- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

Stress genitoriale e psicopatologia in età evolutiva. Uno studio caso-controllo

Parental Stress and psychopathological traits in children and adolescents. A controlled study

MICHELA GATTA[1]*, LAURA BALOTTIN[2], STEFANIA MANNARINI[2], VALENTINA BIROCCHI[1], LARA DEL COL[1], PIER ANTONIO BATTISTELLA[1]

*E-mail: michela.gatta@unipd.it

[1]Struttura Complessa Infanzia Adolescenza e Famiglia (SC IAF), ULSS 16, Università di Padova
[2]Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata, Sezione di Psicologia Applicata e CIRF - Centro Interdipartimentale di Ricerca sulla Famiglia, Università di Padova

RIASSUNTO. Scopo. Poiché è noto che lo stress e l'autoefficacia (*empowerment*) genitoriale possono influenzare l'esito dei trattamenti medici, e in particolare delle psicoterapie in età evolutiva, questo studio ha l'obiettivo di meglio analizzare i fattori in grado di influenzare tali elementi in relazione alla psicopatologia a carico dei figli. **Metodi.** 45 genitori di pazienti afferiti a un servizio di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sono stati confrontati con 96 genitori di bambini senza disturbi psichiatrici rispetto allo stress parentale e all'empowerment familiare percepito. **Risultati.** Lo stress appare maggiore nei genitori dei pazienti e varia in funzione della gravità del disturbo psicopatologico, mentre è influenzato in minor misura dalle variabili socio-demografiche. Lo stress e l'empowerment si influenzano reciprocamente all'interno della coppia genitoriale. **Conclusioni.** Sviluppare interventi a sostegno della genitorialità e del coinvolgimento paterno in particolare, volti a incrementare il senso di autostima e di autoefficacia dei genitori, potrebbe contribuire a ridurre il livello di stress e indirettamente ricadere positivamente sulla psicopatologia dei figli.

PAROLE CHIAVE: stress genitoriale, efficacia familiare, adolescenza, infanzia, psicopatologia, genitori, famiglia.

SUMMARY. Aim. Since parental stress and family empowerment were shown to influence children's and adolescents' outcome, especially in the case of psychotherapeutic treatments, the present study aims to deeply explore factors that are likely to impact on stress and empowerment in parents of children with a psychiatric diagnosis. **Methods.** Parenting stress and empowerment have been compared between 45 parents of children with a psychiatric disorder and 96 parents of children without psychiatric disorders. **Results.** Parenting stress appeared to be higher in patients' parents and it varied according to disorder severity, while socio-demographic variables seemed to influence the stress levels only to a slight extent. Moreover parental stress and empowerment influenced each other within the parental couple. **Conclusions.** Developing interventions aimed to support parenting and to involve fathers in the parent-child relationship, focused on increasing parents empowerment and self-efficacy, could contribute to decrease stress and positively influence children's psychopathology.

KEY WORDS: parental stress, family empowerment, adolescence, childhood, psychopathology, parents, family.

INTRODUZIONE

Riprendendo la definizione di Abidin[1], lo stress genitoriale è frutto della «disparità percepita dal genitore tra le richieste del bambino e le proprie capacità di farvi fronte in modo adeguato». Nello specifico, i genitori di bambini con malattia organica e psichica, per la maggiore onerosità che la condizione del figlio impone loro, sono soggetti a esperire maggiori livelli di stress. A questo proposito un'ampia rassegna sull'influenza della malattia del bambino sullo stress genitoriale, che prende in considerazione diversi tipi di malattie croniche, riporta come i livelli di stress genitoriale siano significativamente più alti rispetto alle medie dei genitori di bambini sani[2]. In uno studio in cui sono stati comparati i livelli di stress di madri con figli autistici e madri con figli sani, si evince che i livelli di stress sono maggiori per le madri con figli autistici e che inoltre essi aumentano con l'aggravarsi della sintomatologia[3]; analoghi pattern e difficoltà nel caregiving si rilevano per i genitori di bambini con ADHD[4] e con altre problematiche comportamentali e affettive[5-7].

Se da una parte le specificità e le difficoltà dei figli aumentano i livelli di stress parentale, dall'altra in letteratura sono spesso riportati gli effetti negativi che forti e cronici vissuti di stress genitoriale possono causare sia sul benessere del bambino sia su quello del genitore stesso. Lo stress genitoriale influenza lo sviluppo del bambino sia in maniera di-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

retta[8] sia in maniera indiretta, attraverso comportamenti genitoriali meno funzionali e più discontinui, interazioni adulto-bambino troppo controllanti o punitive, limitato coinvolgimento genitoriale nella relazione con i figli[9-12]. Lo stress genitoriale è stato associato a una minore sicurezza nell'attaccamento del bambino[13], allo sviluppo di disturbi internalizzanti ed esternalizzanti e a una ridotta competenza sociale[8], nonché a una diminuita capacità di affrontare e gestire le situazioni ansiogene[14]. Sono stati studiati anche gli effetti che lo stress genitoriale può produrre sulla salute del figlio con importanti risvolti psicosomatici: per esempio, un ampio studio longitudinale ha evidenziato un'associazione tra elevati livelli di stress nei genitori e una maggiore vulnerabilità del bambino a sviluppare l'asma[15].

Per quanto riguarda, invece, il benessere genitoriale, lo stress è stato associato a una minore soddisfazione coniugale[16], a una maggiore vulnerabilità a sintomi depressivi, depressione maggiore e disforia[17]. Sebbene non si possa stabilire una relazione causale diretta, eccessivo stress genitoriale è stato individuato come una delle variabili in grado di predire comportamenti abusivi da parte dei genitori, se associato ad altre caratteristiche, come espressione della rabbia[18], condizioni socio-economiche svantaggiate, storie pregresse di abusi e tendenza all'uso di alcol e droghe[19].

