

# Le esperienze positive infantili modulano gli effetti delle esperienze negative sulla salute mentale e relazionale. Uno studio osservazionale

Bethell C, Jones J, Gombojav N, et al.

**Positive childhood experiences and adult mental health and relational health in a Statewide sample. Associations across adverse childhood experiences levels**

JAMA Pediatr. 2019;173(11):e193007

*Se è noto che gli eventi avversi nell'infanzia (ACE) hanno effetti negativi sulla salute fisica e mentale in età adulta, minori sono le evidenze attualmente disponibili sull'impatto a lungo termine delle esperienze positive da bambini (PCE). Questo studio osservazionale trasversale pur presentando alcuni limiti (possibili reporting e recall bias) mostra che i PCE hanno un'associazione dose-risposta con la salute mentale e relazionale dell'adulto, nonostante l'occorrenza di ACE. La promozione attiva di PCE potrebbe ridurre il rischio di depressione e problemi di salute mentale nell'adulto e promuovere una migliore salute relazionale. I risultati supportano la priorità di considerare la salute risultato di esperienze positive e non solo assenza di malattia.*

## **Positive childhood experiences modulate the effects of negative experiences on mental and relational health. An observational study**

*If it is known that adverse childhood experiences (ACE) have negative effects on physical and mental health in adulthood, there is less evidence currently available on the long-term impact of positive childhood experiences (PCE). This cross-sectional observational study, while presenting some limits (possible reporting and recall bias), shows that PCEs have a dose-response association with adult mental and relational health, despite the occurrence of ACE. The active promotion of PCEs could reduce the risk of depression and mental health problems in adults and promote better relationship health. The results support the priority of considering health as the result of positive experiences and not just absence of disease.*

## **Metodo**

### **Obiettivo (e tipo studio)**

Studio osservazionale trasversale che si pone l'obiettivo di valutare l'associazione tra gli PCE, ricordati in età adulta, con:

- lo stato di salute mentale (sintomi depressivi o scarsa salute mentale - D/PMH) dell'adulto;
- il supporto sociale ed emozionale (ARSES) percepito dall'adulto in relazione al livello di esposizione a ACE.

### **Popolazione**

6.188 adulti dai 18 a oltre 65 anni di lingua inglese o spagnola del Wisconsin (USA), non ricoverati, contattati telefonicamente da un'agenzia pubblica (2015 Wisconsin Behavioral Risk Factor Survey - WI BRFS) di cui il 50.7% femmine e l'84.9% bianchi.

### **Esposizione**

Sono stati considerati solo ricordi soggettivi di esperienze infantili per valutare PCE e ACE.

PCE: sono state valutate 7 esperienze interpersonali positive attraverso items presi da 4 sottoclassi del Child and Youth Resilience Measure-28, una scala validata per la valutazione della resilienza:

1. aver sentito di poter parlare con i famigliari dei propri sentimenti;
2. aver sentito la famiglia vicina nei momenti difficili;
3. partecipare con piacere alle tradizioni della propria comunità;
4. aver sentito un senso di appartenenza alla scuola (alle superiori);
5. aver sentito di avere il supporto degli amici;
6. avere avuto almeno 2 adulti, non parenti, interessati a loro in modo positivo;
7. essersi sentiti protetti da un adulto e sicuri in casa propria.

Sono stati definiti 3 gruppi di esposizione in base al numero di esperienze positive riportate: 0-2; 3-5; 6-7.

ACE: sono stati valutati 11 items, definiti dal CDC, comprendenti: il ricordo di esperienze di abuso fisico ed emotivo, la mancanza di cure, l'abuso sessuale, disfunzioni famigliari come malattia mentale di un famigliare, abuso di sostanze stupefacenti/alcool da parte di un genitore, violenza domestica, genitore carcerato, separazione/divorzio. A seconda del punteggio sono stati distinti 4 gruppi di esposizione ad ACE: 0, 1, 2-3, 4-8. Altre covariate considerate sono state: età, (18-34, 35-54, 55-64 e oltre 65 anni), etnia (non bianco o bianco/non ispanico), reddito annuo (meno di 25.000, 25.000-49.999, 50.000-74.999, e oltre 75.000 dollari).

