

L'intervento 'Circolo della Sicurezza per genitori' migliora la sensibilità materna in un gruppo di famiglie di basso livello socio-economico: un RCT

Cassidy J, Brett BE, Gross JT, et al.

Circle of Security-Parenting: A randomized controlled trial in Head Start
Dev Psychopathol. 2017;29(2):651-673

Metodo

Obiettivo (con tipo studio)

Studio randomizzato controllato con l'obiettivo di valutare l'efficacia di un programma di intervento sul legame di attaccamento genitori-figli (Circle of Security-Parenting) in una popolazione con fattori di rischio socio-economico, con costi sostenibili dal sistema pubblico.

Popolazione

Madri con bambini dai 3 ai 5 anni reclutate presso 4 centri Head Start (programma federale rivolto alle famiglie con basso stato socio-economico) in Maryland (USA). Criteri di inclusione: età materna > 18 anni, lingua inglese, non affette da schizofrenia o altri disturbi mentali, disponibili a partecipare a incontri settimanali, che non avevano già partecipato a un Circle of Security, bambini sani senza problemi organici o di sviluppo significativi.

Intervento

91 coppie madre-bambino che hanno effettuato il Circle of Security - Parenting, una versione semplificata e di gruppo del programma originale individualizzato Circle of Security (20 incontri con un servizio di diagnosi e trattamento attraverso l'analisi di video personali). Età media dei bambini 50.68 mesi (DS 5.94). L'intervento consiste in 8 incontri settimanali di video-feedback in cui si utilizzano video standardizzati discussi in gruppi di 15 madri supervisionate da un tutor dei servizi sociali. Durante gli incontri si commentano video di interazioni "standard" tra genitore e figlio e si discute sulle abilità per un dialogo riflessivo, la regolazione delle emozioni, l'empatia verso il bambino e la sensibilità ai suoi bisogni nei momenti di stress, abilità alla base di un attaccamento sicuro. Ogni settimana le madri venivano contattate telefonicamente per incoraggiare la partecipazione al trattamento e veniva fornito del materiale supplementare per chi perdeva l'incontro.

Controllo

73 coppie madre-bambino che hanno partecipato solo alla valutazione iniziale e finale. Età media dei bambini mesi 51.15 (DS 6.01). Le madri venivano contattate 3 volte durante il periodo di studio per sostenere l'interesse a partecipare.

Outcome/Esiti

Outcome primari: aumentare la sensibilità delle madri soprat-

tutto duante le situazioni di stress del bambino (valutate con il questionario Coping with toddlers negative emotions scale) e ridurre il rischio di attaccamento insicuro e disorganizzato.

Outcome secondari: migliorare le funzioni esecutive, valutate con Puppet-Says task per il controllo inibitorio e il Dimensional Change Card Sort per la flessibilità cognitiva, e ridurre i problemi di comportamento attraverso il Child Behaviour Checklist. Sono state considerate le variabili: depressione materna, stile di attaccamento materno, genere del bambino.

Tempo

L'arruolamento è stato realizzato in 15 mesi, ma non viene specificato con precisione in che periodo. La valutazione finale si è completata entro 2 mesi dalla fine dell'intervento.

Risultati principali

Le madri che hanno effettuato il COS-P presentano alla fine del trattamento meno comportamenti non supportivi (cioè diventano meno stressate, minimizzano meno e sono meno punitive quando il bambino è sotto stress) indipendentemente dal loro stile di attaccamento o dalla presenza di sintomi depressivi ($p=0.03$). Non presentano maggiori comportamenti supportivi (cioè reazioni focalizzate sulle emozioni, sulla risoluzione del problema o di incoraggiamento) rispetto al gruppo di controllo. Non ci sono effetti sull'attaccamento (**Box 1**) o sui problemi comportamentali dei bambini. L'intervento migliora il controllo inibitorio ma non la flessibilità cognitiva del bambino. Un'analisi esplorativa suggerisce che l'efficacia dell'intervento è moderata dallo stile di attaccamento materno e dalla presenza di sintomi depressivi: le madri con attaccamento più evitante che seguono il programma COS-P hanno bimbi più sicuri e meno disorganizzati (ma non meno evitanti) ($p=0.001$); le madri meno depresse e quelle meno ansiose che fanno l'intervento hanno meno problemi internalizzanti rispetto ai controlli ($p=0.03$).

