

Davis RS, Meiser-Stedman R, Afzal N, Devaney J, Halligan SL, Lofthouse K, Smith P, Stallard P, Ye S, Hiller RM. (2023) Systematic Review and Meta-analysis: Group-Based Interventions for Treating Posttraumatic Stress Symptoms in Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;62(11):1217-1232. doi: 10.1016/j.jaac.2023.02.013. Epub 2023 Mar 20. PMID: 36948393.

L'esposizione a traumi durante l'infanzia è comune e può portare a una serie di esiti negativi per la salute mentale, tra cui il disturbo da stress post-traumatico (PTSD). In molti contesti, le risorse per affrontare questo disagio sono scarse. Gli interventi di gruppo richiedono risorse e formazione minime, possono essere erogati da professionisti non specializzati in salute mentale e si rivolgono a un numero maggiore di bambini e adolescenti. Questa meta-analisi ha cercato di stabilire se tale approccio sia un metodo efficace per affrontare i sintomi del PTSD e di identificare potenziali moderatori dell'efficacia.

PubMed, PsycNET e PTSDPubs sono stati ricercati per studi clinici randomizzati controllati che utilizzassero un intervento di gruppo per il PTSD con bambini e adolescenti di età compresa tra 6 e 18 anni. I dati sono stati estratti per i sintomi del PTSD e per i sintomi della depressione. È stata condotta una meta-analisi per ottenere stime aggregate della dimensione dell'effetto tra i gruppi.

La ricerca iniziale ha identificato 9.650 studi, di cui 42 idonei per l'inclusione (N = 5.998).

Sebbene abbiamo confermato i risultati secondo cui gli interventi individuali incentrati sul trauma sono superiori agli interventi di gruppo, in contesti in cui ciò non è fattibile o disponibile, i programmi di gruppo possono offrire una valida alternativa per il trattamento dei sintomi del PTSD, con ulteriori potenziali benefici per i sintomi della depressione. L'effetto post-trattamento cumulativo tra i gruppi degli interventi di gruppo, rispetto ai controlli passivi, è risultato simile a quello riscontrato nelle meta-analisi della letteratura per adulti. Inoltre, e in contrasto con la letteratura per adulti, abbiamo riscontrato una dimensione dell'effetto statisticamente significativa, seppur ridotta, quando l'intervento di gruppo è stato confrontato con un controllo attivo.

Abbiamo anche riscontrato che la superiorità dell'intervento di gruppo è stata mantenuta durante il follow-up. Sebbene la dimensione dell'effetto fosse ridotta, sono state registrate durate di follow-up comprese tra 1 mese e 2 anni dopo il trattamento. Oltre ai sintomi del PTSD, abbiamo riscontrato anche piccoli effetti post-trattamento per la depressione.

La stragrande maggioranza degli interventi inclusi in questa meta-analisi era basata sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), il trattamento raccomandato per il PTSD. Nella nostra subanalisi di specifici trattamenti manualizzati, una CBT manualizzata incentrata sul trauma somministrata in gruppo (circa 12 sessioni, incluse alcune sessioni individuali), l'insegnamento di tecniche di recupero (circa 5 sessioni) e l'intervento cognitivo-comportamentale per il trauma nelle scuole (circa 10 sessioni, incluse alcune sessioni individuali) si sono rivelati tutti efficaci rispetto ai controlli passivi. In molti casi, questi interventi venivano somministrati in contesti altamente complessi, in settori che includevano scuole, servizi di salute mentale e organizzazioni non governative, e con bambini che avevano subito traumi complessi multipli (ad esempio, ex bambini soldato, giovani incarcerati, esposizione alla guerra, abusi sessuali). Inoltre, venivano spesso somministrati da professionisti non clinici con formazione limitata e utilizzando versioni tradotte del manuale. Il fatto che questi interventi fossero efficaci in tali contesti fornisce ulteriore supporto alla fruibilità nel mondo reale dei programmi erogati in gruppo. È importante notare che, al momento della ricerca sistematica, non abbiamo trovato studi idonei che utilizzassero la desensibilizzazione e la rielaborazione tramite movimenti oculari e quindi non siamo in grado di trarre conclusioni su questo particolare approccio in un formato di gruppo.

