

Audit Parent training
Milano, 27 settembre 2017

Parent training: proposte in discussione

D. Arisi - Gruppo di lavoro ADHD
UO NPIA – ASST di Cremona

Indicazioni dal gruppo di lavoro sul trattamento

Verbale gruppo sui percorsi condivisi di trattamento	2013-2015
Formazione operatori e Manuale PT progetto ADHD	2013-2015

modello	Cognitivo comportamentale
manuali	<ul style="list-style-type: none">• “Il bambino con deficit di attenzione e iperattività. Diagnosi psicologica e formazione dei genitori”. Vio, Marzocchi, Offredi• Manuale operatori PT – Progetto ADHD
n. incontri	10 + 1 colloquio clinico individuale per valutare la motivazione
conduttori	2 (psicologo/educatore o psicologo/neuropsichiatra)
n. partecipanti	Min 6 (3 coppie) Max 12 (6 coppie)
Criteri di inclusione	CGI-S > 3
criteri di esclusione	<ul style="list-style-type: none">• Elevata conflittualità tra i genitori (anche se non separati)• Psicopatologia nei genitori• Comorbidità con Dist. della condotta o Dist. bipolare
follow up a 6 mesi	necessario
valutazione	PSI, CBCL, CPRS

Scostamenti più rilevanti



All'interno di un modello di riferimento cognitivo-comportamentale si sono diversificati diversi programmi di intervento (contenuti e percorsi)

I PT di gruppo sono spesso gestiti da un solo operatore (8 centri su 18)

Numerosi i percorsi individuali (cause)

Variabilità degli strumenti di valutazione pre e post

Nonpharmacological Interventions for ADHD:

Systematic Review and Meta-Analyses of Randomized Controlled Trials of Dietary and Psychological Treatments

Sonuga-Barke, Zuddas et al.

Am J Psychiatry 2013

When the outcome measure was based on ADHD assessments by **raters closest to the therapeutic setting**, all dietary (standardized mean differences=0.21–0.48) and psychological (standardized mean differences=0.40–0.64) treatments produced statistically significant effects. However, **when the best probably blinded assessment was employed**, effects remained significant for free fatty acid supplementation (standardized mean difference=0.16) and artificial food color exclusion (standardized mean difference=0.42) but were substantially attenuated to nonsignificant levels for other treatments.

Conclusions: Free fatty acid supplementation produced small but significant reductions in ADHD symptoms even with probably blinded assessments, although the clinical significance of these effects remains to be determined. Artificial food color exclusion produced larger effects but often in individuals selected for food sensitivities. **Better evidence for efficacy from blinded assessments is required for behavioral interventions, neurofeedback, cognitive training, and restricted elimination diets before they can be supported as treatments for core ADHD symptoms.**

Sintomi e aspetti dimensionali

Sintomi “core” ADHD



Comportamento (ODD, dist. condotta)