### **Outcome/Esiti**

D/PMH ricavato dalle seguenti domande: 1. 'il medico ti ha mai riferito che hai un disturbo depressivo: depressione maggiore, distimia o depressione minore?' 2. 'Pensa alla tua salute mentale, includendo stress, depressione e problemi con le emozioni; nell'ultimo mese, per quanti giorni il tuo stato mentale non è stato buono?' Una risposta affermativa alla prima domanda e/o un punteggio di 14 o superiore alla seconda, è stato considerato un indice di D/PMH. ARSES valutato con un solo item standardizzato: "quanto spesso ricevi il supporto sociale ed emotivo di cui hai bisogno?" Le risposte considerate sono state: sempre, di solito, a volte, raramente, mai.

### **Tempo**

I dati sono stati raccolti nel 2015.

## Risultati principali

Il 21.2% riporta una condizione D/PMH, 52.3% riferiscono 6 su 7 item del PCE, 56.7% riportano 1 o più ACE, 55.1% riferiscono di ricevere sempre il supporto emotivo/sociale necessario. I non bianchi, i più giovani e quelli a più basso reddito riferiscono meno PCE. Chi riporta 0-2 PCE verso chi ne riporta 6-7 ha una prevalenza 4 volte maggiore di D/PMH (48.2% vs 12.6%) e riporta meno frequentemente di ricevere l'ARSES necessario (33% vs 67.9%). La più bassa prevalenza di D/PMH si trova tra coloro che hanno riportato 6 e 7 item del PCE e nessun ACE (10.5%) e che riferiscono di ricevere sempre il supporto loro necessario (8.5%). La più alta prevalenza di D/PMH è stata trovata tra chi ha riportato un punteggio da 0 a 2 del PCE e da 4 a 8 dell'ACE (59.7%) e che non riceve sempre il supporto desiderato (61.7%). Solo il 21.2% con 4-8 ACE e il 26.6% di chi non riceve sempre il supporto desiderato ha riportato un punteggio 6-7 al PCE. Stratificando per livello di esposizione ad ACE e controllando per tipo di ARSES, l'associazione tra PCE e D/PMH rimane stabile con andamento dose/risposta.

## Conclusioni

Lo studio dimostra che i PCE hanno un'associazione dose-risposta con la salute mentale e relazionale dell'adulto, nonostante l'occorrenza di ACE. La promozione attiva di PCEs potrebbe ridurre il rischio di D/PMH nell'adulto e promuovere una migliore salute relazionale. I risultati supportano la priorità di considerare la salute risultato di esperienze positive e non solo assenza di malattia.

## Altri studi sull'argomento

Uno studio cross-sectional inglese del 2017 su 7691 adulti 18-60 anni (60% dei residenti eleggibili) ha verificato come la presenza di un adulto di supporto sempre accessibile durante l'infanzia (AA) rappresenti un fattore di protezione che mitiga l'effetto degli ACE (11 items CDC), indipendentemente dal livello socioeconomico [1]. La compresenza di comportamenti dannosi per la salute e una scarsa salute mentale sono drammaticamente aumentati negli esposti a 4 o più ACE senza un AA (OR aggiustata verso 0 ACE, AA presente: 32.01, IC 95% 18.31, 55). La prevalenza di una cattiva alimentazione, dell'abitudine al fumo e all'alcol quotidiani aumenta all'aumentare degli ACE e si riduce quando è stato presente nell'infanzia un AA (prevalenza 1.8% se 0 ACE e presenza di AA, 21.5%, se 4 o più ACE se assenza di AA, ma se 4 più ACE e AA la prevalenza si riduce a 7.1%). Un benessere mentale inferiore è 8.32 volte (IC 95% 6.53, 10.61) più probabile con 4 o più ACE e senza AA mentre il rischio si riduce di più della metà: 3.27 volte (IC 95% 2.16, 4.96) se c'era stato il supporto di un AA. Un altro studio nazionale inglese, condotto in Galles, cross-sectional retrospettivo ha indagato un campione rappresentativo di 471 adulti 18-69 anni con interviste faccia a faccia [2]. Uno stato di salute povero durante l'età pediatrica, la prevalenza di alcune specifiche condizioni (asma, allergie, cefalea, problemi digestivi) e l'assenteismo scolastico correlano con gli ACE (11 items CDC) e con fattori di resilienza della comunità (essere stato trattato in modo giusto, amici d'infanzia supportivi, avere avuto l'opportunità di usare le proprie abilità, accedere a un adulto di fiducia e avere qualcuno a cui rivolgersi in caso di

