedin

Fonte: Child Abuse & Neglect 32 (2008) 627–636

Abstract

Obiettivi: Valutare le proprietà della versione Svedese del TSCC e studiare i sintomi traumatici in un gruppo di controllo di bambini e adolescenti svedesi.

Metodo: Hanno partecipato allo studio un gruppo di controllo di 728 bambini ed adolescenti di età compresa tra i 10 e i 17 anni e un gruppo clinico di 91 bambini e adolescenti con note esperienze di abuso sessuale.

E' stato inoltre condotto un test-retest con 79 partecipanti provenienti dal gruppo di controllo.

Risultati: Buona affidabilità e coerenza interna (alfa di Cronbach) per tutte le scale .94 (range nelle scale cliniche .78-.83) e nel test-retest per le scale totali $r = .81$ (range delle scale cliniche .67-.81).

L'analisi fattoriale confermativa a 6 fattori spiega il 50.7% della varianza.

Il gruppo di controllo di bambini ed adolescenti svedesi ha mostrato, nelle sottoscale medie, più basse rispetto a quanto emerso negli studi precedenti provenienti da altri paesi.

Conclusioni: La TSCC svedese ha mostrato di essere uno strumento di screening con proprietà soddisfacenti dal punto di vista psicometrico; è in grado di identificare sintomi traumatici sia tra i bambini e gli adolescenti che hanno riferito personalmente esperienze di traumatiche sia nel caso in cui quest'ultime sono state identificate dai clinici.

Parole chiave: TSCC, metodo, bambini, adolescenti, trauma, abuso sessuale

Introduzione

Il trauma è stato definito dal DSM-IV come l'esposizione ad un evento estremamente stressante che implica una minaccia di morte, di danno grave o un pericolo all'integrità fisica; è stato inoltre definito come il coinvolgimento da parte di un individuo ad un evento che implica la morte, l'offesa o che danneggi l'integrità fisica delle persone (American Psychiatric Association, 1994).

Sono ormai note le potenziali conseguenze delle esperienze traumatiche ed esiste un'ampia letteratura che dimostra come un fallimento nella risoluzione di eventi traumatici moderati e gravi può comportare serie conseguenze nel breve e nel lungo termine.

Gli effetti disastrosi di esperienze traumatiche quali abuso sessuale ed i costi sulla famiglia e la società sono enormi: è pertanto essenziale avere a disposizione degli strumenti di indagine per identificare i sintomi.

A partire dalle ricerche sugli adulti è emerso che le donne sviluppano PTSD due volte più spesso degli uomini, anche se il numero di stressor del corso della vita è equivalente (Cloite, Koenen,

Gratz, & Jakupcick, 2002). Queste differenze di genere sono state riportate anche tra i bambini (Briere, 1996).

A partire dal 1980, dopo che è stata introdotta la diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTDS) nel DSM-III, sono stati sviluppati molti strumenti di indagine per questo tipo di problema.

Le ricerche hanno infatti messo in luce la necessità di creare strumenti specifici per il trauma al fine di individuare con chiarezza i sintomi e mostrare che le misure di distress non sono adeguate per identificare i sintomi derivanti da esperienze traumatiche: tutto ciò trova un particolare riscontro nel caso di bambini adolescenti abusati sessualmente (Fricker & Smith, 2001; Friederich, 2001; McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, & Ralphe, 1998).

Molti strumenti di misurazione che sono stati sviluppati e destinati a bambini ed adolescenti sono specifici per un solo tipo di trauma: ad esempio il CITES-R, il CBSI e il SAFE per problemi e traumi sessuali, il CDC e la A-DES per i disturbi dissociativi.

Il TSCC (Briere, 1996) è l'unico strumento che misura i sintomi legati ad un trauma ed include inoltre due scale per identificare se il soggetto tende a minimizzare o a sovrastimare i sintomi traumatici. Questo strumento è stato inoltre usato in molti studi per misurare i sintomi traumatici e per valutare gli esiti dei trattamenti.

Tuttavia lo stesso Briere ha precisato che il TSCC, sebbene sia considerato un valido strumento di indagine del PTDS in ambito clinico e sia stato specificatamente creato per valutare le risposte di bambini e adolescenti vittime di abusi sessuali, non deve essere tuttavia utilizzato come unico strumento diagnostico.

Lo scopo principale di questo studio è stato quello di valutare l'affidabilità e la validità delle misure del TSCC all'interno della popolazione svedese.