Conclusioni

COS-P è efficace nel ridurre i comportamenti non supportivi materni in situazioni di stress del bambino. Questo RCT, secondo gli autori, fornisce informazioni importanti per definire meglio con ricerche future 'che cosa funziona e per chi' negli interventi sulla promozione dell'attaccamento.

Box 1. Classificazione dello stile di attaccamento caregiver-bambino. Da: B.Powell, G. Cooper K. Hoffman, B. Marvin. Il circolo della sicurezza. Raffaello Cortina Editore 2016

ATTACCAMENTO SICURO	ATTACCAMENTO INSICURO
<p>Bambini che in presenza del caregiver, ricercano contatto fisico ed interazione con esso, manifestando un chiaro bisogno di vicinanza, sebbene appaiano relativamente autonomi nell'esplorazione dell'ambiente. Negli episodi di ricongiungimento, il bambino sicuro, ricerca la vicinanza del caregiver e se è a disagio richiede contatto fisico e consolazione.</p>	<p>Insicuro evitante: bambini che appaiono eccessivamente autonomi, concentrati nel giocare e nell'esplorare l'ambiente senza curarsi della presenza della figura di attaccamento, non mostrano disagio durante la separazione e nel momento della riunione non ricercano il contatto con il caregiver e lo evitano, distogliendo la loro attenzione da lui.</p> <p>Insicuro resistente (o ambivalente): bambini concentrati più sulla relazione con l'adulto piuttosto che sul gioco e l'esplorazione dell'ambiente. Mostrano notevole disagio durante i periodi di separazione e una scarsa capacità di recupero nei momenti di ricongiungimento quando mostrano una combinazione di ricerca della vicinanza e di resistenza al contatto con il caregiver.</p> <p>Insicuro atipico (disorganizzante/disorientato; evitante/ambivalente; instabile/evitante): bambini che presentano comportamenti intensamente contraddittori e che non sono in grado di organizzare e progettare comportamenti coerenti con cui richiedere protezione e conforto alla figura di accudimento la quale risulta per loro fortemente disorientante.</p>

Altri studi sull'argomento

Una recente revisione con metanalisi individua 30 RCT che hanno testato interventi di diverso tipo aventi come target i genitori (soprattutto madri) o i caregiver, che valutavano gli esiti sull'attaccamento nei bambini di età fino a 13 anni, misurati con metodiche standardizzate [1]. La maggior parte di questi studi era svolta in USA, e quasi tutti i trial erano indirizzati a una popolazione ritenuta a rischio di sviluppare problemi di attaccamento (29 studi) e un terzo dei trial era rivolto a una popolazione di basso livello socio-economico. Su 21 di questi studi è stato possibile eseguire la metanalisi che ha evidenziato un miglioramento della prevalenza dell'attaccamento sicuro dopo l'intervento (OR 1.83, IC 95% 1.26, 2.66; $p < 0.0002$) e in 8 studi (505 trattati vs 514 controlli) è stato possibile valutare una riduzione dell'attaccamento disorganizzato (OR 0.47, IC 95% 0.34, 0.65; $I^2 = 38\%$, $p < 0.001$). Una seconda metanalisi, focalizzata sull'attaccamento disorganizzato individua 14 studi e conferma il dato della precedente con una riduzione dell'attaccamento disorganizzato (OR 0.50, IC 95% 0.32, 0.77; $I^2 = 54\%$) [2]. Rispetto alla durata dell'intervento, l'analisi per sottogruppi fa emergere un dato in contrasto con i dati riscontrati da Bakermans-Kranenburg e coll. che indicavano una elevata efficacia per gli interventi brevi [3]. Nella revisione di Wright gli interventi con meno di 15 sessioni sono meno efficaci nel migliorare l'attaccamento disorganizzato, tuttavia gli autori interpretano questi dati con cautela a causa della bassa numerosità del campione e concludono che questo aspetto sarà da indagare con attenzione in studi successivi. Un'altra revisione con metanalisi che ha considerato solo interventi con bambini di età massima 36 mesi ha identificato 4 studi e conferma gli stessi risultati delle precedenti: gli interventi considerati riducono l'attaccamento di tipo disorganizzato e aumentano l'attaccamento sicuro [4]. La prevenzione e il trattamento precoce dei disturbi di attaccamento, per gli outcome negativi ad essi associati, potrebbero essere oggetto di un investimento dei servizi sanitari nazionali, tuttavia le evidenze attuali, a causa della variabilità degli strumenti diagnostici e degli interventi sperimentati, non consentono di costruire un modello costo-efficacia (Box 2).

