

TITOLO: A mental health intervention for children exposure to violence

Riassunto a cura di: Lara Aloisi

AUTORI

B.D. Stein, L.H. Jaycox, S. H. Kataoka, M. Wong, W. Tu, M. N. Elliott, A. Frink

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

American Medical Association, Vol. 290, n° 5, 2003; pp. 603-611

RIASSUNTO

CONTESTO: La violenza è uno dei più importanti problemi di salute pubblica negli Stati Uniti: per molti bambini, soprattutto appartenenti a popolazioni urbane, povere e minoritarie, sperimentare direttamente o essere testimoni di eventi violenti è la norma. Numerosi studi hanno dimostrato che la maggioranza di questi bambini presenta sintomi di disturbo post-traumatico da stress (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD), depressione, problemi comportamentali e difficoltà scolastiche, quali scarse prestazioni accademiche, assenze scolastiche, difficoltà di lettura e decremento del livello di QI. Finora, nessuno studio controllato randomizzato è stato condotto per valutare l'efficacia di interventi psicologici indirizzati a bambini con sintomatologia PTSD, risultante dall'essere stati testimoni diretti o dall'essere stati personalmente esposti a forme di violenza.

OBBIETTIVO, DISEGNO DI RICERCA, SETTING & PARTECIPANTI: Lo studio presentato nell'articolo è stato condotto per valutare l'efficacia di un intervento terapeutico cognitivo-comportamentale di gruppo (Cognitive-Behavioral Therapy, CBT) nel ridurre di sintomi di PTSD e depressione e nel migliorare il funzionamento psico-sociale e il comportamento scolastico in studenti esposti a violenze. Condotta durante l'anno accademico 2001-2002, questo intervento scolastico di salute mentale è stato indirizzato a 126 studenti frequentanti la prima classe di scuole medie urbane della zona est di Los Angeles, un'area svantaggiata a livello socio-economico e a maggioranza latino-americana. Gli studenti che hanno costituito il campione sono tutti ragazzi che sono stati esposti a violenza e che presentano livelli clinici di sintomatologia PTSD. Questo campione di studenti è stato selezionato da una popolazione iniziale di 769 studenti, a cui è stata somministrata una versione modificata della Life Events Scale con l'obiettivo di verificare quanto frequentemente i soggetti avessero sperimentato direttamente o fossero stati testimoni di diverse forme di violenze, quali schiaffi, percosse, pugni, lesioni, accoltellamenti e spari. I 126 studenti sono stati scelti per lo studio in base ai seguenti criteri: a) sono stati esposti a forme significative di violenza implicanti l'uso di pistole, coltelli, presentano una somma alla Life Events Scale superiore a 6 o sono stati esposti a 3 o più eventi violenti; b) presentano punteggi clinici di PTSD; c) si sono rivelati disponibili a discutere in gruppo dei loro sintomi; d) sono stati ritenuti idonei dai ricercatori, per le loro caratteristiche, a partecipare ad una terapia di gruppo.

61 studenti sono stati assegnati casualmente a 10 sessioni settimanali di terapia di gruppo cognitivo-comportamentale standardizzata, nota con il nome di Intervento Cognitivo-Comportamentale per i Traumi nelle Scuole (Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools, CBITS): questi soggetti hanno costituito il gruppo di intervento precoce. 65 restanti studenti hanno costituito il gruppo di controllo e hanno potuto usufruire dell'intervento secondo una modalità ritardata, a distanza di 6 mesi dalla fine dell'intervento con il primo gruppo. L'intervento è stato realizzato per entrambi i gruppi da clinici ed operatori di salute mentale operanti in contesti scolastici ed appositamente formati all'interno del LAUSD (Los Angeles Unified School District). La CBITS è un intervento che incorpora le principali abilità presenti nelle terapie cognitivo-comportamentali e le trasmette agli studenti in un contesto grupppale (5-8 studenti per gruppo). La CBITS fornisce importanti informazioni sulle principali reazioni ai traumi e insegna tecniche simili a quelle usate nei gruppi CTB con individui che presentano sintomi da PTSD, tramite presentazioni di tipo

didattico, esempi e giochi adeguati all'età, lavori individuali su fogli di carta durante gli incontri e compiti a casa tra le sessioni di terapia.

Precedentemente all'avvio dell'intervento, a 3 e a 6 mesi dall'implementazione del programma terapeutico, gli studenti sono stati valutati con strumenti in grado di misurare i sintomi di PTSD (Child PTSD Symptom Scale, CPSS) e il livello di depressione (Child Depression Inventory, CDI). Anche i genitori e gli insegnanti hanno partecipato allo studio: è stato valutato il livello di disfunzione psico-sociale degli studenti riportato dai genitori (Pediatric Symptom Checklist, PSC) e i problemi all'interno dell'aula scolastica riferiti dagli insegnanti, quali acting out, timidezza, ansia e difficoltà di apprendimento (Teacher-Child Rating Scale, TCRS).

1° Sessione

Introduzione: presentazione dei membri del gruppo, riservatezza e procedure di gruppo

Spiegazione del trattamento CBITS tramite storie

Discussione dei motivi alla base della partecipazione: quale genere di stress/trauma?