Lo stress genitoriale, inoltre, risulta influenzare l'esito del trattamento psicoterapeutico del bambino, quindi l'efficacia della terapia. Tale evidenza è emersa dallo studio di efficacia di trattamenti di bambini con disturbi d'ansia[20]. Inoltre, interventi indirizzati a genitori di bambini che presentano comportamenti aggressivi e antisociali, focalizzati sullo sviluppo di competenze e sulla riduzione dello stress, porterebbero a un miglior esito del trattamento del bambino in termini di diminuzione dei comportamenti problematici[21]. Lo stress genitoriale può incidere anche sull'esito di trattamenti medici: il livello di stress e la qualità della vita percepita dai genitori di bambini in trattamento per leucemia sono associati all'eventuale sviluppo di PTSD nei genitori e di disturbi d'ansia in genitori e bambini dopo la fine del trattamento oncologico[22].

L'autopercezione delle capacità genitoriali (*empowerment*), viceversa, è stata associata a una minore esperienza di stress nei genitori di bambini con disturbi emozionali[23]. L'empowerment, inoltre, sarebbe un importante meccanismo di cambiamento per quanto riguarda disordini psicocomportamentali del bambino, in quanto mediatore tra terapia familiare e outcome del figlio[24]. In uno studio americano[25] un programma volto ad aumentare l'empowerment genitoriale è stato utile a ridurre le conseguenze psicologiche negative legate all'ospedalizzazione del bambino per grave malattia organica: un maggior empowerment genitoriale si è dimostrato collegato a una minore insorgenza di PTSD nelle madri, minore stress genitoriale e minore sviluppo di problemi internalizzanti ed esternalizzanti a carico del figlio.

In base a tali premesse, il presente studio si prefigge di analizzare la relazione tra stress parentale, empowerment familiare e psicopatologia a carico dei figli, in ambito di disagio psicocomportamentale trattato presso un servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Trattasi di uno studio caso-controllo.

Le ipotesi che hanno guidato la ricerca prevedevano di verificare se:

- i genitori di bambini con psicopatologia avessero livelli di stress maggiori e livelli di empowerment minori rispetto ai genitori di bambini sani; in particolare si sono ricercate eventuali differenze tra madri e padri;
- lo stress genitoriale variasse a seconda della gravità del disturbo;
- stress parentale ed empowerment avessero una relazione inversa;
- stress parentale ed empowerment fossero influenzati da variabili socio-demografiche genitoriali (età, livello di istruzione, tipo di impiego lavorativo, stato civile e numero di figli), con possibili eventuali discrepanze o peculiarità tra madri e padri; in particolare, si sono ricercati eventuali legami tra stress ed empowerment parentali con associazione di genere genitore-figlio (maschio-femmina, maschio-maschio, femmina-femmina).

METODI

Partecipanti

45 partecipanti hanno preso parte allo studio: 22 padri e 23 madri di 24 bambini di età compresa tra i 2 e i 12 anni (M=8,95; DS=2,64), consecutivamente afferiti presso gli ambulatori di psicopatologia della Struttura Complessa Infanzia Adolescenza Famiglia (SC IAF) dell'ULSS 16 di Padova nel periodo da settembre a dicembre 2014.

Fra i criteri di inclusione sono stati individuati:

- diagnosi ICD-10 raggruppabili nella sfera delle problematiche affettivo-relazionali (diagnosi ICD-10: F-30-39, disturbi dell'umore e affettivi; F40-48, disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi; F93, disturbi emozionali con esordio specifico nell'infanzia e nell'adolescenza) o del comportamento (diagnosi ICD-10: F.91, disturbi della condotta) o in entrambe (diagnosi IDC-10 comprese nella prima e nella seconda categoria presenti in comorbidità; F92, disturbo misto della sfera emozionale e comportamentale; F98.8, altri disturbi comportamentali/emozionali con esordio in infanzia e adolescenza);
- età compresa fra i 2 ed i 12 anni di età;
- consenso dei genitori alla partecipazione alla ricerca;

Criteri di esclusione considerati:

- presenza di diagnosi principale di disturbi psicotici (F20-29), disturbi pervasivi dello sviluppo (F84), ritardo mentale (F70-79);
- malattia organica del bambino;
- presenza di condizioni invalidanti rispetto all'adeguata partecipazione alla ricerca (difficoltà linguistica e/o di comprensione, ecc.);
- età inferiore ai 2 anni o superiore ai 12 anni;
- psicopatologia genitoriale nota;
- rifiuto da parte dei genitori di partecipare alla ricerca.

Il gruppo di controllo è composto da 96 genitori, 47 padri e 49 madri, di 57 bambini di età compresa tra i 2 e i 12 anni (M=8,85; DS=2,34) reclutati all'interno di 4 scuole dell'infanzia e primarie delle province di Padova e di Imperia.

Procedura

Dopo essere stati correttamente informati sulle finalità e modalità dello studio, tutti i partecipanti (casi e controlli) hanno for-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

nito il proprio consenso scritto riguardo alla partecipazione allo studio. A entrambi i genitori è stato richiesto di compilare congiuntamente la Child Behaviour CheckList (CBCL) e separatamente il Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF) e la Scala Family della Family Empowerment Scale (FES).

Lo studio è stato condotto in accordo con gli standard etici della SC IAF dell'ULSS 16 di Padova, nell'ambito di un progetto autorizzato dal comitato etico locale (Deliberazione 871, 10/10/2013).

Misure

- *Child Behaviour CheckList (CBCL)*[26]: questionario proxy-report, standardizzato anche per la popolazione italiana[27] fornisce un profilo delle competenze e dei comportamenti psicopatologici del bambino: questa parte si compone di scale sindromiche, di scale di problemi internalizzanti, esternalizzanti e totali e infine di scale orientate alle categorie diagnostiche del DSM-IV.
- *Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF)*[1]: questionario self-report che viene somministrato ai genitori di bambini di età compresa tra un mese e 12 anni, allo scopo di indagare il loro livello di stress specificamente riferito allo svolgimento del ruolo genitoriale. Oltre a un punteggio di stress totale, esso si compone di 3 scale: dominio del genitore o Parental Distress (PD), Parent-Child Disfunctional Interaction (P-CDI) che valuta la qualità della relazione, e dominio del bambino Difficult Child (DC) indice della difficoltà delle caratteristiche del bambino. È possibile calcolare un'ulteriore scala che considera la possibilità che il genitore abbia risposto in modo difensivo e non veritiero al questionario.
- *Family Empowerment Scale (FES)*[28]: questionario self-report che viene somministrato ai genitori per valutare la loro percezione di efficacia genitoriale nella gestione delle problematiche psichiche del proprio figlio nella quotidianità. Dal momento che il focus della nostra ricerca è specificamente sulla famiglia, sul suo funzionamento interno e sulle relazioni fra i membri, abbiamo deciso di avvalerci solamente della sottoscala Family (12 item) che indaga il senso di autoefficacia del genitore nella gestione delle problematicità quotidiane, all'interno dell'ambiente domestico.