Come spesso accade nelle meta-analisi dei trattamenti psicologici, si è riscontrata una sostanziale eterogeneità tra gli studi. La nostra analisi del moderatore non è riuscita a identificarne le ragioni e sono necessari ulteriori studi per comprendere esattamente quali fattori favoriscano o ostacolino

l'erogazione di trattamenti di gruppo a bambini esposti a traumi. Non abbiamo riscontrato differenze di efficacia per i bambini esposti a traumi non interpersonali (ad esempio, disastri naturali) e interpersonali (ad esempio, guerra, maltrattamenti), il che è in linea con i risultati riportati da altre meta-analisi. Analogamente, non si è riscontrata alcuna differenza significativa di efficacia quando somministrati in paesi ad alto reddito rispetto a paesi a basso e medio reddito, un moderatore che è stato in gran parte inesplorato in letteratura fino ad oggi. La scoperta che gli interventi di gruppo non sono meno efficaci in diversi paesi con risorse terapeutiche considerevolmente diverse ha importanti implicazioni cliniche, tra cui la facilità di implementazione e la richiesta di una formazione e di risorse specialistiche limitate in salute mentale.

Non si è riscontrata alcuna differenza di efficacia se l'intervento è stato somministrato a tutti in base all'esposizione al trauma o mirato in base alla presenza di sintomi. Analogamente, altre meta-analisi hanno riportato che gli effetti del trattamento non sono influenzati dalla percentuale di bambini con una diagnosi di PTSD prima dell'intervento o dal fatto che i bambini abbiano una diagnosi completa di PTSD rispetto a un PTSD sottosoglia. In molti contesti, lo screening per la diagnosi o la gravità dei sintomi potrebbe non essere pratico o possibile. In tali casi, dove si prevedono alti tassi di disagio nella comunità, è probabile che la somministrazione di un intervento di gruppo manualizzato basato sulla CBT all'intera popolazione esposta favorisca un maggiore recupero psicologico.

Infine, non abbiamo trovato prove che il coinvolgimento del caregiver nell'intervento abbia influenzato gli effetti del trattamento. Questo risultato si aggiunge al quadro eterogeneo delle precedenti meta-analisi incentrate sul trattamento, in cui molti riportano risultati migliori quando i caregiver sono coinvolti, mentre altri riportano scarse differenze nei risultati. In questo caso, potrebbe essere che il contesto di gruppo, in cui il supporto tra pari è parte integrante, renda il coinvolgimento di un caregiver meno essenziale. Potrebbe anche essere che la componente del caregiver sia meno necessaria per gli interventi generali o quando i sintomi del PTSD sono sub sindromici. Sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere i meccanismi di cambiamento in questi interventi di gruppo e il ruolo che i caregiver possono svolgere nel supportare i bambini attraverso gli interventi.

Nel complesso, i risultati di questa meta-analisi supportano l'uso di interventi di gruppo (in particolare basati sulla terapia cognitivo-comportamentale) per il trattamento dei sintomi del PTSD in bambini e adolescenti esposti a traumi, con potenziale riduzione dei sintomi depressivi. Ciò ha importanti implicazioni per i contesti in cui i programmi di gruppo possono rappresentare l'opzione più praticabile, se non l'unica, tra cui le comunità esposte a conflitti o disastri naturali, nonché le comunità con servizi scarsamente forniti. Sebbene la terapia cognitivo-comportamentale (TFC) individuale rimanga il miglior trattamento basato sull'evidenza per il PTSD in bambini e adolescenti, la nostra meta-analisi dimostra che i programmi di gruppo rappresentano anche una preziosa risorsa terapeutica.

Parole chiave: PTSD; gruppo; trauma; trattamento.