Un altro obiettivo è stato utilizzare il TSCC per osservare come nel gruppo di controllo di bambini e adolescenti svedesi si manifestano i comuni sintomi traumatici in confronto agli altri paesi.

Le ipotesi formulate sono tre.

In primo luogo un gruppo clinico di bambini abusati sessualmente dovrebbero avere punteggi più alti al TSCC rispetto al gruppo di controllo.

In secondo luogo, gli adolescenti del gruppo di controllo che hanno riferito esperienze traumatiche dovrebbero avere punteggi più alti rispetto a coloro che non ne hanno riportate.

Infine le ragazze dovrebbero avere punteggi più alti rispetto ai ragazzi.

Metodo

Partecipanti

Gruppo di controllo

Sono stati inclusi bambini ed adolescenti tra i 10 e i 17 anni provenienti da diversi livelli socioeconomici di Linköping (città di 130000 abitanti che include sia aree urbane sia rurali).

Hanno partecipato allo studio in totale 807 bambini ed adolescenti provenienti da 9 scuole e 24 classi diverse della città.

Hanno compilato il TSCC 728 ragazzi, i rimanenti 49 erano assenti per malattia il giorno della ricerca (n= 49) o non hanno completato interamente il questionario (n= 30).

I maschi in totale erano 367, le femmine 361. L'età media e la deviazione standard erano la stessa per maschi e femmine (M= 13,2 SD=1.8).

Al test-retest hanno partecipato 79 ragazzi (M= 14.3 SD=.71) che hanno completato il questionario una seconda volta tre settimane dopo.

Gruppo Clinico

Il gruppo clinico era formato da 91 pazienti, tutti adolescenti e bambini provenienti da esperienze di abuso sessuale o psicologico. I maschi erano in tutto 21, le femmine 70. L'età variava tra i 10 e i 17 anni (età media maschi: 12,3; DS: 2.4. età media femmine: 13,9; DS: 2,2). La TSCC è stata completata dai soggetti prima dell'inizio di qualsiasi trattamento.

Questionari

TSCC-Trauma Symptom Checklist for Children

Il TSCC (Briere, 1996) è uno strumento autosomministrato che ha come obiettivo quello di identificare un'ampia gamma di sintomi tra i bambini e gli adolescenti (7-17 anni) vittime di esperienze traumatiche.

I 54 item che lo compongono richiedono all'incirca 15-20 minuti. Ogni item è associato ad una scala likert a 4 punti: 0 mai, 1 qualche volta, 2 molte volte, 3 sempre.

Lo strumento comprende 6 scale cliniche con 9-10 item ciascuna: Ansietà (Anx), Depressione (Dep), Stress post-traumatico (Pts), preoccupazione per ciò che riguarda il sesso (Sc), Dissociazione (Dis), Rabbia (Ang). Inoltre ci sono due scale relative alla preoccupazione per ciò che riguarda il sesso: Preoccupazione per il sesso (Sc-p) e Sexual di stress (SC-).

Sono presenti due scale anche per la dissociazione: Fantasia (Dis-f) e dissociazione evidente (Dis-o).

Infine ci sono due scale di validità: Und e Hyp. La prima descrive la tendenza del soggetto a negare i sintomi mentre la seconda ad ingigantirli.

La standardizzazione del TSCC si è basata su 3008 scolari provenienti da diverse parti degli USA. Briere riporta nel manuale del TSCC un alfa di Cronbach compresa tra 7.7 e .89 per le scale cliniche e .84 per il totale delle scale.

Il questionario è stato tradotto in svedese da tre ricercatori/terapisti ed è stato successivamente sottoposto ad una ritraduzione di controllo per confrontare la versione originale e quella tradotta.

Dis-Q-Svedese

La versione svedese del Dissociative Questionnaire, Dis-Q-Svedese, è stata usata con l'intenzione di verificare la validità (correlazione tra Dis-Q-Svedese e le sottoscale della dissociazione del TSCC) e identificare le esperienze traumatiche riportate dal gruppo di controllo.

Il Dis-Q è uno strumento di indagine/screening della dissociazione ed è stato distribuito a metà delle classi (341 adolescenti tra i 13 e i 17 anni).

Il Dis-Q-Svedese, come l'originale Dis-Q, è composto da 63 items con 5 differenti possibilità di risposta (1 per niente, 2 un po', 3 moderatamente, 4 assolutamente).