Analisi statistica

Per illustrare le caratteristiche socio-demografiche del gruppo clinico e del gruppo di controllo sono state utilizzate statistiche descrittive, per il confronto fra i gruppi rispetto a tali variabili è stato applicato il test del Chi-quadrato per le variabili categoriali.

Per il confronto tra gruppo clinico e gruppo di controllo rispetto alle scale di sintomatologia psicocomportamentale, allo stress genitoriale e all'empowerment è stato applicato il test parametrico t di Student, previa verifica della normalità della distribuzione con il test di Kolmogorov-Smirnov.

Correlazioni bivariate parametriche per variabili continue (coefficiente r di Pearson) sono state utilizzate per lo studio della relazione fra stress ed empowerment, fra stress materno e paterno e fra stress genitoriale e psicopatologia del figlio. Per approfondire la relazione tra psicopatologia del bambino e stress genitoriale, abbiamo successivamente effettuato un'analisi di regressione multipla, per testare se l'avere o meno un figlio con psicopatologia (appartenente al gruppo clinico/di controllo) e l'eventuale sintomatologia presentata dal figlio (scale dei Problemi Internalizzanti, Esternalizzanti e Totali della CBCL) potessero predire il livello di stress esperito dai genitori (variabile dipendente). Si è inoltre indagata la relazione tra diagnosi del bambino e livello di stress genitoriale attraverso l'Analisi della Varianza Univariata (ANOVA).

Per esplorare la possibile relazione fra le variabili socio-demografiche genitoriali, il numero di figli, il loro genere (variabili indipendenti) e il livello di stress e di empowerment (variabili dipendenti), sono stati utilizzati l'ANOVA e il test t di Student, laddove opportuno.

Si è considerata significatività statistica una probabilità di errore inferiore a ,05.

Le analisi statistiche sono state effettuate con l'ausilio dei software statistici SPSS (Statistical Package for Social Science) 21 e STATA 12.

RISULTATI

Le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti e dei loro genitori sono riportate nella Tabella 1. Pazienti e partecipanti del gruppo di controllo non si differenziano in maniera statisticamente significativa nelle variabili considerate.

Confrontando invece il gruppo clinico con il gruppo di controllo per quanto riguarda la sintomatologia psicocomportamentale, i punteggi differiscono per ogni scala del questionario CBCL sia rispetto ai problemi sia rispetto alle competenze, con l'unica eccezione della scala delle attività (Tabella 2).

Livelli di stress ed empowerment

Madri e padri dei casi presentano un livello di stress più elevato rispetto ai genitori del gruppo di controllo in tutte le scale. Per le madri: stress totale (t=-3,96; p=,001), distress genitoriale (t=-2,43, p=,008), interazione disfunzionale genitore-bambino (t=-3,11, p=,001) e bambino difficile (t=-4,35, p=,001); per i padri: stress totale (t=-5,13; p=,001), distress genitoriale (t=-2,43; p=,01), interazione disfunzionale genitore-bambino (t=-3,11; p=,001) e bambino difficile (t=-4,35; p=,001) (Tabella 3).

Per quanto riguarda i punteggi di empowerment, soltanto per le madri si evidenzia una differenza significativa tra gruppo clinico e gruppo di controllo (t=2,00; p=,02), mentre per i padri la differenza non raggiunge la significatività statistica (t=1,56; p=,06) (Tabella 3).

Confronto fra madri e padri rispetto a stress ed empowerment

Complessivamente i punteggi di madri e padri per quanto riguarda lo stress e l'empowerment non sembrano differenziarsi in maniera significativa a livello statistico. Piuttosto, gli elementi di stress paterno e materno correlano in modo diretto: precisamente, esiste una correlazione statisticamente significativa fra punteggi materni e paterni nella scala dell'empowerment (r=,29; p=,010) e nelle scale dello stress: stress totale (r=,65; p=,001), distress (r=,53; p=,001), di interazione disfunzionale genitore-bambino (r=,54; p=,001), bambino difficile (r=,68; p=,001). Esiste inoltre una correlazione fra lo stress di un genitore e l'empowerment dell'altro genitore.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

Tabella 1. Descrizione delle variabili socio-demografiche.

		Gruppo Sperimentale			Gruppo di controllo		
		Bambino	Padre	Madre	Bambino	Padre	Madre
Età media		8,95	45,5	42,17	8,85	46,51	43,3
Genere	Maschio (%)	58,33			50,88		
	Femmina (%)	41,66			49		
Fratelli	0 (%)	19,04			22,91		
	>1 (%)	80,95			77,08		
Livello di istruzione	Basso (%)		21,73	16,66		8,51	6,12
	Medio (%)		43,47	54,16		57,44	57,14
	Alto (%)		34,78	29,16		34,04	36,73
Livello professionale	Basso (%)		36,36	33,33		19,64	17,85
	Medio (%)		50	58,33		50	67,85
	Alto (%)		13,63	8,33		30,35	14,28
Stato civile	Nubile/celibe (%)		0	5,88		0	0
	Coniugata/o (%)		93,75	88,23		96,49	96,49
	Separata/o (%)		6,25	5,88		3,50	3,50

Tabella 2. Distribuzione dei punteggi di pazienti e controlli alle Scale dei Problemi e delle Competenze della CBCL.

