

STUDIO MULTICENTRICO CONTROLLATO DI GRUPPI DI FORMAZIONE GENITORIALE IN MATERIA DI COMPORTAMENTO ANTISOCIALE INFANTILE NELLA PRASSI CLINICA*

Stephen Scott ¹⁾, Quentin Spender ²⁾, Moira Doolan ³⁾, Brian Jacobs ⁴⁾, Helen Aspland ⁵⁾

1. *Institute of Psychiatry, King's College London – Senior lecturer in child and adolescent psychiatry*

2. *Maudsley Hospital, London - Senior lecturer in child and adolescent psychiatry*

3. *Institute of Psychiatry, King's College London – Research family therapist*

4. *Maudsley Hospital, London – Consultant child and adolescent psychiatrist*

5. *St. George's Hospital, Medical School, London - psychologist*

* Pubblicato con il permesso di BMJ Publishing Group Ltd - BMJ, 2001, Volume 323, Pagine 194-200,

RIASSUNTO

Obiettivo Verificare se un programma di formazione di gruppo destinato ai genitori, basato su principi comportamentali ed attuato nella normale prassi clinica, costituisce un trattamento efficace per il comportamento antisociale dei bambini.

Modello Studio controllato eseguito secondo una versione adattata del modello “block design”, con assegnazione effettuata nel momento in cui si indirizzano i soggetti verso centri specializzati.

Contesto Quattro centri per la salute mentale in età infantile e nell'adolescenza.

Partecipanti 141 bambini di età compresa tra 3 e 8 anni che mostravano segni di comportamento antisociale, assegnati a gruppi di intervento (90) o di controllo (lista d'attesa, 51).

Intervento Programma di base in videocassetta Webster-Stratton presentato ai genitori di 6-8 bambini per 13-16 settimane. Il programma è incentrato su alcuni fattori: le emozioni dei genitori, la ripetizione di strategie comportamentali e la comprensione da parte dei genitori della base scientifica dell'intervento.

Principali indici di misurazione dei risultati Intervista semi-strutturata ai genitori e questionari relativi al comportamento antisociale nei bambini, somministrati 5-7 mesi dopo l'inizio dello studio; osservazione diretta dell'interazione genitore-figlio.

Risultati I partecipanti allo studio erano bambini con uno spiccato comportamento antisociale (al di sopra del 97° centile rispetto all'indicatore postulato per l'intervista). Il comportamento antisociale dei bambini del gruppo di intervento si è attenuato in misura significativa; i bambini in lista d'attesa non hanno mostrato segni di cambiamento (entità dell'effetto tra i gruppi 1,06 SD (intervallo di confidenza 0,71/1,41), $P < 0,001$). I genitori del gruppo di intervento hanno aumentato di tre volte la percentuale apprezzamenti/ordini inutilmente impartiti ai propri figli, mentre i genitori del gruppo di controllo hanno fatto registrare una diminuzione in questo senso pari a un terzo (entità dell'effetto tra i gruppi 0,76 (0,16/1,36), $P = 0,018$). Se i 31 bambini persi al follow-up fossero stati inseriti in un'analisi intention-to-treat, l'entità dell'effetto sul comportamento antisociale si sarebbe ridotta del 16%.

Conclusioni I gruppi di formazione dei genitori attenuano in misura significativa gravi forme di comportamento antisociale nei bambini in condizioni di vita reale. È necessario un follow-up per verificare eventuali miglioramenti della prognosi e la prevenzione della criminalità.

INTRODUZIONE

Comportamenti aggressivi e irruenti fanno parte integrante del processo di sviluppo di un bambino e possono aiutarlo ad affermarsi e difendersi. Un comportamento antisociale persistente e incontrollato, tuttavia, rappresenta un handicap sotto il profilo sociale e determina scarso adattamento in età adulta (Scott S, 1998). Il fenomeno si registra nel 5% dei bambini (Meltzer H et al, 2000) e la sua prevalenza è in aumento (Rutter M, Hagell A, Giller H, 1998). I bambini subiscono le critiche e l'ostilità dei propri genitori e vengono spesso emarginati dai compagni (Rutter M, Hagell A, Giller H, 1998). L'assenteismo scolastico è diffuso, la maggior parte dei soggetti lascia la scuola senza alcuna qualifica e più di un terzo entra nel mondo della delinquenza minorile (Farrington DP, 1995). Detti soggetti, in età adulta, spesso persistono nei loro comportamenti illeciti, vivono rapporti interpersonali limitati e insoddisfacenti e faticano a trovare un lavoro stabile. I costi che nel lungo periodo lo Stato deve sostenere per individui che mostrano questo tipo di comportamento dall'infanzia sono fino a dieci volte superiori rispetto ai rispettivi soggetti di controllo e comportano l'intervento di vari enti e strutture (Scott S et al, 2000).

Il comportamento antisociale interessa il 30-40% dei soggetti presi in carico dalle strutture di igiene mentale infantile (Audit Commission, 1999). Nella maggior parte dei casi questi soggetti rientrano nelle linee guida generali diagnostiche per i disturbi della condotta previsti dall'ICD-10 – The International Statistical Classification on Diseases and Related Health Problem - (Classificazione Internazionale delle Malattie, decima revisione), che prevedono che almeno un tipo di comportamento antisociale sia grave e persistente. Pochi invece rispondono ai criteri diagnostici per la ricerca, i quali, relativamente ai disturbi comportamentali di natura provocatoria e di scontro, prevedono la presenza di almeno quattro comportamenti specifici (World Health Organization, 1993). Il quadro d'esordio, solitamente osservabile intorno ai 2-3 anni di età, è rappresentato da comorbidità psicopatologica: iperattività e problemi emotivi, disturbi del linguaggio, deficit neuropsicologici, quali disattenzione e basso QI, spiccata ereditarietà (Silberg J, et al, 1996) e comportamento antisociale permanente (Moffitt T, 1993). Per contro, il quadro d'esordio del comportamento antisociale in età adolescenziale non si contraddistingue per la presenza di altri disturbi o deficit neuropsicologici, dipende in misura maggiore dall'ambiente che non dall'ereditarietà e tendenzialmente non persiste in età adulta (Moffitt T, 1993).

Un atteggiamento severo e incoerente da parte dei genitori è associata in misura significativa a un comportamento antisociale dei figli (Farrington DP, 1995), ma non è altrettanto chiaro se ne sia causa o conseguenza o se il comportamento sia dovuto a una comune predisposizione genetica (Rutter M, Hagell A, Giller H, 1998). Il lavoro pionieristico condotto da Patterson e colleghi ha dimostrato come i genitori svolgano una funzione determinante sia nel mantenere in essere il comportamento antisociale dei propri figli prestandogli particolare attenzione sia nel sopprimere il comportamento desiderabile ignorandolo (Patterson GR, 1982).