Comprende inoltre 4 sottoscale: 1 confusione/ frammentazione dell'identità (25 items), 2 perdita di controllo (18 items), 3 amnesia (24 items) e 4 assorbimento (6 items).

Il punteggio totale e il punteggio delle 4 sottoscale è ottenuto dividendo il punteggio grezzo totale per il numero degli item.

Il Dis-Q è somministrabile a partire dai 13 o 14 anni in su.

Nello studio svedese il Dis-Q-Svedese ha mostrato un'alfa di Cronbach pari a .97 per la somma totale e per le 4 sottoscale compresa tra .95 e .65 (n=400).

La correlazione di Pearsono al test-retest è di .79 (p<.001).

Dis-Q-Svedese include anche una scala per il trauma che comincia con una domanda generica sull'esperienza traumatica alla quale bisogna rispondere solo con "si" o "no". Se si, sono elencati 8 diversi tipi di trauma: abusi fisici, violenza fisica, abuso sessuale da parte di parenti o estranei, maltrattamento emotivo, malattie e altro.

Precedura

I presidi delle scuole sono stati contattati per lettera o per telefono. Sono stati successivamente informati gli alunni e i parenti. In seguito un ricercatore è andato nelle classi a somministrare il questionario. Quest'ultimo era anonimo; nel caso del test-retest il questionario è stato identificato tramite un codice.

Considerazioni etiche.

Lo studio è stato approvato dal Human Research Ethics Committee, Facoltà di salute mentale, Linkoping University.

Results

Affidabilità

La consistenza interna per il totale delle scale è stata di .94 sia per il gruppo di controllo che per quello clinico.

L'alfa di Cronbach per le scale cliniche varia da .85 (Dep) a .78 (Anx) nel gruppo di controllo e tra .89 (Pts) a .74 (SC) nel gruppo clinico.

Test-retest

E' stata esaminata l'affidabilità del test-retest (n=79, mean=14,3, SD=.71), $r=.81$ per il totale delle scale e per le scale cliniche: Ansietà $r=.75$, Depressione $r=.81$, Rabbia $r=.75$, Stress Poattraumatico $r=.75$, Dissociazione $r=.67$ e Preoccupazioni per il sesso $r=.81$.

Validità

Validità di costrutto

Analisi fattoriale

Un'analisi fattoriale esplorativa e confermativa sulla popolazione totale, clinica e di controllo, ha permesso di indagare il costrutto del TSCC.

L'analisi fattoriale esplorativa a portato all'individuazione di 9 fattori che spiegano il 56,8% della varianza; l'eigenevalue è risultato maggiore di 1.

L'analisi fattoriale confermativa (6 fattori) ha spiegato il 50.7% della varianza.

Il primo fattore, il più forte, spiega il 12,3% della varianza. Rientrano in questo fattore tutti gli item che originariamente appartenevano alla scala dello Stress post-traumatico, 4 item della scala dell'ansietà e un item della scala della Depressione.

Il secondo fattore spiega l'8,7% della varianza e comprende gli item della scala della Rabbia.

Il terzo fattore spiega il 7,9% della varianza e comprende gli item della Dissociazione.

Il quarto fattore spiega il 7,6% della varianza e comprende item provenienti dalla scala originaria della Depressione e dell'Ansia.

Il quarto fattore spiega il 7,4% della varianza e riguarda la preoccupazione per il sesso.

Infine il sesto fattore spiega il 6,6% della varianza e riguarda gli item relativi all'Ansia, al funzionamento post-traumatico e alla Depressione.

Correlazioni tra sottoscale e scala totale

Le correlazioni tra le scale cliniche e quella totale varia tra .62 (Sc) e .86 (Dep). Per la scala Und la correlazione era -.67.

Differenze tra gruppo di controllo e gruppo clinico

Ci sono significative differenze tra gruppo di controllo e clinico in ogni scala e sottoscala clinica, eccetto la scala per le preoccupazioni sessuali, se aggiustata per il genere e l'età.

Differenze all'interno del gruppo normativo

Al fine di valutare ulteriormente la validità del TSCC, 341 adolescenti del gruppo di controllo hanno completato la scala del trauma della Dis-Q-Svedese.

Il punteggio ottenuto dagli adolescenti (n=42) che hanno riportato esperienze traumatiche è stato confrontato con gli adolescenti che non ne hanno riportate (n=299).

Gli adolescenti che hanno riportato esperienze traumatiche hanno punteggi alti nelle scale cliniche di TSCC.