		Gruppo sperimentale			Gruppo di Controllo				
		Normale (%)	Border (%)	Clinica (%)	Normale (%)	Border (%)	Clinica (%)	t	p
CBCL Problems Scales	Internalizing problems	28,57	28,57	42,86	90,38	7,69	1,92	5,40	,001**
	Externalizing problems	57,14	23,81	19,05	100	0	0	5,19	,001**
	Total problems	38,10	19,05	42,86	92,31	7,69	0	6,66	,001**
CBCL Competences Scales	Total competences	11,11	/	88,89	50	6,25	43,75	3,01	,001**

Note: * significatività per p<,05; ** significatività per p<,01; CBCL=Child BehaviourChecklist

Relazione fra livello di stress genitoriale e sintomatologia

La gravità della sintomatologia psicocomportamentale del bambino, misurata attraverso le scale della CBCL, correla significativamente con lo stress dei genitori, sia quando si considera il punteggio totale sia quando si considerano le singole sottoscale (sindromiche, delle attività e DSM-IV orientate) (Tabella 4).

Invece, la psicopatologia dei figli definita sulla base dei criteri diagnostici ICD-10, e suddivisa in tre macrocategorie (problematiche affettivo-relazionali, problematiche della condotta-comportamento, entrambe le problematiche in comorbilità), non sembra collegata ai livelli di stress genitoriali di padri (F=,608 p=,55) e madri (F=,540; p=,59), né all'empowerment genitoriale riportato dai padri (F=,544; p=,58) e dalle madri (F=1,262; p=,30).

Sono state inoltre effettuate regressioni lineari multiple per testare se l'avere o meno un figlio con psicopatologia (appartenente al gruppo clinico o di controllo) e l'eventuale sintomatologia presentata dal figlio (scale dei Problemi Internalizzanti, Esternalizzanti e Totali della CBCL) potessero predire il livello di stress esperito dai genitori. Per quanto riguarda lo stress totale paterno, nel modello che risulta migliore (R^2=,430; F (3, 64) =17,91; p=,001), la varianza è spiegata prevalentemente dalla variabile problemi esternalizzan-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

Tabella 3. Distribuzione dei punteggi di stress (PSI) ed empowerment (FES) di padri e madri.

	Gruppo Sperimentale						Gruppo di Controllo					
	Padri			Madri			Padri			Madri		
	Basso (%)	Normale (%)	Alto (%)	Basso (%)	Normale (%)	Alto (%)	Basso (%)	Normale (%)	Alto (%)	Basso (%)	Normale (%)	Alto (%)
PD	0	80,95	19,05	4,35	73,91	21,74	18,52	72,22	9,26	12,96	77,78	9,26
P-CDI	0	57,14	42,86	4,35	60,87	34,78	14,81	79,63	5,56	12,96	77,78	9,26
DC	4,76	38,10	57,14	8,70	39,13	52,17	20,37	66,67	12,96	13,21	71,70	15,09
Totale	0	52,38	47,62	4,35	56,52	39,13	24,07	74,07	1,85	15,09	75,47	9,43
FES	81,82	———	18,18	70,83	———	29,17	45,61	———	54,39	48,15	———	51,85

Note: PSI= Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF); PD= Parental Distress; P-CDI= Parent-child disfunctional interaction; DC= Difficult child; Totale= stress totale del PSI; FES= punteggi alla scala family del Family Empowerment Scale.

Tabella 4. Correlazioni tra stress dei genitori al PSI e punteggi dei figli alla CBCL.

		Madri				Padri			
		PD	P-CDI	DC	Tot	PD	P-CDI	DC	Tot
Competences Scales	Activities	-,01	-,15	-,02	-,06	,01	-,19	-,06	-,08
	Social competence	-,16	-,29*	-,29*	-,28*	-,20	-,24*	-,25*	-,27*
	School	-,20	-,42**	-,43**	-,41**	-,21	-,52**	-,47**	-,47**
	Total	-,11	-,34**	-,24	-,26*	-,10	-,35**	-,26*	-,27*
Simdromic Scales	Anx/Depr	,49**	,54**	,57**	,60**	,43**	,55**	,49**	,56**
	Withdrawn	,29*	,45**	,40**	,42**	,34**	,42**	,33**	,41**
	Somatic C.	,20	,41**	,46**	,41**	,23*	,40**	,46**	,43**
	Social Pr.	,38**	,50**	,51**	,53**	,36**	,51**	,44**	,50**
	Thought Pr.	,44**	,44**	,45**	,50**	,39**	,41**	,46**	,49**
	Attentional Pr.	,44**	,58**	,59**	,61**	,36**	,49**	,52**	,53**
	Rule-breaking B.	,38**	,51**	,47**	,51**	,33**	,60**	,56**	,58**
	Aggressive B.	,49**	,55**	,59**	,62**	,38**	,63**	,61**	,63**
Problems Scales	Internalizing probl	,54**	,56**	,62**	,65**	,44**	,50**	,52**	,57**
	Externalizing probl	,52**	,53**	,61**	,63**	,34**	,58**	,65**	,61**
	Total probl.	,60**	,61**	,67**	,71**	,45**	,58**	,64**	,65**
DSM IV Oriented Scales	Affective probl.	,38**	,58**	,55**	,57**	,41**	,52**	,49**	,55**
	Anx. probl.	,48**	,54**	,63**	,63**	,37**	,52**	,52**	,54**
	Somatic probl.	,09	,20	,28*	,23	,11	,26*	,35**	,29*
	Adh probl.	,45**	,55**	,61**	,62**	,29*	,45**	,49**	,48**
	Opp-Defiant probl.	,45**	,51**	,55**	,57**	,30*	,60**	,56**	,56**
	Conduct probl.	,34**	,48**	,44**	,47**	,32**	,58**	,59**	,58**

Note: * significatività per p<,05** significatività per p<,01.