Sono stati quindi proposti opportuni interventi di formazione di tipo comportamentale destinati ai genitori, che si sono dimostrati efficaci in molti studi negli Stati Uniti. (Kazdin AE, 1997)

La maggior parte di tali programmi è stata condotta in cliniche universitarie specializzate da équipe che hanno ideato personalmente il trattamento, altamente motivate e adeguatamente formate, che si occupano esclusivamente di comportamento antisociale. Molti studi hanno coinvolto volontari o soggetti dichiarati disposti a partecipare a progetti di questo tipo dai medici che li avevano indirizzati al centro, escludendo quindi molte famiglie dissesate, non motivate o svantaggiate, in cui vive la maggior parte dei bambini con comportamenti antisociali (Meltzer H, 2000). Una revisione delle meta-analisi degli studi pubblicati in materia di psicoterapie per i disturbi dell'infanzia ha messo in evidenza che in contesti universitari gli effetti sono notevoli da 0,71 a 0,84 DS (Weisz J, Weiss B, Donenberg GR, 1992). Per contro, una revisione di sei studi condotti in normali strutture dal 1950 non ha messo in luce alcun effetto significativo (Weisz J, Weiss B, Donenberg GR, 1992) e una sperimentazione di più ampio respiro con accesso illimitato ai servizi ambulatoriali non ha fatto registrare alcun miglioramento (Andrade AR et al, 2000). Tra le ragioni addotte per spiegare gli scarsi risultati ottenuti nei casi clinici sono state individuate: la maggior gravità dei problemi, la provenienza dei soggetti da famiglie più disagiate e lo scarso supporto empirico fornito dal personale, spesso oberato di lavoro. Alcuni sono giunti alla conclusione che sebbene la psicoterapia infantile funzioni da un punto di vista teorico, non si può dire altrettanto nella vita reale. La realtà potrebbe essere ancor meno incoraggiante dal momento che nessuna delle sperimentazioni cliniche prevedeva un'analisi intention-to-treat.

A quanto ci risulta, in Europa non è stato condotto alcuno studio controllato degno di nota dei programmi di formazione per genitori né di altri tipi di trattamento dei comportamenti antisociali. Nel nostro studio abbiamo esaminato la potenziale efficacia di un programma di formazione genitoriale di tipo comportamentale nella prassi quotidiana del SSN, con soggetti indirizzati alle strutture di igiene mentale infantile e interventi affidati al normale personale del servizio. La nostra ipotesi era che i bambini i cui genitori avevano seguito un corso di formazione avrebbero mostrato un comportamento antisociale meno accentuato rispetto ai bambini i cui genitori non avevano seguito detto corso.

METODI

Protocollo

Popolazione dello studio - La sperimentazione è stata condotta tra il 1995 e il 1999 in quattro strutture di igiene mentale infantile e adolescenziale del Servizio Sanitario Nazionale: Croydon, Brixton/Belgrave/Camberwell, St. George's (tutti nella zona sud di Londra) e Chichester (West Sussex). I comitati etici competenti hanno approvato il progetto. I candidati erano bambini tra i 3 e gli 8 anni, indirizzati alle strutture di igiene mentale multidisciplinari infantili e adolescenziali per il loro comportamento antisociale. Sono stati adottati i seguenti criteri di esclusione dallo studio: evidente ritardo nello sviluppo, sindrome ipercinetica e qualsivoglia altra patologia che richiedesse un trattamento specifico.

Intervento - Abbiamo utilizzato la videocassetta del programma di formazione dei genitori ideata da Webster-Stratton (Webster-Stratton C, Hancock L, 1998) che si era rivelata particolarmente efficace negli esperimenti condotti nella clinica universitaria dell'autore ((Webster-Stratton C, Hollinsworth T, Kolpacoff M, 1989). La videocassetta è stata doppiata con accento inglese. Si sono tenuti incontri di gruppo settimanali della durata di due ore con i genitori di 6-8 bambini per 13-16 settimane; i bambini non hanno partecipato a queste riunioni e non sono stati previsti altri interventi terapeutici. Il programma comprendeva vari aspetti: gioco, apprezzamenti e ricompense, definizione dei limiti e gestione di comportamenti scorretti. Nel corso di ogni seduta, due formatori mostravano in video scene, interpretate da genitori e figli, che descrivevano modi "giusti" e "sbagliati" di gestire il rapporto con i bambini. I genitori discutevano del comportamento dei propri figli ed erano assistiti dai formatori nel provare diversi metodi di interazione. Ogni settimana venivano assegnati "compiti per casa" con telefonate di

supporto e di verifica del miglioramento. I terapeuti coinvolti prestavano regolare servizio presso le ASL, provenivano da un'ampia gamma di discipline e avevano seguito uno specifico corso di formazione della durata di tre mesi. Le sessioni di intervento venivano registrate su videocassetta e si tenevano riunioni settimanali di supervisione per garantire il rispetto del manuale (Webster-Stratton C, Hancock L, 1998).