bisogno). Lo studio ha verificato come nei soggetti esposti a 4 o più ACE la presenza di tutti i fattori di resilienza valutati riduca di circa 2/3 la prevalenza di una cattiva salute nell'infanzia (dal 59.8 al 21.3%). Uno studio americano ha valutato con un sondaggio on-line su 246 utenti Amazon mTurk tra i 19 e i 57 anni, gli effetti sulla salute e i comportamenti in età adulta di ACE (11 items CDC) e dei fattori positivi, misurati attraverso i 10 items Benevolent Childhood Experiences Scale (Box). In linea con il modello Compensativo di Resilienza (Box) la presenza di un maggior numero di fattori positivi si associa a una migliore salute in età adulta e a una neutralizzazione degli ACE. Gli adulti con maggior punteggio nei fattori positivi presentano minori punteggi per stress, depressione, problemi di sonno, e più alti punteggi nelle funzioni esecutive, nel luogo del controllo, nella predisposizione al perdono, nel senso di gratitudine, nella vicinanza alla famiglia, nel consumo giornaliero di frutta e verdura. Contrariamente al modello dei fattori protettivi (Box), c'era una relazione più forte tra gli ACE e peggiore salute degli adulti tra quelli con una media superiore nei punteggi di contro-ACE (8 o più contro ACE) rispetto a quelli con punteggi di contro-ACE inferiori alla media, forse per differenze nelle caratteristiche del campione. Consistente con il modello di sfida (Box), l'effetto protettivo dei contro ACE è più ridotto in chi è esposto a 4 o più ACE [3]. Uno studio americano di recente pubblicazione ha valutato nel 2011-2012 gli effetti di ACE e fattori protettivi familiari e della comunità in 65.680 bambini di 6-17 anni (National Survey of Children's Health) valutando come esiti i comportamenti e le performance scolastiche. I fattori protettivi modificabili considerati sono stati: abitare in un quartiere sicuro, avere vicini solidali, vivere in un quartiere curato, l'assenza di fumatori in casa, condividere più di 5 pasti a settimana in famiglia, la presenza di un genitore disponibile a parlare con il bambino. In base alla presenza dei fattori protettivi sono stati individuati 5 gruppi ( $\leq 3$ , 4, 5, 6, 7 fattori protettivi). Ogni esito negativo scolastico è associato a punteggi ACE più elevati, i fattori protettivi riducono l'effetto degli ACE e il fattore protettivo più importante risulta essere la disponibilità di un genitore che può parlare al bambino delle cose che contano e condividere idee [4].

## Che cosa aggiunge questo studio

Conferma che le esperienze positive dell'infanzia si associano con la salute mentale e relazionale dell'età adulta. Questo aumenta le prove a favore del fatto che sia importante investire in interventi precoci che diffondano e favoriscano esperienze relazionali precoci positive.