PSI= Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF); PD= Parental Distress; P-CDI= Parent-child disfunctional interaction; DC= Difficult child; Tot= stress totale del PSI; CBCL=Child Behaviour Checklist.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

ti (=,733; p=,01). Il distress (PD) paterno risulta predetto (R^2=,392; F (1, 66) =16,95; p=,001) invece dalla variabile problemi totali del bambino (β=,287; p=,001). Il punteggio dei padri alla scala Interazione Disfunzionale (P-CDI), invece, sembra essere chiaramente predetto all'interno del modello (R^2=,392; F (2, 65) =22,62; p=,001) a due variabili: tipologia del soggetto (figlio appartenente al gruppo clinico/ di controllo) (β=4,15; p=,009) e punteggi relativi ai comportamenti esternalizzanti (β=,279; p=,001). In maniera simile, per quanto riguarda i punteggi alla scala Bambino Difficile (DC) compilata dai papà, il modello migliore (R^2=,476; F (2, 65) =31,49; p=,001) include la variabile tipologia del soggetto (β=5,90; p=,007) e la variabile problemi esternalizzanti (β=,484; p=,001). Per quanto riguarda i punteggi di stress materno, essi sembrano essere predetti dalla variabile problemi totali, unica variabile indipendente significativa rispetto allo stress totale (R^2=,500; F (1, 66) =68,17, p=,001; β=1,32; p=,001), alla scala P-CDI (R^2=,366; F (1, 67) =40,31; p=,001; β=,348; p=,001) e alla scala DC (R^2=,447; F (1, 67) =56,01; p=.001; β=.603; p=.001). Solo il PD materno sembra essere predetto all'interno di un modello (R^2=,385; F (2, 66) =22,30; p=,001) a due variabili, composto dal punteggio di problematiche totali (β=,471; p=,001) e dalla tipologia (caso o controllo) del bambino (β=-,374; p=,03).

Tabella 5. Correlazioni fra stress ed empowerment.

		FES Padri	FES Madri
PSI Padri	PD	-,46**	-,30**
	P-CDI	-,39**	-,24*
	DC	-,43*	-,33**
	Tot Stress	-,50**	-,35**
PSI Madri	PD	-,37**	-,36*
	P-CDI	-,34**	-,51**
	DC	-,24*	-,55**
	Tot Stress	-,35**	-,55**

Note: * significatività per p<,05** significatività per p<,01.

PSI= Parenting Stress Index-Short Form (PSI-SF); PD= Parental Distress; P-CDI= Parent-child disfunctional interaction; DC= Difficult child; Totale= stress totale del PSI; FES= punteggi alla scala family del Family Empowerment Scale.

Relazione fra stress ed empowerment

Le analisi di correlazione tra punteggi FES e punteggi PSI hanno evidenziato una significativa relazione inversa tra empowerment e stress genitoriale. Questa relazione inversa fra stress ed empowerment si può osservare sia quando si considerano i punteggi del singolo soggetto (madre/padre), sia dell'altro genitore e coniuge (Tabella 5).

Stress, empowerment e variabili sociodemografiche

Nessuna delle variabili socio-demografiche genitoriali studiate (età, livello di istruzione, tipo di impiego lavorativo e stati civile) né il genere e il numero dei figli mostrano di influire sui livelli di stress ed empowerment esperiti dalle madri, sia nei casi sia nei controlli. Risultati simili sono stati riscontrati per i padri, con due eccezioni: padri con più figli mostrano livelli di stress maggiori dei padri di figli unici nelle scale interazione P-CDI (t=-2,45; p=,01) e DC (t=2,41; p=,02) del PSI. Inoltre, un aumento dei punteggi di stress dei padri nella scala interazione P-CDI sembra legato al fatto di avere un figlio maschio appartenente al gruppo clinico (F=4,183; p=,04).

DISCUSSIONE

Il livello di stress risulta più elevato nei genitori dei pazienti rispetto ai controlli, in linea con la letteratura che riporta livelli di stress maggiori nei genitori di bambini con problematiche psicopatologiche rispetto ai genitori di bambini senza tali problematiche[3,30]. Inoltre, i livelli di stress dei genitori sembrano crescere parallelamente alla sintomatologia del bambino: diversi altri lavori riportano infatti il ruolo della severità dei sintomi e delle problematiche comportamentali in relazione all'esperienza di stress dei genitori[3,7,31]. Tuttavia, prendendo in considerazione le singole scale del PSI, il nostro studio, diversamente da altri come quello di Costa et al.[32], ha evidenziato che la sintomatologia del bambino è strettamente collegata anche alla scala relativa al dominio del genitore (PD). Questa scala denota insoddisfazione rispetto al ruolo genitoriale e accende un campanello di allarme perché, quando presenta punteggi alti insieme alle altre due, può essere indicativa di possibili comportamenti di abuso e maltrattamento da parte dei genitori[1]. Se è vero che la sintomatologia e le competenze del bambino influenzano lo stress, è infatti dimostrato che a sua volta anche lo stress genitoriale può avere un'influenza negativa sullo sviluppo del bambino[8,33].

È interessante notare che lo stress parentale nel nostro studio non sembra tuttavia collegato alla diagnosi psichiatrica categoriale (ICD-10) del bambino, bensì piuttosto alle scale dimensionali di profilo psico-comportamentale della CBCL, cioè all'entità della sintomatologia riferita dai genitori. Tale dato, oltre a rinforzare l'idea di una maggiore utilità, specie in età evolutiva, di sistemi di classificazione dei disturbi psicocomportamentali dimensionali piuttosto che criteriali, fa riflettere anche sull'importanza della percezione del genitore rispetto alle problematiche del bambino e ai suoi comportamenti: vari studi infatti riportano punteggi diversi nei report genitoriali e filiali relativamente alla presenza di problematiche affettivo-relazionali[34,35], inducendo l'ipotesi che potrebbe essere la percezione soggettiva del genitore a influenzare i suoi livelli di stress, più che la diagnosi oggettiva effettuata dal clinico.