All'ingresso nello studio e al termine dell'intervento o del periodo d'attesa, da 5 a 7 mesi dopo, venivano rilevati i dati forniti dalle madri. Questi comprendevano dati anagrafici, sei indicatori del comportamento del bambino e una del comportamento del genitore. Come strumento primario per la misurazione del comportamento antisociale abbiamo utilizzato un'intervista in cui i genitori dovevano indicare i comportamenti manifestati dal bambino. Questa intervista, semistrutturata e validata, ricorre a criteri definiti dal ricercatore atti a valutare la frequenza e la gravità di comportamenti antisociali quali comportamenti aggressivi, atti di distruzione e disobbedienza; i valori ottenuti sono fortemente predittivi del successivo outcome psicosociale (Taylor E et al, 1996). Il valore statistico di affidabilità inter-valutatore κ su 20 interviste prese a caso era pari a 0,84 per la scala relativa ai problemi comportamentali, 0,81 per la scala relativa all'iperattività e 0,76 per quella relativa ai problemi emotivi. Abbiamo altresì utilizzato il questionario (strengths & difficulties) SDQ (Goodman R, 1997) nonché la checklist per i comportamenti infantili (Scott S, 2001). Nel questionario atto ad evidenziare i problemi avvertiti dai genitori, questi ultimi erano chiamati a indicare i 3 problemi per i quali avrebbero voluto trovare una soluzione, precisandone la gravità su una scala VAS (VISUO ANALOGIC SCALE) di 10 cm che presentava ad un estremo la dicitura "non è un problema" e dall'altro "non potrebbe andare peggio". Il questionario relativo alla relazione giornaliera dei genitori registra 36 comportamenti presenti o assenti ciascun giorno di una settimana (Chamberlain P, Reid JB, 1987). Questa modalità di rilevazione è molto diffusa in alternativa a un'osservazione diretta prolungata da parte di un operatore indipendente a casa dei soggetti. Quando nell'intervista si osservava un riscontro tale da soddisfare i criteri ICD-10, si diagnosticava un disturbo della condotta (di tipo provocatorio opposizionale) (World Health Organization, 1993). Infine i genitori sono stati sottoposti a osservazione diretta. È stato assegnato un compito strutturato sotto forma di gioco (Conduct Problems Prevention Research Group, 1999) della durata di 18 minuti, che la madre e il bambino dovevano svolgere a casa e registrare. Abbiamo scelto casualmente 20 casi da sottoporre a un valutatore, che non ne conosceva il relativo status, affinché li codificasse utilizzando il manuale (Aspland H, 2001). L'esperto ha contato gli apprezzamenti espressi dai genitori e gli ordini male impartiti, associandoli per ottenerne un rapporto matematico. I coefficienti di correlazione intraclassa erano pari, rispettivamente, a 0.96 e 0.97.

Calcolo della dimensione del campione - Il disegno della sperimentazione era finalizzato a rilevare una differenza importante minima in termini di effetti pari a 0,6 DS sull'indice di outcome primario. Per essere rilevato a una potenza dell'80% con $\alpha = 0,05$ e con un rapporto di assegnazione 2:1 sarebbero stati necessari gruppi da 68 e 84 (totale: 102).

Strategia di analisi – Siamo ricorsi all'analisi della varianza nel tempo, con una co-variazione per età e sesso, per valutare l'interazione tra il tempo e il braccio dello studio. Abbiamo analizzato tutti i casi assegnati per i quali disponevamo di dati di follow-up, indipendentemente dall'intensità dell'intervento ricevuto. Inoltre abbiamo condotto un'analisi intention-to-treat, in cui sono stati esaminati i dati di tutti i casi assegnati, compresi quelli persi al follow-up, per i quali abbiamo presunto che non fosse intervenuto alcun cambiamento rispetto alla prima valutazione.

Assegnazione

In ogni centro abbiamo assegnato i partecipanti a un gruppo di intervento o di controllo (lista d'attesa) utilizzando una versione adattata del modello "block design" (Altman DG, 1982). Ogni blocco consisteva di un periodo di tre mesi consecutivi, nel corso del quale tutti i soggetti idonei venivano assegnati a un braccio dello studio. Tale disegno è stato scelto nell'intento di reperire almeno sei casi per gruppo di formazione dei genitori, partendo dal presupposto di

poter disporre di una base di 5-15 casi per ogni blocco. Abbiamo proceduto all'assegnazione in funzione della data di ricevimento della lettera con cui il soggetto veniva indirizzato al centro. Ai partecipanti assegnati al braccio di controllo è stata offerta la possibilità di seguire un trattamento alla conclusione dello studio.

Il previsto rapporto generale blocchi di intervento/controllo era 2:1. Ogni centro doveva avere almeno due blocchi di intervento all'anno, in modo tale da garantire la presenza di un numero sufficiente di casi per formare un gruppo anche dopo eventuali defezioni. I gruppi di intervento, inoltre, dovevano essere intervallati di oltre tre mesi in modo tale da garantire la presenza di un numero sufficiente di casi per formare un gruppo entro sei mesi dalla valutazione di un bambino. Di conseguenza, avvalendoci della consulenza di uno statistico, per ogni centro abbiamo definito anticipatamente la sequenza annua secondo un metodo non randomizzato. Abbiamo ottenuto così 52 blocchi: 35 di intervento e 17 di controllo (rapporto 2,06:1). La sequenza è stata conservata in un armadietto chiuso.

“Procedura alla cieca” (Masking)

In occasione della valutazione iniziale i genitori sono stati tenuti all'oscuro del braccio a cui erano stati assegnati; le interviste sono state condotte da ricercatori che non conoscevano la durata o la sequenza dei blocchi. Le valutazioni di follow-up sono state eseguite da un ricercatore diverso in modo tale da evitare che il genitore fornisse risposte socialmente desiderabili, ma in questa fase è stato spesso impossibile procedere alla cieca dato che i genitori parlavano del trattamento.

Risultati

Partecipanti – La figura mostra il flusso e il follow-up dei partecipanti. Nessun genitore dei bambini in lista d'attesa ha seguito il programma di formazione e nessun genitore dei bambini assegnati al gruppo di formazione è stato reinserito in lista d'attesa. Non sono stati prescritti psicofarmaci a nessun bambino. La tabella 1 illustra le caratteristiche dei bambini indirizzati ai vari centri. Rispetto alla norma della popolazione, i valori medi erano superiori al 97° centile per i problemi comportamentali, al di sopra del 90° centile per l'iperattività e al di sopra del 78° centile per i problemi emotivi. Non si sono riscontrate differenze significative tra i gruppi. La tabella 2 illustra più nel dettaglio le caratteristiche delle famiglie, la maggior parte delle quali viveva in condizioni di povertà e disagio. Non si sono registrate differenze significative tra i gruppi.

Partecipazione al programma e costi – La partecipazione media al programma è stata pari a 9,1 sedute (DS 4,2). Tredici (18%) delle 73 famiglie hanno partecipato a non più di quattro sedute; tali casi sono stati considerati alla stregua di defezioni. 60 famiglie (82%) hanno partecipato ad almeno cinque sedute e la loro compliance è stata ritenuta accettabile. Il programma è costato 571 sterline per bambino, contro le 563 delle tradizionali terapie individuali di sei sedute, calcolate secondo i metodi economici standard (Scott S, et al, 2001).

Comportamento dei bambini - La tabella 3 presenta l'esito degli indici di outcome emersi dalle interviste semistrutturate. Per quanto concerne il comportamento antisociale, i bambini di controllo non hanno mostrato alcun cambiamento mentre nei bambini sottoposti a intervento si è osservato un considerevole miglioramento. Una situazione simile si registra anche in tutti gli altri indici di outcome. I problemi riscontrati dai genitori nei propri figli comprendevano percosse, fughe e risse con i coetanei. L'analisi intention-to-treat ha ridotto l'entità dell'effetto del 16% sull'indice di outcome primario (comportamento antisociale) e da -6% a 36% (media 22%) sugli indici secondarie. I sintomi di iperattività si sono attenuati in misura significativa, come pure i problemi emotivi e comportamenti in genere.