Box 2

Quaderni ACP ha affrontato la teoria dell'attaccamento in diverse occasioni:

Valutazione nel tempo della regolazione sonno-veglia nella prima infanzia e sicurezza dell'attaccamento con i genitori. Articolo del mese, novembre 2012

Sostegno alla funzione genitoriale e prevenzione delle disparità in età scolastica in un contesto di cure primarie pediatriche. Quaderni ACP Pagine elettroniche Pagine elettroniche 2016; 23(3):am.1

Ossitocina e attaccamento. Quaderni acp 2007; 14(6): 254-260

Relazione genitoriale e relazione terapeutica nell'ambulatorio del pediatra. Quaderni acp 2008; 15(2): 78-82

Che cosa aggiunge questo studio?

Questo studio è il primo che evidenzia l'efficacia di un intervento sull'attaccamento nel ridurre i comportamenti non supportivi (quelli più correlati alla costituzione di pattern di attaccamento insicuro) nei momenti di stress del bambino.

Commento

Validità interna

Disegno dello studio: lo studio presenta alcuni limiti (score di 2 secondo la Jadad scale). Mancano i criteri di arruolamento e di randomizzazione. Sono stati persi al follow-up il 14% delle diadi, senza differenze di base significative verso chi ha completato lo studio. I persi nel gruppo di intervento sono più del doppio [16 vs 7] e sono descritti. Gli autori dichiarano di aver fatto la valutazione finale per intention to treat ma considerando solo chi aveva completato lo studio. Come riconosciuto dagli stessi autori il follow-up è breve, di circa 2 mesi, tempo non sufficiente per

stabilire la tenuta nel tempo del risultato ottenuto.

Esiti: clinicamente rilevanti e ben definiti.

Conflitto di interesse: lo studio è stato finanziato da due fondazioni filantropiche, da un programma per la ricerca nazionale e dall'Istituto per la salute dei bambini e lo sviluppo umano.

Trasferibilità

Popolazione studiata: la popolazione studiata è ad alto rischio, ma presente nei nostri ambulatori di cure primarie. Per selezionare le famiglie per le quali il COS-P presenta la massima efficacia è necessario eseguire un percorso diagnostico sul genitore. In Italia non esiste un programma statale sovrapponibile ad Head Start e le esperienze a sostegno della genitorialità, in particolare per le famiglie più disagiate, sono molto frammentate nell'organizzazione e diverse da zona a zona.

Tipo di intervento: in Italia l'intervento studiato viene proposto in alcuni centri privati di psicologia o di sostegno alle famiglie, ma non è presente all'interno del sistema pubblico dove per nostra conoscenza non sono previsti trattamenti con l'obiettivo esplicito di prevenire o curare un disturbo di attaccamento.

1. Roberts KB. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics* 2011;128(3): 595-610
2. National Institute for Health and Clinical Excellence. Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management. Available at: www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG54-fullguideline.pdf
3. Ammenti A, Cataldi L, Chimenz R, et al. Italian Society of Pediatric Nephrology. Febrile urinary tract infections in young children: recommendations for the diagnosis, treatment and follow-up. *Acta Paediatr* 2012;101(5):451-7
4. Choi EJ, Lee MJ, Park S, et al. Predictors of High-grade Vesicoureteral Reflux in Children with Febrile Urinary Tract Infections. *Childhood Kidney Diseases* 2017; 21(2):136-141
5. Okarska-Napierała M, Wasilewska A, Kuchar E. Urinary tract infection in children: Diagnosis, treatment, imaging - Comparison of current guidelines. *J Pediatr Urol.* 2017;13(6):567-573
6. La Scola C, De Mutiis C, Hewitt IK, et al. Different guidelines for imaging after first UTI in febrile infants: yield, cost, and radiation. *Pediatrics* 2103;131(3):e665-71
7. Rudin CH, Laube G, Girardin E, et al. Diagnose und behandlung von harnwegsinfektionen beim kind. *Paediatrica* 2013;24:10-13

Scheda redatta dal gruppo di lettura di Reggio Emilia:

Maura Caracalla, Maria Francesca Manusia, Maddalena Marchesi, Anna Maria Davoli, Costantino Panza, Annarita Di Buono, Mariassunta Torricelli, Elena Corbelli, Roberta Ollari, Elena Bigi, Francesca Buontempo, Angelo Cigarini, Simonetta Pistocchi, Luciana Monti, Manuela Musetti, Gino Montagna, Luisa Seletti, Sara Lo Scocco, Cinzia Cucchi.