La relazione fra stress ed empowerment appare di segno negativo, in linea con quanto riportato in letteratura[23,36]. Esiste inoltre una correlazione negativa fra lo stress di un genitore e l'empowerment dell'altro genitore. Possiamo a questo proposito supporre che il fatto di avere accanto a sé un partner che si sente competente nel proprio ruolo di genitore mitighi la percezione della situazione come eccessivamente stressogena, grazie a una possibile ripartizione del senso di

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

responsabilità. È quindi importante che il genitore sperimenti un buon senso di autoefficacia perché esso influenza in senso migliorativo lo stress sia proprio sia dell'altro genitore, ma anche perché esso media tra la reale competenza del genitore e le variabili psicosociali di rischio per il bambino e per comportamenti genitoriali inappropriati[37]. A livello clinico queste osservazioni si potrebbero tradurre in interventi a sostegno della genitorialità, rivolti sia alle competenze pratiche di gestione delle difficoltà del bambino, sia al connesso senso di autostima e autoefficacia genitoriale, creando un circolo virtuoso in cui le competenze aumentano il senso di autoefficacia e viceversa, al fine di funzionare da fattore protettivo familiare[24,38].

In letteratura vi sono studi[39,40] che riferiscono come le madri sperimentino più stress rispetto ai padri, ma le evidenze sono tuttora discordanti rispetto alla questione. *In primis* questo risultato è sostenuto in maniera per così dire implicita dal fatto che la maggior parte delle ricerche in questo campo prende in considerazione soltanto la figura materna, a causa, presumibilmente, del suo maggiore coinvolgimento nelle cure primarie del bambino, seguendo una logica culturale di divisione dei ruoli, pur negli ultimi anni meno accentuata che in passato. Detto ciò, tra i rari studi che si sono occupati specificamente di confrontare i livelli di stress dei genitori, alcuni riportano che lo stress fra madri e padri differisce[39,40], altri invece riportano livelli di stress analoghi in entrambi i genitori[41,42].

In linea con questi ultimi, nel nostro campione sembra che i livelli di stress delle madri e dei padri vadano nella stessa direzione. Le differenze che abbiamo evidenziato sono piuttosto legate all'empowerment genitoriale, che sembra risentire della psicopatologia del figlio in misura significativa soltanto nelle madri. In uno studio di Hastings[42] lo stress dei genitori di bambini autistici era uguale tra i genitori; vi era tuttavia differenza nei livelli di ansia, che erano maggiori nelle madri. È possibile ricollegare questo dato al risultato emerso in questo studio rispetto all'empowerment: il senso di auto-efficacia sembra infatti funzionare in maniera differente nei due genitori, incidendo probabilmente in maniera diversa non sulla quantità di stress esperito ma sulle modalità di gestire la situazione stressante. Per esempio, Hastings e Brown[43] hanno evidenziato che il senso di auto-efficacia ha un effetto mediatore tra i problemi comportamentali dei bambini e le sintomatologie ansiose e depressive nelle madri, mentre questo non avviene per quanto riguarda i padri.

Un'altra differenza emersa tra i genitori risiede nel fatto che lo stress paterno sia predetto da specifiche tipologie di problematiche del bambino, a differenza di quanto avviene nelle madri. Per le madri infatti lo stress risulta collegato alla presenza di problemi in generale, indipendentemente dalla loro tipologia, mentre per i padri l'area dei problemi esternalizzanti (aggressività e non rispetto delle regole) risulta determinante. Le madri potrebbero essere infatti più sensibili all'intero ventaglio di sintomatologia del bambino e a individuare livelli anche moderati di problematiche, situazioni subcliniche e problemi situazione-specifici[44,45]. I nostri risultati relativi alla figura dei padri invece possono essere letti alla luce di come il padre continui a mantenere una peculiarità di ruolo circa la detenzione delle regole e il lato normativo dell'educazione, nonostante i cambiamenti avvenuti negli ultimi decenni nel tessuto sociale e la conseguente riorganizzazione dei ruoli all'interno della famiglia.

Sempre facendo riferimento alle differenze riscontrate tra genitori, nel nostro studio, per i padri solamente, il numero di figli influenzerebbe i livelli di stress. Mentre precedenti ricerche avevano individuato questo effetto del numero di figli a carico delle madri[46,47], i nostri dati evidenziano la differenza nel livello di stress paterno relativamente alle scale dell'interazione e delle caratteristiche del bambino: lo stress misurato da queste scale dovrebbe essere specifico per il bambino in questione[48]. Ciò suggerisce che il fatto di avere più di un figlio, per il padre, sia un fattore che non influisce tanto sulla percezione di onerosità del ruolo genitoriale, quanto piuttosto sulla percezione di difficoltà nel relazionarsi e interagire con un figlio problematico.

Riferendoci allo stress legato all'interazione padre-figlio, abbiamo individuato inoltre delle specificità rispetto al genere del bambino: i padri dei bambini maschi con psicopatologia hanno riportato livelli di stress significativamente maggiori rispetto ai padri di bambini maschi senza psicopatologia, o ai padri delle bambine femmine con e senza psicopatologia. Risultato, questo, che smentirebbe quanto supposto da altri autori che focalizzano le relazioni di genere opposto come più stressanti[49,50]. Il nostro risultato, invece, suggerisce che avere un bambino maschio con psicopatologia sia per il padre più stressante, ponendo l'accento sulla presenza di psicopatologia oltre che sul genere. Tale dato può essere letto alla luce del risultato precedente, che mostra come per i padri lo stress sia predetto in larga parte da problematiche di tipo esternalizzante, che sono infatti più spiccate nei maschi rispetto alle femmine[51], oltre che, presumibilmente, attivare nei padri specifici vissuti di identificazione di genere e conflittualità relativa al ruolo normativo.

Rispetto alla relazione tra stress e variabili socio-demografiche, dai nostri dati queste non sembrano influenzare in maniera significativa livelli di stress sperimentati dai genitori partecipanti allo studio. Analizzando invece i variegati dati presenti in letteratura su questo punto, si riscontra che Pinderhughes et al.[52] individuano nello status socio-economico un potenziale mediatore tra stress genitoriale e risposta disciplinare: i genitori con livello socio-economico basso mettono in atto comportamenti disciplinari più autoritari e astiosi. Parallelamente, Oxford e Lee[53] dimostrano come, in condizioni socioeconomiche svantaggiate, lo stress genitoriale riduca la sensibilità del parenting. Per spiegare il nostro risultato possiamo perciò ipotizzare che lo stato socioeconomico dei genitori non influenzi tanto la percezione dello stress, quanto possa piuttosto influire sul modo con cui tale percezione si esprime nella relazione con il bambino, rendendola più disfunzionale.