Significato clinico - Il punteggio medio iniziale relativo ai problemi comportamentali rilevato nelle interviste era superiore al 97° centile sulla media della popolazione, e quindi entro

l'intervallo clinico. Dopo l'intervento è sceso fino al di sotto dell'82° centile, rientrando nei limiti di norma. Tuttavia il 21% dei bambini nel gruppo di intervento non ha presentato miglioramenti corrispondenti almeno a 0,3 DS e un terzo rispondeva ancora ai criteri definiti dalla ricerca per il disturbo provocatorio opposizionale.

Comportamento dei genitori – Il rapporto apprezzamenti/ordini mal impartiti è aumentato di tre volte nel gruppo di intervento ma è diminuito di un terzo nel gruppo di controllo (tabella 3).

Discussione

I bambini invitati a partecipare allo studio inizialmente si comportavano in maniera molto aggressiva e antisociale; molti erano inoltre iperattivi e presentavano problemi emotivi. La maggior parte di loro viveva in condizioni disagiate ed era ad alto rischio di delinquenza minorile ed emarginazione sociale. I figli dei genitori che hanno seguito il corso di formazione hanno visto diminuire in modo significativo il proprio comportamento antisociale, mentre i soggetti di controllo non hanno presentato miglioramenti. Dopo l'intervento formativo, i genitori esprimevano maggiori apprezzamenti nei confronti dei propri figli nell'intento di incoraggiare il comportamento desiderabile e impartivano ordini più efficaci per ottenerne il rispetto. La partecipazione ai gruppi di formazione è stata buona, nonostante le note difficoltà di impegno da parte di questo tipo di soggetti.

Considerazioni metodologiche

Il disegno a blocchi sequenziali potrebbe inficiare il processo di assegnazione. I medici curanti che hanno indirizzato i bambini al centro, lo staff clinico e i genitori potrebbero aver tentato tutti di influenzare l'assegnazione. Tuttavia i medici, nel momento in cui hanno invitato i pazienti a rivolgersi ai centri specializzati, non sapevano che vi fosse in corso una sperimentazione e non conoscevano la durata né la sequenza dei blocchi. Neppure il personale clinico e i genitori erano a conoscenza della durata o della sequenza dei blocchi e i genitori sono stati informati dell'assegnazione solo dopo la prima valutazione (Farrington DP, 1995). Il nostro studio prevedeva svariati stratagemmi tesi a evitare che l'assegnazione potesse essere in qualche modo compromessa e non vi sono prove dell'esistenza di differenze tra i gruppi. È stata dimostrata l'esistenza di effetti da tre diverse prospettive di misurazione: percezione dei genitori, criteri definiti dai ricercatori e osservazione diretta. Non sono state eseguite valutazioni del comportamento dei bambini a scuola dato che non era previsto alcun intervento in questo contesto. Gli studi in programma per il futuro comprendono un follow-up finalizzato a verificare la continuità dei miglioramenti riscontrati e favorire un confronto con la terapia clinica di routine.

Implicazioni per i servizi

L'intervento oggetto del presente studio costituisce un efficace trattamento basato sull'evidenza del comportamento antisociale dei bambini in condizioni di vita reale. Funziona bene con famiglie disagiate e non costa più di una terapia convenzionale. Le sedute di gruppo potrebbero svolgersi sul territorio piuttosto che in una struttura di igiene mentale, in modo tale da attenuare lo stigma sociale e favorire l'accessibilità (Scott S, in press). Tuttavia i gruppi di formazione dei genitori non dovrebbero essere considerati automaticamente come l'unica modalità di intervento per il comportamento antisociale. È necessario esaminare accuratamente i bambini, dato che per una parte di loro (un terzo, nel presente studio) sono state formulate al contempo diagnosi psichiatriche (sindrome ipercinetica, disturbi da stress post-traumatico, encopresi) che richiedono ulteriori trattamenti. I soggetti con queste diagnosi sono stati esclusi dalla sperimentazione solo perché il sovrapporsi di un altro trattamento non avrebbe consentito di stabilire quale intervento stesse modificando il comportamento sociale. Riteniamo che nella

maggior parte dei casi la formazione dei genitori rappresenta un trattamento efficace e facilmente associabile ad altre terapie.

Probabilmente i risultati conseguiti sono da attribuire al programma scelto e alla sua attuazione. Il programma in oggetto si fonda sull'associazione di principi comportamentali e di un supporto empatico da parte del personale, oltre che di altri fattori che in letteratura si sono rivelati in grado di incrementare l'efficacia (Webster-Stratton C, 1998). Il programma è stato portato avanti da una squadra composta da persone sensibili e dedite al proprio lavoro, che hanno seguito un'opportuna formazione e sono state oggetto di regolare supervisione in modo tale da garantire la fedele attuazione del trattamento (Henggeler SW et al, 1997). Questo tipo di programmi di formazione genitoriale sono solo agli inizi nel Regno Unito, ma sembrano già promettenti in quanto in grado di ridurre, con un buon rapporto qualità/prezzo, l'onere personale ed economico del comportamento antisociale nei bambini e a prevenire la criminalità e l'emarginazione sociale.

Ringraziamo tutti coloro che hanno partecipato allo studio, genitori, staff clinico e staff di intervento, per il loro aiuto: Jenny Price per la raccolta dei dati; i Dr. Byrne, Dare, Fitzpatrick, Nikapota, Subotsky, Warren e Weeramanthri per aver organizzato l'accesso alle famiglie: il Prof. Graham Dunn per la consulenza sul modello e le statistiche e la Prof.ssa Webster-Stratton per la consulenza e l'incoraggiamento in merito all'intervento.

Autori. SS è stato il promotore dell'iniziativa nonché il principale ricercatore, responsabile del modello e dell'esecuzione dello studio; ha coordinato il lavoro dei medici, ha gestito la struttura di St. George's, ha formato i ricercatori all'utilizzo delle misurazioni, ha sviluppato lo schema di codifica per l'osservazione, ha partecipato all'interpretazione dei dati e ha redatto il presente contributo. QS ha condotto l'analisi statistica, gestito la struttura di Chichester, partecipato alla raccolta dei dati e contribuito con idee chiave. MD ha gestito e partecipato alla raccolta dei dati, ha gestito le strutture della zona sud di Londra e apportato spunti interessanti. BJ ha partecipato alla pianificazione e alla gestione del progetto, contribuendo inoltre alle strategie di valutazione e intervento. Ha sviluppato lo schema di codifica, valutato le registrazioni video e partecipato alla raccolta dei dati. SS e QS hanno svolto il ruolo di garanti.