Le differenze significative di media nelle scale cliniche sono le seguenti: Ansia $p < .05$, Depressione $p < .05$, Rabbia $p < .05$, Stress posttraumatico $p < .001$, Dissociazione $p < .05$.

Medie nel gruppo di controllo

Ci sono differenze significative (ANOVA) tra maschi e femmine nel gruppo di controllo su tutte le scale cliniche eccetto la rabbia. Le ragazze hanno punteggi più alti dei ragazzi su tutte le scale cliniche eccetto quella delle preoccupazioni sessuali in cui i maschi hanno attribuito punteggi più alti.

Discussione

Lo studio mostra che il TSCC può essere tradotto e utilizzato al di fuori delle società di lingua inglese.

Questo è il primo studio in cui viene usato il TSCC nella popolazione svedese di bambini appartenenti ad una popolazione clinica e normale.

E' anche il primo studio europeo volto a testare le proprietà psicometriche del questionario.

In primo luogo, il TSCC è facile da somministrare e sembra essere facilmente comprensibile da tutti gli studenti. Tutto ciò fa sì che il TSCC sia usato sempre più spesso come strumento di screening per i clinici da usare durante le procedure diagnostiche e di trattamento.

In secondo luogo, le proprietà psicometriche del TSCC tradotto in svedese sembrano essere buone.

Per quanto riguarda la consistenza interna, nel nostro studio le scale totali e quelle cliniche sono simili a quelle riportate da Triere e Bal, Van Oost et al.

La consistenza interna nel nostro gruppo clinico era piuttosto alta rispetto a quella riportata da Briere nelle scale della Depressione e dello stress posttraumatico.

A partire dal nostro studio è emerso pertanto che la consistenza interna del TSCC è elevata in modo soddisfacente sia nella popolazione normativa sia in quella di controllo ed è simile a quella riportata negli altri studi pubblicati.

L'affidabilità del test-retest è complessivamente buona, .81, anche se quella della scala clinica della dissociazione è risultata alquanto bassa, .67.

Per quanto riguarda l'analisi fattoriale confermativa i fattori emersi sono pressoché sovrapponibile a quelli individuati da Briere, fatta eccezione per la sottoscala Ansia. Quattro item di questa scala rientrano nella scala dello stress posttraumatico e due in quella della depressione. Una tale divisione della scala dell'Ansia in altre due scale può essere spiegata affermando che l'ansia misurata in questa scala è molto simile all'ansia misurata dalla scala dello stress Post traumatico.

La validità è stata inoltre studiata confrontando la correlazione della scala della Dissociazione con l'Adolescent-Dissociative Experience Scale. La correlazione trovata è di $r=.79$.

E' stata inoltre esaminata la correlazione tra la scala delle depressione e il Beck Depression Inventory.: $r=.81$.

In terzo luogo, in linea con la nostra prima ipotesi, ci sono differenze significative tra il gruppo normale e quello clinico per quanto riguarda il totale delle scale e in tutte le scale cliniche eccetto quella delle preoccupazioni sessuali. Il motivo per il quale non c'è differenza per quanto riguarda le

preoccupazioni sessuali tra il gruppo normativo e quello di controllo non è pienamente chiaro: un spiegazione potrebbe essere che le domande non sono abbastanza sensibili da distinguere tra una preoccupazione elevata ma normale durante l'adolescenza ed un livello clinico di preoccupazione.

Inoltre sono emerse medie più alte tra gli adolescenti che hanno riportato esperienze di trauma rispetto a chi non ne ha riportata alcuna.

In quarto luogo, Briere ha riportato medie più alte per tutte le scale cliniche eccetto Sc.

In quinto luogo ci sono, come ipotizzato, differenze significative tra maschi e femmine nel gruppo di controllo. Le ragazze hanno infatti punteggi più alti dei maschi in tutte le scale cliniche eccetto Sc e Rabbia, in cui non sono presenti differenze.

Conclusioni

Possiamo concludere che è molto importante che uno strumento di misurazione sia validato nel paese in cui è usato.

Nello studio di bambini ed adolescenti svedesi, il TSCC si è dimostrato solido dal punto di vista psicometrico e uno strumento facile utile per i clinici svedesi.

Il TSCC ha successo nell'identificare i sintomi traumatici nel caso di bambini ed adolescenti che sono stati traumatizzati e in particolare per coloro che hanno subito un abuso sessuale.

E' importante che i clinici si avvalgano di uno strumento di screening per poter poi fornire ai bambini un aiuto terapeutico appropriato.