## Commento

### Validità interna

**Disegno dello studio:** il disegno dello studio è adeguato. Presenta alcuni limiti tra cui la possibilità di un reporting bias per i PCEs per gli adulti affetti da depressione. Inoltre la condizione di D/PMH è autoriportata e non sono stati utilizzati test standardizzati. Tra le esperienze positive non sono stati considerati fattori positivi non relazionali (es. aver vissuto in un ambiente sicuro e supportivo, le esperienze spirituali o nella natura, la partecipazione ad attività - es. sport, musica, ... - e la presenza di un

talento) e non viene discusso se i fattori indagati sono considerati fattori promotori o fattori protettivi. Da segnalare il sempre possibile recall bias causato da imprecisione o mancanza di completezza dei ricordi recuperati dai partecipanti allo studio riguardo a eventi o esperienze del passato.

**Esiti:** gli esiti considerati sono di interesse.

**Conflitto di interesse:** lo studio è stato finanziato dalla Robert Wood Johnson Foundation, la più grande associazione filantropica degli USA focalizzata esclusivamente sulla salute, che ha fornito un contributo di 75.448 \$ alla Johns Hopkins University. Due degli autori hanno ricevuto un compenso da questa fondazione oltre che da enti istituzionali.

### Tasferibilità

**Popolazione studiata:** sovrapponibile alla popolazione italiana; tuttavia, a seconda del gruppo culturale di appartenenza, possono essere presenti differenti reti sociali che possono influenzare le esperienze positive; inoltre le agenzie istituzionali di supporto alle famiglie, differenti in ogni Stato, se presenti ed efficienti, possono attenuare il livello di gravità delle esperienze sfavorevoli.

**Tipo di intervento:** costruire la resilienza promuovendo per ogni bambino la nurturing care e assicurare relazioni precoci supportive è compito del pediatra. Focalizzarsi sulla promozione dei fattori di protezione e intendere la salute non solo come assenza di malattia implica un cambio di prospettiva importante.

1. Bellis MA, Hardcastle K, Ford K. Does continuous trusted adult support in childhood impart life-course resilience against adverse childhood experiences - a retrospective study on adult health-harming behaviours and mental well-being. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):110
2. Bellis MA, Hughes K, Ford K. Adverse childhood experiences and sources of childhood resilience: a retrospective study of their combined relationships with child health and educational attendance. *BMC Public Health*. 2018;18(1):792
3. Crandall A, Miller JR, Cheung A, et al. ACEs and counter-ACEs: How positive and negative childhood experiences influence adult health. *Child Abuse Negl*. 2019;96:104089
4. Robles A, Gjelsvik A, Hirway P, et al. Adverse Childhood Experiences and Protective Factors With School Engagement. *Pediatrics* 2019; 144 (2): e20182945
5. Panza C. Esperienze avverse durante l'età pediatrica e i fattori di resilienza: il compito del pediatra. *Pagine elettroniche Quaderni ACP* 2017;24(2):am1
6. Masten AS, Cicchetti D. Resilience in development: Progress and transformation. In D. Cicchetti (Ed.). *Developmental psychopathology: Risk, resilience, and intervention*. John Wiley & Sons. 2016
7. Zimmerman MA. Resiliency theory: A strengths-based approach to research and practice for adolescent health. *Health Education & Behavior* 2013;40(4): 381-383
8. Narayan AJ, Rivera LM, Bernstein RE, et al. Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child Abuse Negl*. 2018;78:19-30

### Scheda redatta dal gruppo di lettura di Parma:

Sandra Mari, Maria Cristina Cantù, Maria Teresa Bersini, Musetti Manuela, Seletti Luisa, Maria Chiara Parisini, Maddalena Marchesi, Francesca Manusia.