Finanziamento: NHS Research and Development Executive; Sussex Weald and Downs NHS Trust. SS ha ricevuto una borsa di studio per la formazione alla ricerca Wellcome nel corso del primo anno.

Conflitti di interesse: nessuno dichiarato.

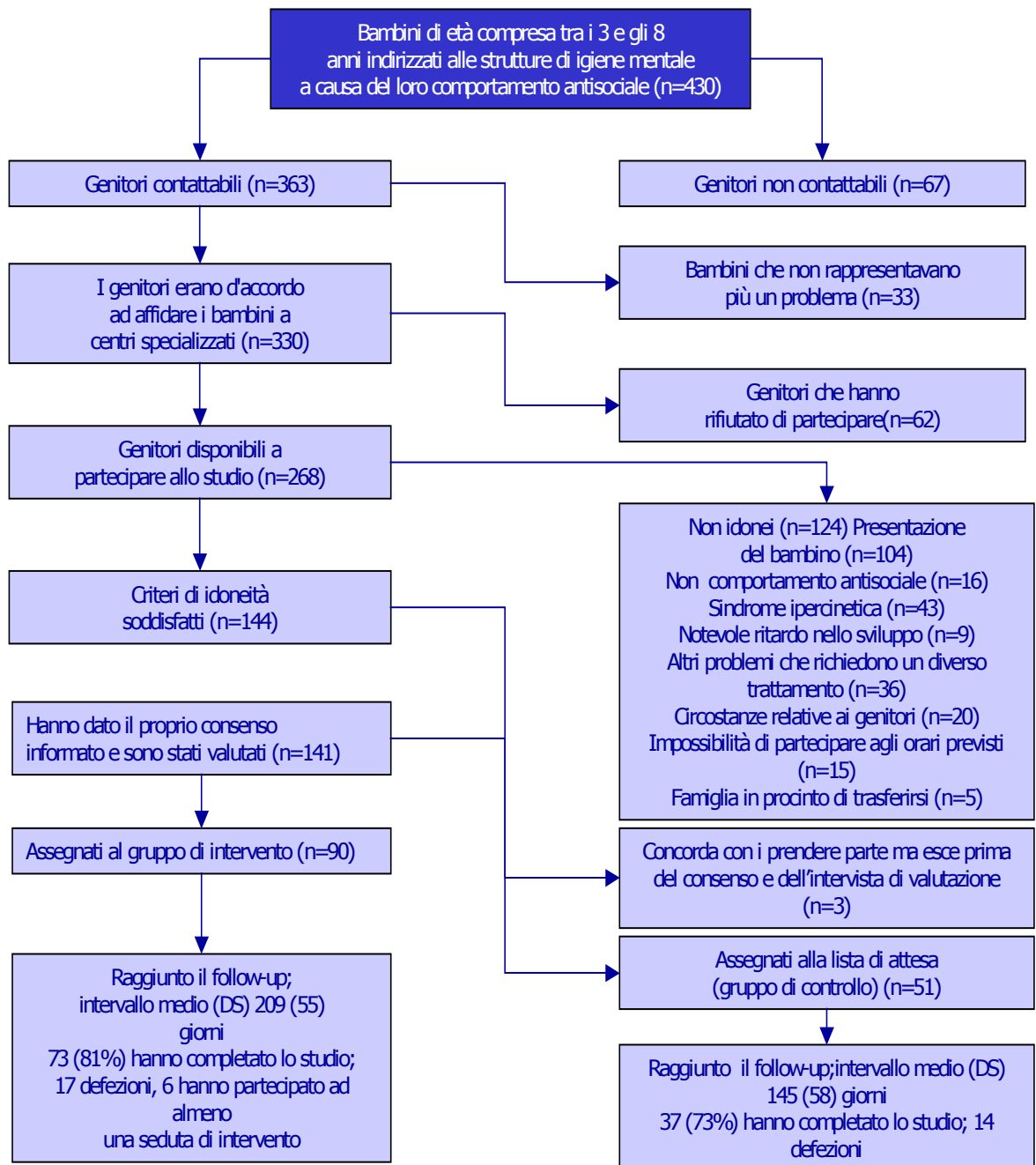
Tab. 1

| CONOSCENZE ACQUISITE IN MATERIA | |
|--|--|
| - | I bambini che mostrano uno spiccato e persistente comportamento antisociale sono ad alto rischio di emarginazione sociale, delinquenza minorile e disoccupazione cronica: il costo per la società è elevato. |
| - | Sebbene alcuni programmi di formazione di tipo comportamentale destinati ai genitori si siano rivelati efficaci in un contesto universitario con volontari o casi appositamente selezionati, la maggior parte degli studi di intervento psicologico in condizioni di via reale non hanno dato alcun risultato. |
| ULTERIORI CONOSCENZE APPORTATE DAL PRESENTE STUDIO | |
| - | È possibile attuare nella normale pratica clinica un intervento basato sull'evidenza in grado di ridurre in misura significativa il comportamento antisociale nei bambini. |
| - | L'intervento funziona bene con bambini a rischio di criminalità a seguito della presenza concomitante di un comportamento antisociale spiccato, psicopatologia multipla e disagio sociale. |

Tab. 2

| PROGRAMMA DI INTERVENTO | |
|---|--|
| Contenuti | |
| - | Sequenza strutturata di argomenti, introdotti con l'ausilio di filmati di genitori con i propri figli |
| - | Gli argomenti trattati comprendono: gioco, apprezzamenti, incentivi, definizione di limiti e disciplina |
| - | L'accento viene posto sulla promozione di un comportamento socievole e basato sull'auto-stima da parte del bambino e di un atteggiamento calmo da parte dei genitori |
| - | Viene fatto costante riferimento alle esperienze personali e alle difficoltà dei genitori |
| - | Base teorica suffragata da ampie ricerche empiriche e formulata in maniera esplicita |
| - | Disponibilità di un manuale dettagliato per garantire la fedele attuazione del trattamento e consentirne la riproducibilità |
| ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA | |
| - | Approccio collaborativo che tiene conto dei sentimenti e delle convinzioni dei genitori |
| - | Difficoltà ridimensionate, umorismo e divertimento incoraggiati |
| - | I genitori sono aiutati a sperimentare nuovi approcci nel corso delle sedute e a casa; |
| - | Feed-back in forma scritta da parte dei genitori dopo ogni seduta |
| - | Forniti vari servizi: asilo nido, cibo e bevande di buona qualità e trasporti |
| I formatori sono oggetto di supervisione settimanale in modo tale da garantire la fedele esecuzione del trattamento e da sviluppare competenze, con l'ausilio della registrazione video dell'ultima sessione per prendere dimestichezza con l'approccio terapeutico | |