CONCLUSIONI

Uno dei principali limiti del nostro studio è certamente la scarsa numerosità del campione e la mancanza di un follow-up. I risultati sono quindi da considerarsi preliminari e andranno confermati e ampliati con studi longitudinali su campioni più ampi. Pur tenendo conto di ciò, i nostri dati aprono una finestra su un approccio innovativo alla psicopatologia dell'età evolutiva, che faccia riferimento ai genitori e in particolare alla figura paterna, ancora non sempre debitamente considerata all'interno del percorso diagnostico e terapeutico del bambino. In particolare, come implicazioni cliniche, i

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

nostri dati suggeriscono che interventi a sostegno della genitorialità, volti a incrementare il senso di autostima e autoefficacia genitoriali, oltre che costituire la base per una positiva alleanza teapeutica[54-56], possono contribuire a ridurre il livello di stress e avere indirettamente una ricaduta positiva non solo sul benessere degli adulti, genitori, ma anche sulla psicopatologia dei figli. In riferimento a ciò, nell'ambito di studi di efficacia del trattamento[57,58], stress ed empowerment genitoriali potrebbero diventare, insieme ad altri, validi indicatori di outcome.

BIBLIOGRAFIA

1. Abidin RR. Parenting Stress Index: Professional Manual. Odessa, FL: Psychological. Assessment Resources, 1995. Adattamento italiano (a cura di) Guarino A, Di Blasio P, D'Alessio M, Camicasca E, Serantoni G. Parenting Stress Index: Manuale (5° ed.). Firenze, IT: Giunti O.S., 2008.
2. Cousino MK, Hazen AR. Parenting stress among caregivers of children with chronic illness: a systematic review. J Pediatr Psychol 2013; 38: 809-28.
3. Duarte CS, Bordin IA, Yazigi L, Money J. Factors associated with stress in mothers of children with autism. Autism 2005; 9: 416-27.
4. Pimentel MJ, Vieira-Santos S, Santos V, Vale MC. Mothers of children with attention deficit/hyperactivity disorder: relationship among parenting stress, parental practices and child behaviour. ADHD Atten Def and Hyp Disord 2011; 3: 61-8.
5. Gatta M, Dal Zotto L, Nequinio G, et al. Parents of adolescents with mental disorders: improving their caregiving experience. J Child Fam Stud 2011; 20: 478-90.
6. Solem MB, Christophersen KA, Martinussen M. Predicting parenting stress: children's behavioural problems and parents' coping. Inf Child Dev 2011; 20: 162-80.
7. Vaughan EL, Feinn R, Bernard S, Brereton M, Kaufman JS. Relationship between child emotional and behavioural symptoms and caregiver strain and parenting stress. J Fam Iss 2012; 34: 534-56.
8. Anthony LG, Anthony BJ, Glanville DN, Naiman DJ, Waanders C, Shaffer S. The relationships between parenting stress, parenting behaviour and preschoolers' social competence and behaviour problems in the classroom. Inf Child Dev 2005; 14: 133-54.
9. Belsky J, Woodworth S, Crnic K. Trouble in the second year: three questions about family interaction. Child Dev 1996; 67: 556-78.
10. Conger R, Patterson GR, Ge X. It takes two to replicate: a mediational model for the impact of parents' stress on adolescent adjustment. Child Dev 1995; 66: 80-97.
11. Deater-Deckard K, Scarr S. Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: are there gender differences. J Fam Psychol 1996; 10: 45-59.
12. Dubois-Comtois K, Mos E, Cyr C, Pascuzzo K. Behavior problems in middle childhood: the predictive role of maternal distress, child attachment, and mother-child interactions. J Abnorm Child Psychol 2013; 41: 1311-24.
13. Steiter RL, Habelstadt AG. The interplay between parental beliefs about children's emotions and parental stress impacts children's attachment security. Inf Child Dev 2011; 20: 272-87.
14. Essex MJ, Klein MH, Cho E, Kalin NH. Maternal stress beginning in infancy may sensitize children to later stress exposure: effects on cortisol and behavior. Biol Psychiatry 2002; 52: 776-84.
15. Shankardass K, McConnell R, Jerrett M, Milam J, Richardson J, Bernhane K. Parental stress increases the effect of traffic-related air pollution on childhood asthma incidence. Proc Natl Acad Sci U S A 2009; 106: 12406-11.
16. Robinson M, Neece CL. Marital satisfaction, parental stress, and child behavior problems among parents of young children with developmental delays. J Ment Health Res Intellect Disabil 2015; 8: 23-46.
17. Wolf LC, Noh S, Fisman S, Speechley M. Brief reports: psychological effects of parenting stress on parents of acoustic children. J Autism Dev Disord 1989; 19: 157-67.
18. Rodriguez CM, Green AJ. Parenting stress and anger expression as predictors of child abuse potential. Child Abuse Negl 1997; 21: 367-77.
19. Whipple EE. The role of parental stress in physically abusive families. Child Abuse Negl 1991; 15: 279-91.
20. Crawford AM, Manassis KMD. Familiar predictor of treatment outcome in childhood anxiety disorders, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 1182-9.
21. Kazdin AE, Whitley MK. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. J Consult Clin Psychol 2003; 71: 504-15.
22. Kazak AE, Barakat LP. Brief report: parenting stress and quality of life during treatment for childhood leukemia predicts child and parent adjustment after treatment ends. J Pediatr Psychol 1996; 22: 749-58.
23. Yachmenoff DK, Koren PE, Freisen BJ, Gordon LJ, Kinney RF. Enrichment and stress in families caring for a child with a serious emotional disorder. J Child Fam Stud 1998; 7: 129-45.
24. Graves KN, Shelton TL. Family empowerment as a mediator between family centered systems of care and changes in child functioning: Identifying an important mechanism of change. J Child Fam Stud 2007; 16: 556-66.
25. Melnyc BM, Alpert-Gillis L, Feinstein NF, et al. Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/coping outcomes of critically ill young children and their mothers. Pediatrics 2004; 113: 597-607.
26. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles. Burlington: University of Vermont Research Center for Children Youth and Families, 2001.
27. Frigerio A, Vanzin L, Pastore V, et al. The Italian Preadolescent Project: rationale and methods. Int J Methods Psychiatr Res 2006; 15: 22-35.
28. Koren PE, DeChillo N, Friesen BJ. Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. Rehabilitation Psychology 2002; 37: 305-21.
29. Duarte CS, Bordin IA, Yazigi L, Money J. Factors associated with stress in mothers of children with autism. Autism 2005; 9: 416-27.
30. Anastopoulous AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parent stress among families of children with ADHD. J Abnorm Child Psychol 1992; 20: 503-20.
31. Benson PR. The impact of child symptom severity on depressed mood among parents of children with ASD: the mediating role of stress proliferation. J Autism Dev Disord 2006; 36: 685-95.
32. Costa NM, Weems CF, Pellerin K, Dalton R. Parenting stress and childhood psychopathology: an examination of specify to internalizing and externalizing symptoms. J Psychopath Beh Ass 2006; 28: 113-22.
33. Coplan RJ, Bowke A, Cooper SM. Parenting daily hassles, child temperament, and social adjustment in preschool. Early Child Res Q 2003; 18: 376-95.
34. Grigorenko EL, Geiser C, Slobodskaya HR, Francis DJ. Cross-Informant Symptoms from CBCL, TRF, and YSR: trait and method variance in a normative sample of Russian youths. Psychol Assess 2010; 22: 893-911.
35. Gatta M, Dal Santo F, Rago A, Spoto A, Battistella PA. Alexithymia, impulsiveness, and psychopathology in nonsuicidal self-injured adolescents. Neuropsychiatr Dis Treat 2016; 12: 2307-17.
36. Minnes P, Perry A, Weiss JA. Predictors of distress and well-being in parents of young children with developmental delays and disabilities: the importance of parent perceptions. J Intellect Disabil Res 2015; 59: 551-60.
37. Teti DM, Gelfand DM. Behavioural competences among mothers of infants in the first year: the mediation role of mathernal self-efficacy. Child Dev 1991; 62: 918-29.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.14.86 Sat, 14 Nov 2026, 00:46:47