2° Sessione

Reazioni comuni al trauma e allo stress

Training di rilassamento per combattere l'ansia

3° Sessione

Pensieri e sentimenti

Termometro della paura

Legame tra pensieri e sentimenti

Combattere i pensieri negativi

4° Sessione

Combattere i pensieri negativi

5° Sessione

Evitamento e coping

Costruzione della gerarchia delle paure

Strategie di coping alternative

6° Sessione

Esposizione al ricordo stressante o traumatico tramite immaginazione/disegno/scrittura

7° Sessione

Esposizione al ricordo stressante o traumatico tramite immaginazione/disegno/scrittura

8° Sessione

Introduzione al problem solving sociale

9° Sessione

Pratica con il problem solving sociale e la sedia calda ("hot seat")

10° Sessione

Prevenzione delle ricadute e cerimonia di laurea

* Sessione individuale tra la 2° e la 6° seduta: esposizione, tramite immaginazione, all'evento traumatico

RISULTATI: Il campione presenta sostanziali livelli di esposizione alla violenza e sintomi moderati o gravi di PTSD: il gruppo di intervento precoce e il gruppo ad intervento ritardato non differiscono in modo significativo nei valori di baseline. La media di eventi violenti vissuti direttamente dagli studenti è di 2.8 mentre la media di quelli di cui sono stati testimoni è di 5.9. Il 76% del campione ha riportato di essere stato testimone o aver sperimentato direttamente una forma di violenza implicante l'uso di pistole o coltelli.

Gli studenti sono stati sottoposti a due follow-up, a distanza di 3 e 6 mesi dall'inizio dello studio. Gli studenti del gruppo di intervento precoce, confrontati a 3 mesi con il gruppo di controllo che non aveva ancora usufruito dell'intervento di CBITS, hanno ottenuto punteggi significativamente più bassi per quanto riguarda i sintomi di PTSD, depressione e disfunzione psico-sociale mentre non sono presenti differenze significative tra le valutazioni degli insegnanti relativamente ai problemi in classe. Nello specifico, risulta che il 86%, il 67% e il 78% degli studenti del gruppo di intervento precoce hanno riportato, rispettivamente, punteggi più bassi di PTSD, depressione e disfunzione psico-sociale nel follow-up a 3 mesi di quelli che ci si sarebbe aspettati se questi studenti non avessero usufruito di un intervento. Una possibile spiegazione dell'assenza di

differenze tra i due gruppi riguardo ai problemi scolastici è attribuibile al fatto che possa esistere un intervallo di tempo prima che il miglioramento sintomatico si traduca in miglioramenti del comportamento in classe. Inoltre, è possibile che gli insegnanti riconoscano maggiormente la presenza di comportamenti problematici in classe piuttosto che sintomi di PTSD e depressione, che molti bambini sperimentano silenziosamente. A 6 mesi, dopo che entrambi i gruppi sono stati sottoposti all'intervento, non sono presenti differenze significative per quanto riguarda i sintomi di PTSD, i punteggi di depressione, di disfunzione psico-sociale e di problemi scolastici.

CONCLUSIONI: La ricerca presentata rappresenta il primo studio realizzato per valutare l'efficacia di un intervento psicologico con studenti che presentano significativi sintomi di PTSD in seguito all'esposizione ad un'ampia gamma di eventi violenti. In quest'ottica, questo studio rappresenta un'importante passo per poter sviluppare e validare empiricamente un intervento standardizzato all'interno della comunità di vita dei bambini e degli adolescenti, per ridurre, in breve tempo, la sintomatologia conseguente all'esposizione a diverse forme di violenza. Un intervento di gruppo cognitivo-comportamentale standardizzato in 10 sessioni, come quello presentato nell'articolo, può infatti diminuire significativamente i sintomi di PTSD e il grado di depressione in studenti esposti a violenza e può essere implementato con successo e a livelli qualitativi elevati da clinici ed operatori di salute mentale appositamente formati ed operanti in contesti scolastici.

Gli Autori comunque riconoscono alcuni limiti alla loro ricerca. Innanzitutto, lo studio ha indagato solamente l'efficacia a breve termine dell'intervento: sarebbe necessario quindi valutare anche l'efficacia a lungo termine della CBITS e determinare se il programma di intervento ha consentito agli studenti del campione di incrementare la loro resistenza e le loro abilità di coping per fronteggiare efficacemente futuri eventi stressanti e traumatici. Inoltre, sarebbero utili delle ricerche comparative per valutare l'efficacia della CBITS, di interventi alternativi, quali le terapie supportive, e di un generico atteggiamento di sostegno e attenzione ai bambini che risultano essere esposti a violenze. Ulteriori ricerche dovrebbero essere realizzate in scuole con diverso background socio-economico (scuole non urbane e a popolazione non latino-americana), coinvolgendo bambini e adolescenti con età differenti ed usando valutatori "ciechi". Infine, per valutare la validità e l'affidabilità dell'intervento proposto, sarebbe anche interessante implementare la CBITS in setting differenti dalla scuola, come i servizi di salute mentale e di comunità, coinvolgendo non solo gli operatori clinici gravitanti attorno al mondo accademico.