Fig. 1: Flusso e follow-up dei partecipanti



Tab. 3: Caratteristiche dei bambini con comportamento antisociale

| | GRUPPO DI INTERVENTO (N=73) | GRUPPO DI CONTROLLO (N=37) | PERSO AL FOLLOW-UP (N=31) | NON PARTECIPA ALLO STUDIO (N=589) ** |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Num. (%) di maschi | 52 (71) | 27 (73) | 25 (81) | 216 (75) |
| Età media (SD) (anni) | 5,45 (1,57) | 5,97 (1,72) | 5,81 (1,37) | 5,67 (1,54) |
| Punteggi medi intervista (SD): | | | | |
| Problemi della condotta | 1,59 (0,45) | 1,53 (0,42) | 1,60 (0,42) | - |
| Iperattività | 1,23 (0,70) | 1,13 (0,65) | 1,07 (0,60) | - |
| Problemi emotivi | 0,76 (0,60) | 0,69 (0,37) | 0,72 (0,49) | - |

* I gruppi non presentavano significative differenze per nessuna delle caratteristiche, con il test χ^2 per sesso e l'analisi della variazione delle altre variabili.

** Tra i 430 potenziali soggetti, non è stato possibile contattare 67 famiglie; 33 hanno affermato di non avere più problemi, 62 hanno rifiutato di partecipare; 124 non soddisfacevano i criteri di partecipazione e 3 hanno abbandonato prima del consenso o della valutazione

Tab. 4: Caratteristiche delle famiglie oggetto dello studio con bambini con comportamento antisociale (numero (percentuale))* e di tutte le famiglie del Regno Unito

| | GRUPPO DI INTERVENTO (N=73) | GRUPPO DI CONTROLLO (N=37) | NO FOLLOW-UP (N=31) | VALORI MEDI PER IL REGNO UNITO (%)** |
|--|-----------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Nucleo monofamiliare | 30/67 (45) | 14/36 (39) | 12/27 (44) | 7 |
| Genitore appartenente a una minoranza etnica | 13/64 (20) | 4/31 (13) | 5/23 (22) | 9 |
| La madre ha lasciato la scuola a 16 anni | 34/67 (51) | 20/35 (57) | 21/27 (61) | 13 |
| Casa popolare | 34/73 (47) | 19/35 (54) | 11/27 (41) | 17 |
| Non possiede un'automobile | 30/73 (41) | 16/36 (44) | 11/28 (39) | 28 |

| | | | | |
|---|------------|------------|------------|----|
| Il bambino può accedere ai buoni pasto gratuiti per la mensa scolastica | 34/69 (49) | 17/34 (50) | 15/28 (54) | 18 |
| Reddito totale settimanale della famiglia pari o inferiore a 175 sterline | 14/63 (22) | 10/30 (28) | 6/26 (23) | 5 |

I denominatori variano a causa dei dati mancanti

* I gruppi non presentavano significative differenze in nessuna caratteristica con il test χ^2

** Dati tratti da *Social Trends* London, Office of National Statistics, 2000

Tab. 5

| MISURE | MEAN (CONTROL) | | | SCORE (INTERVENTION) | | | DIFFERENZA NEL CAMBIAMENTO TRA I GRUPPI* | | INTENTION TO TREAT (CONTROL N=51; INTERVENTION N=90) | |
|---|----------------|-------|------|----------------------|-------|------|--|--|--|------------------------------------|
| | NO. | PRIMA | DOPO | NO. | Prima | Dopo | DIFFEREN CE (95% CL) | EFFECT SIZE (95% CL); P VALUE | DIFFERENCE (95% CL) | EFFECT SIZE (95%CL); P VALUE |
| | | | | | | | | | | |
| Risultati relativi al comportamento dei bambini | | | | | | | | | | |

SINTOMI DEI BAMBINI RIPORTATI DAL GENITORE:

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|------|------|----|------|------|---------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| Problemi comportamentali | 37 | 1,53 | 1,57 | 73 | 1,59 | 1,16 | 0,49 (0,33 to 0,65) | 1,06 (0,7 to 1,41); <0,001 | 0,40 (0,26 to 0,53) | 0,89 (0,58 to 1,18); <0,001 |
| Iperattività | 37 | 1,13 | 1,16 | 73 | 1,23 | 0,99 | 0,29 (0,08 to 0,49) | 0,43 (0,12 to 0,72); 0,008 | 0,21 (0,4 to 0,38) | 0,31 (0,06 to 0,56); 0,017 |

QUESTIONARIO S&D:

| | | | | | | | | | | |
|--------------------------|----|------|------|----|------|------|---------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|
| Problemi comportamentali | 26 | 5,34 | 5,85 | 63 | 4,94 | 4,46 | 1,48 (0,70 to 2,26) | 0,73 (0,35 to 1,11); <0,001 | 1,05 (0,42 to 1,67) | 0,51 (0,20 to 0,81); 0,002 |
| Devianza tot. | 26 | 20,1 | 19,7 | 63 | 19,5 | 16,9 | 2,75 (0,51 to 4,98) | 0,48 (0,09 to 0,87); 0,018 | 2,12 (0,33 to 3,91) | 0,37 (0,06 to 0,68); 0,022 |