38. Resendez MG, Quist RM, Matshazi DGM. A longitudinal analisys of family empowerment and client outcomes. J Fam Stud 2000; 9: 449-60.
39. Dabrowska A, Pisula E. Parenting stress and coping styles in mothers and fathers of pre-school children with autism and down syndrome. J Intellect Disabil Res 2010; 54: 266-80.
40. Rivard M, Terroux A, Parent-Boursier C, Mercier C. Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 2014; 44: 1609-20.
41. Woodman AC. Trajectories of stress among parents of children with disabilities: a dyadic analysis. Fam Relat 2014; 63: 39-54.
42. Hastings RP. Child behaviour problems and partner mental health as correlates of stress in mothers and fathers of children with autism. J Intellect Disabil Res 2003; 47: 231-7.
43. Hastings RP, Brown T. Behaviour problems of children with autism, parental self-efficacy, and mental health. Am J Ment Retard 2002; 107: 222-32.
44. Baker BL, Heller TL. Preschool children with externalizing behaviors: experience of fathers and mothers. J Abnorm Child Psychol 1996; 24: 513-32.
45. Podolski CL, Nigg JT. Parent stress and coping in relation to child ADHD severity and associated child disruptive behavior problems. J Clin Child Psychol 2001; 30: 503-13.
46. Ostberg M, Hagekull B. A structural modeling approach to the understating of parental stress. J Clin Child Psychol 2000; 29: 615-25.
47. Lavee Y, Sharlin S, Katz R. The effect of parental stress on marital quality: an integrated mother-father model. J Fam Iss 1996; 17: 114-35.
48. Deater-Deckard K. Parenting stress and child adjustment: some old hypothesis and new questions. Clin Psychol Sci Pract 1998; 3: 314-22.
49. McBride BA, Schoppe SJ, Rane TR. Child characteristics, parenting stress, and parental involvement: fathers versus mothers. J Marriage Fam 2002; 64: 998-1011.
50. Bussing R, Zima BT, Gary FA, et al. Social networks, caregiver strain, and utilization of mental health services among elementary school students at high risk for ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42: 842-50.
51. Mammorstein NR. Generalized versus performance-focused social phobia: pattern of comorbidity among youth. J Anxiety Disord 2006; 20: 778-93.
52. Pinderhughes EE, Dodge KA, Bates JE, Pettit GS, Zelli A. Discipline responses: influences of parents' socioeconomic status, ethnicity, beliefs about parenting, stress and cognitive-emotional processes. J Fam Psychol 2000; 14: 380-400.
53. Oxford M, Lee J. The effect of family processes on school achievement as moderated by socioeconomic context. J Sch Psychol 2011; 49: 597-612.
54. Gatta M, Ramaglioni E, Lai J, et al. Psychological and behavioral disease during developmental age: the importance of the alliance with parents. Neuropsychiatr Dis Treat 2009; 5: 541-6.
55. Mannarini S, Boffo M. The relevance of confidence and security: a latent domain of attachment relationships. Scand J Psychol 2014; 55: 53-9.
56. Mannarini S, Boffo M, Balottin L. Beliefs about the patient's role in the psychotherapeutic relationship: a latent trait perspective. TPM Test Psychom Methodol Appl Psychol 2013; 20: 277-94.
57. Ardito RB, Rabellino D. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. Front Psychol 2011; 2: 270.
58. Gatta M, Dal Zotto L, Del Col L, et al. Analytical psychodrama with adolescents suffering from psycho-behavioral disorder: short-term effects on psychiatric symptoms. Arts in Psychotherapy 2010; 37: 240-7.