### Box

#### La teoria della resilienza

Per resilienza intendiamo una buona salute fisica e mentale nonostante la presenza di esperienze avverse vissute precocemente, grazie all'abilità di resistere, di adattarsi e di riprendersi dalle avversità. Questa caratteristica individuale risulta da un complesso gioco di tra genetica, temperamento, apprendimento, sostegno sociale e risorse culturali e si esprime con: alta autostima, luogo del controllo interno, la capacità di attribuire la colpa al di fuori di se stessi, ottimismo, determinazione a superare gli ostacoli, flessibilità cognitiva, capacità di rivalutare razionalmente le situazioni, competenza sociale e capacità di affrontare le paure o le minacce [5]. La teoria della Resilienza si basa sui sistemi ecologici, suggerendo che sistemi multipli (ad es. individuo, famiglia, quartieri, scuole, ecc.) interagiscono per influenzare il corso dello sviluppo e che la resilienza stessa è in continua evoluzione all'interno degli individui e dei sistemi. La resilienza include la capacità di adattamento all'interno e attraverso i sistemi e i processi [6] e coinvolge più di una semplice capacità di far fronte alle avversità. Esistono tre modelli principali all'interno della teoria della resilienza: il **modello compensativo della resilienza**, il **modello dei fattori protettivi** e il **modello della sfida (challenge)** [7]. Il **modello compensativo di resilienza** postula che i fattori positivi o protettivi hanno un effetto diretto e indipendente con un risultato separato dal fattore di rischio. Inoltre, questi fattori positivi neutralizzano l'effetto dei fattori di rischio su un determinato esito e avranno l'effetto opposto su di esso. Secondo questo modello, ci si aspetta che indipendentemente dal numero di ACE della persona, i fattori positivi avranno un effetto diretto e indipendente sulla salute degli adulti. Inoltre, mentre gli ACE avranno probabilmente un effetto negativo sulla salute degli adulti, i fattori positivi proteggeranno dalla cattiva salute e promuoveranno il benessere, neutralizzando anche gli effetti degli ACE sui comportamenti e sugli esiti della salute degli adulti. Il **modello dei fattori protettivi** afferma che le attività e le risorse positive promuovono la moderazione della relazione tra i fattori di rischio e i risultati; cioè che la relazione tra ACE e salute degli adulti sia inferiore in quelli con maggiori fattori positivi. Il **modello di sfida** ipotizza che livelli moderati di avversità determinano una maggior facilità di successive esposizioni avverse che fanno sì che le persone siano più vulnerabili a esiti negativi. Se l'avversità è troppo grande travolge il sistema e inibisce l'adattamento. Utilizzando il modello di sfida, ci aspetteremmo di trovare livelli moderati di ACE, probabilmente soprattutto in chi presenta fattori positivi, con una migliore salute degli adulti. Tuttavia, se uno ha un gran numero di ACE (ad esempio,  $\geq 4$ ) l'effetto protettivo si riduce.

Gli psicopatologi dello sviluppo distinguono tra meccanismi di resilienza operanti attraverso fattori promotori rispetto a fattori protettivi. I **fattori promotori** hanno effetti diretti o principali e sono associati a esiti favorevoli per gli individui in entrambi i contesti, sia ad alto sia a basso rischio, mentre i **fattori protettivi** in genere fungono da moderatori o respingenti che riducono la probabilità che aumenti il danno all'aumentare del rischio [6,8].

La scala *Benevolent Childhood Experiences Scale* (Narayan, 2015) valuta 10 fattori positivi promotori, assegnando un punto ad ogni risposta affermativa; gli item valutati sono:

1. Hai avuto almeno un caregiver con cui ti sei sentito al sicuro?
2. Hai avuto almeno un buon amico?
3. Hai avuto credenze che ti hanno dato conforto?
4. Ti è piaciuta la scuola?
5. Hai avuto almeno un insegnante che si preoccupava per te?
6. Hai avuto dei buoni vicini?
7. C'era un adulto (non un genitore / caregiver o la persona del n. 1) che poteva fornirti supporto o consigli?
8. Hai avuto l'opportunità di divertirti?
9. Ti sei piaciuta o ti sei sentita a tuo agio con te stessa?
10. Hai avuto una routine domestica prevedibile, come pasti regolari e un orario di andare a letto regolare?