CHECKLIST COMPORTAMENTO BAMBINI:

| | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|----|------|------|----|------|------|---------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|
| Esternalizzazione problemi | 21 | 30,3 | 29,1 | 37 | 27,6 | 20,4 | 8,09 (3,4 to 12,7) | 0,86 (0,23 to 1,35); 0,001 | 5,23 (1,7 to 8,8) | 0,55 (0,18 to 0,93); 0,005 |
| Problemi tot. | 21 | 69,7 | 66,0 | 37 | 61,9 | 47,0 | 14,9 (4,1 to 25,8) | 0,65 (0,18 to 1,13); 0,010 | 9,98 (3,4 to 18,01) | 0,44 (0,15 to 0,79); 0,002 |
| Problemi definiti dai genitori** | 33 | 8,24 | 7,17 | 50 | 7,86 | 5,35 | 1,71 (0,66 to 2,75) | 1,11 (0,43 to 1,79); <0,001 | 1,41 (0,53 to 2,29) | 0,92 (0,36 to 1,49); 0,002 |
| Relazione con i genitori | 23 | 13,9 | 13,6 | 52 | 11,9 | 9,5 | 3,74 (1,61 to 5,86) | 0,71 (0,31 to 1,11); 0,001 | 3,94 (2,18 to 5,71) | 0,75 (0,41 to 1,09); 0,001 |

| | | | | | | | | | | |
|---|----|----|----|----|----|----|---------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| giornaliera genitori (totale problemi/giorno) | | | | | | | to 5.86) | to 1.11); 0.001 | 5.71) | 1.03); <0.001 |
| Disturbo opposizionale (ICD-10) | 36 | 33 | 32 | 69 | 55 | 34 | 0.33 (0.17 to 0.50) | P=0.02 | 0.22 (0.09 to 0.35) | P=0.002 |

| COMPORTAMENTO GENITORI | | | | | | | | | | |
|---|-------|------|------|-------|------|------|---------------------|----------------------------|--|--|
| Comportamento osservato: ordini inappropriati | 20*** | 1,40 | 0,91 | 20*** | 0,76 | 2,22 | 1.33 (0.28 to 2.38) | 0.76 (0.16 to 1.36); 0.018 | | |

* Differenza nella variazione tra le condizioni di intervento (programma di formazione destinato ai genitori) e di controllo (lista di attesa), misurata dalla riduzione nel valore finale, rettificata con l'analisi della co-variazione per valore iniziale, età e sesso

** Scala visiva analogica 10 cm, media dei tre problemi

*** Selezione casuale per codifica intensiva videocassette

BIBLIOGRAFIA PRIMA PARTE

1. Scott S, Aggressive behaviour in childhood. BMJ 1998; 316: 202-6
2. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. The mental health of children and adolescents in Great Britain. London: Office of National Statistics, 2000.
3. Rutter M, Hagell A, Giller H. Antisocial behaviour by young people. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
4. Farrington DP, The development of offending and antisocial behaviour from childhood: key findings from the Cambridge study in delinquent development. J Child Psychol Psychiatry 1995;36:929-64.
5. Scott S, Knapp M, Henderson J, Maughan B. Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. BMJ 2001;323:191-4.
6. Audit Commission. Children in mind. London: Audit Commission, 1999.
7. World Health Organization The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders—diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
8. Silberg J, Meyer J, Pickles A, Simonoff E, Eaves L, Hewitt J, et al. Heterogeneity among juvenile antisocial behaviours: findings from the Virginia twin study of adolescent behaviour. In: Bock G, ed. Genetics of criminal and antisocial behaviour. London: Wiley, 1996.
9. Moffitt T. Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: a developmental taxonomy. Psychol Rev 1993;100:674-701
10. Patterson GR. Coercive family process. Eugene, OR: Castalia, 1982.
11. Kazdin AE. Parent management training: evidence, outcomes, and issues. J Am Acad Child Adol Psychiatry 1997;36:10-8.
12. Weisz J, Weiss B, Donenberg GR. The lab versus the clinic: effects of child and adolescent psychotherapy. Am Psychol 1992;47:1578-85
13. Andrade AR, Lambert WL, Bickman L., Dose effect in child psychotherapy: outcomes associated with negligible treatment. J Am Acad Child Adol Psychiatry 2000;39:161-8
14. Webster-Stratton C, Hancock L. Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. In: Briesmeister JM, Schaefer CE, eds. Handbook of parent training. 2nd ed. New York: Wiley, 1998.
15. Webster-Stratton C, Hollinsworth T, Kolpacoff M. The long-term effectiveness and clinical significance of three cost-effective training programs for families with conduct-problem children. J Consult Clin Psychol 1989;57:550-3.
16. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M. Hyperactivity and conduct problems as risk factors for

- adolescent development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1213-26.
17. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:581-6.
 18. Achenbach T M. Manual for the child behavior checklist 4-18. Burlington, VT: University Associates in Psychiatry, 1991.
 19. Chamberlain P, Reid JB. Parent observation and report of child symptoms. *Behavioral Assessment* 1987;9:97-109.
 20. Conduct Problems Prevention Research Group. Initial impact of the fast track prevention trial for conduct problems: 1. The high risk sample. *J Consult Clin Psychol* 1999;67:631-47.
 21. Aspland H. The assessment of parent-child interactions in children with conduct problems: an evaluation of structured direct observation. London: Institute of Psychiatry, University of London, 2001 (MPhil thesis).
 22. Altman DG. Practical statistics for medical research London: Chapman and Hall, 1982.
 23. Scott S. Parenting programmes. In: Rutter M, Taylor E, eds. *Child and adolescent psychiatry*. 4th ed. Oxford: Blackwell Science (in press).
 24. Webster-Stratton C. Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *J Consult Clin Psychol* 1998;66:715-30.
 25. Henggeler SW, Melton GB, Brondino MJ, Schere DG, Hanley JH. Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:821-33.

COMMENTO: AFFRONTARE I PROBLEMI COMPORTAMENTALI SIN DALL'INFANZIA

Carolyn Webster-Stratton

Parenting Research Clinic, School Of Nursing, University of Washington, Seattle

Lo studio di Scott et al conferma una volta di più che un tempestivo trattamento rivolto ai genitori può prevenire il successivo insorgere di un comportamento antisociale nei figli. Si tratta inoltre di uno dei rari studi di valutazione di un intervento basato sull'evidenza in materia di salute mentale per i problemi comportamentali in un contesto "reale".

In età infantile è possibile individuare vari fattori di rischio per la successiva comparsa di fenomeni di tossicodipendenza, violenza e delinquenza. I bambini più a rischio sono quelli che mostrano sin dall'infanzia gravi problemi comportamentali, tra cui comportamenti provocatori, aggressivi e antisociali (Patterson GR, DeGarmo DS, Knutson N, 2000). I bambini che presentano disturbi della condotta in età infantile tendono a sviluppare comportamenti violenti gravi e cronici con una probabilità di tre volte superiore rispetto ai soggetti che mostrano segni di comportamento antisociale ad un'età maggiore (Loeber R, Farrington DP, 2000). Il rischio di assumere comportamenti antisociali è potenziato dalla presenza di genitori che adottano un atteggiamento severo e incoerente, con una scarsa vigilanza sui propri figli e una scarsa attenzione alla loro vita scolastica (Patterson G, Reid J, Dishion T, 1992). Se questi iniziali fattori di rischio non vengono prevenuti o eliminati, i bambini potrebbero acquisire a cascata una serie di fattori di rischio secondari, quali insuccesso scolastico, emarginazione sociale, abbandono della scuola, ingresso in gruppi devianti di coetanei, che, a loro volta, aumentano il rischio di futuri comportamenti violenti (Hawkins JD, et al, 1999).

È quindi importante affrontare i fattori di rischio sin dagli esordi. Eron et al (1991) hanno concluso che senza una precoce terapia familiare il comportamento aggressivo dei bambini si "cristallizza" all'età di 8 anni, con la conseguenza che i futuri problemi di apprendimento e del comportamento rispondono in misura minore alla terapia e tendono a cronicizzarsi (Eron et al (1991)). Recenti proiezioni dimostrano peraltro che meno del 10% dei bambini piccoli che necessitano di terapia per problemi comportamentali vi viene effettivamente sottoposto (Kazdin AE. 1995) e che una percentuale ancora inferiore può contare su trattamenti validati empiricamente. Sono disponibili molti programmi per la cura dei disturbi comportamentali e la prevenzione della violenza, ma pochi sono stati validati nell'ambito di studi ben strutturati e condotti in contesti e su popolazioni diversificati. Questa mancanza di prove è segno di scarsa lungimiranza e potrebbe intaccare gravemente la fiducia del pubblico nelle attività di prevenzione della criminalità.

Il lavoro di Scott et al rappresenta il secondo studio clinico controllato randomizzato condotto da un'équipe indipendente che conferma l'efficacia di un particolare approccio alla formazione dei genitori di bambini piccoli a cui è stato diagnosticato un Disturbo Oppositivo Provocatorio e un disturbo della condotta (Taylor TK, et al, 1998). È stata dimostrata la riduzione di due principali fattori di rischio per lo sviluppo futuro di un comportamento antisociale: aggressività nei bambini di età inferiore agli 8 anni e atteggiamento critico e severo da parte dei genitori.

Tale studio contribuisce a colmare il divario tra scienza e pratica nelle terapie psicosociali e nella cura delle malattie mentali. Lo studio è inoltre uno dei pochi che valuta un intervento basato sull'evidenza per problemi comportamentali in una struttura di igiene mentale effettivamente operativa (Chambless DL, Hollon SD, 1998). I risultati offrono valide informazioni in merito alla riproducibilità del programma e alla sua efficacia in un contesto con soggetti di diversa estrazione culturale e socio-economica.

I risultati documentano la motivazione e la possibilità di un gruppo di madri svantaggiate dal punto di vista socio-economico di trarre vantaggio da un programma di formazione genitoriale di durata relativamente breve. L'80% delle famiglie ha partecipato ad almeno metà delle sessioni di gruppo traendone grande soddisfazione. Non si tratta certo di un risultato irrisorio per famiglie con bambini piccoli alle prese con problemi di sostentamento e di alloggio. Il successo ottenuto in questo studio con famiglie spesso ingiustamente definite disfunzionali o non motivate contraddice l'appropriatezza di tali definizioni. Sebbene l'Incredible Years Parenting Programme sia un programma terapeutico codificato, con manuali dettagliati e protocolli di esecuzione delle sedute, in ultima analisi il suo successo dipende dalla presenza di terapisti esperti che lo modifichino in funzione delle diverse esigenze delle famiglie.

Un altro interessante risultato è rappresentato dalla significativa riduzione dei sintomi di iperattività. Abbiamo notato di recente che i bambini con disturbi della condotta che mostrano altresì sintomi di iperattività e disattenzione rispondono ai programmi di formazione destinati ai genitori esattamente come i soggetti che non presentano sintomi di iperattività (RR Hartmann et al, non pubblicato). Questi due studi nel loro insieme stanno ad indicare che i bambini che presentano comorbidità (disturbo provocatorio opposizionale e comportamentale + sintomi di iperattività e disattenzione) traggono vantaggio dalla formazione destinata ai genitori.

I programmi di formazione genitoriali possono anche offrire un miglior rapporto costi/benefici, avere un impatto più profondo e creare meno disagio per i partecipanti se venissero attuati in via preventiva prima che i bambini si ritrovino in una situazione di emarginazione e prima che venga diagnosticato un caso di disturbo opposizionale o comportamentale. Ciò potrebbe essere possibile mettendo i programmi a disposizione dei genitori di bambini piccoli negli asili e nelle scuole elementari o di adolescenti nelle scuole superiori. La valutazione dell'impatto di un programma teso a tutelare tutte le famiglie da futuri problemi comportamentali attraverso interventi completi di formazione per i genitori e di interventi per un corretto sviluppo socio-emotivo dei loro figli sono obiettivi chiave per la futura generazione di ricercatori. Si sente inoltre il bisogno di studi atti a definire il rapporto esistente tra la riduzione di fattori di rischio ben definiti che interessano genitori e figli in tenera età, da una parte, e la riduzione di fenomeni di violenza, criminalità e tossicodipendenza in età più avanzata, dall'altra.

CWS è l'ideatrice dell'Incredible Years Parenting Programme, utilizzato da Scott et al nel loro studio, e divulga il proprio programma tra i terapisti. Ha quindi interesse in un resoconto positivo.

BIBLIOGRAFIA SECONDA PARTE

1. Patterson GR, DeGarmo DS, Knutson N. Hyperactive and antisocial behaviors: comorbid or two points in the same process? *Dev Psychopathol* 2000;12:91-106.
2. Loeber R, Farrington DP. Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Dev Psychopathol* 2000;12:737-62.

3. Patterson G, Reid J, Dishion T. *Antisocial boys: a social interactional approach*. Eugene, OR: Castalia Publishing; 1992.
4. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Ped Adolesc Med* 1999;153:226-34.
5. Eron LD, Huesmann LR, Zelli A. The role of parental variables in the learning of aggression. In: Pepler DJ, Rubin KH, editors. *The development and treatment of childhood aggression*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1991:169-88.
6. Kazdin AE. *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1995.
7. Taylor TK, Schmidt F, Pepler D, Hodgins H. A comparison of eclectic treatment with Webster-Stratton's Parents and Children Series in a Children's Mental Health Center: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy* 1998;29:221-40.
8. Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *J Consulting Clin Psychol* 1998;66:7-18.