Sintomi internalizzanti



Abilità sociali



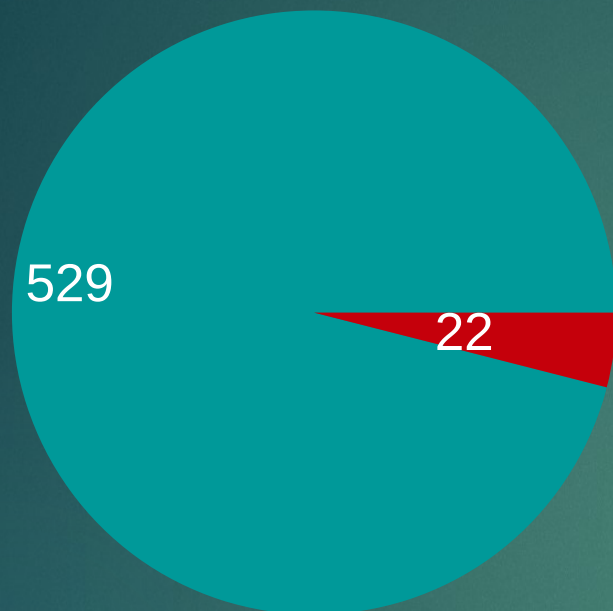
Relazioni intrafamiliari



Risultati scolastici

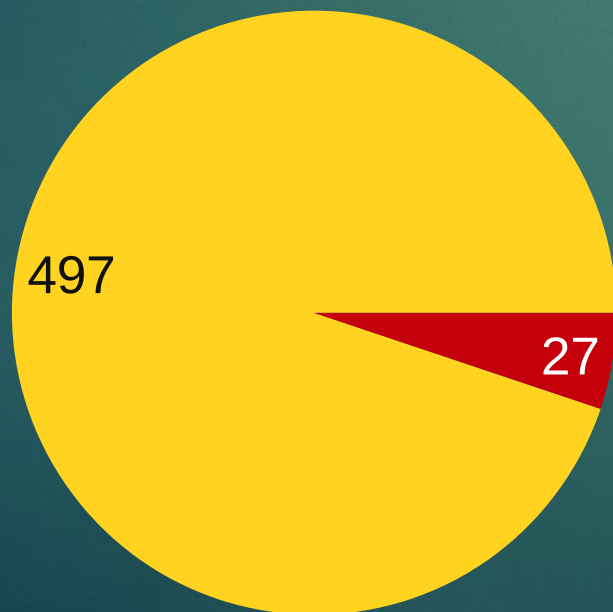


Criteri di inclusione/esclusione



Età

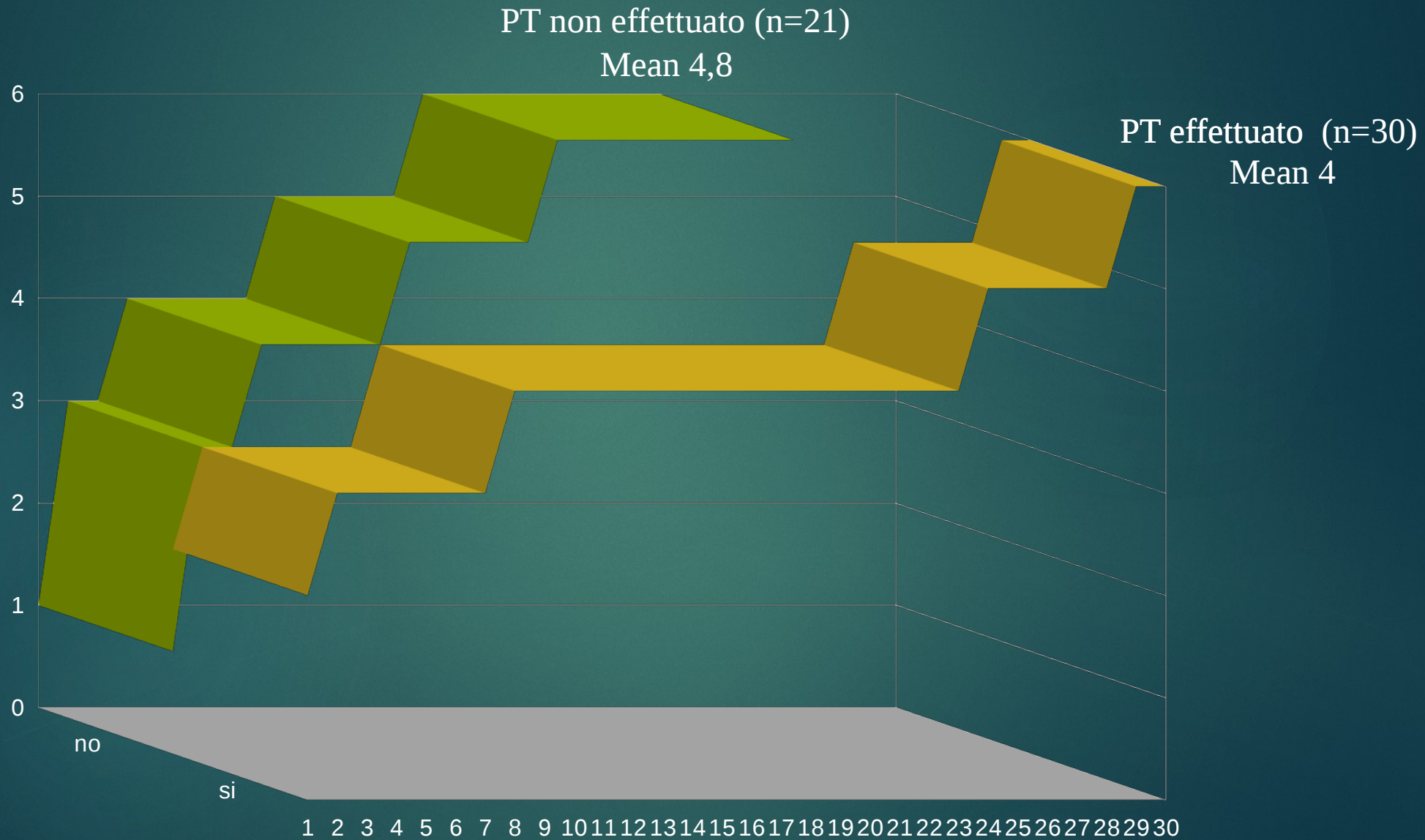
> 6	529	
< 6	22	4%



CGI-S

> 3	497	
<= 3	27	5%

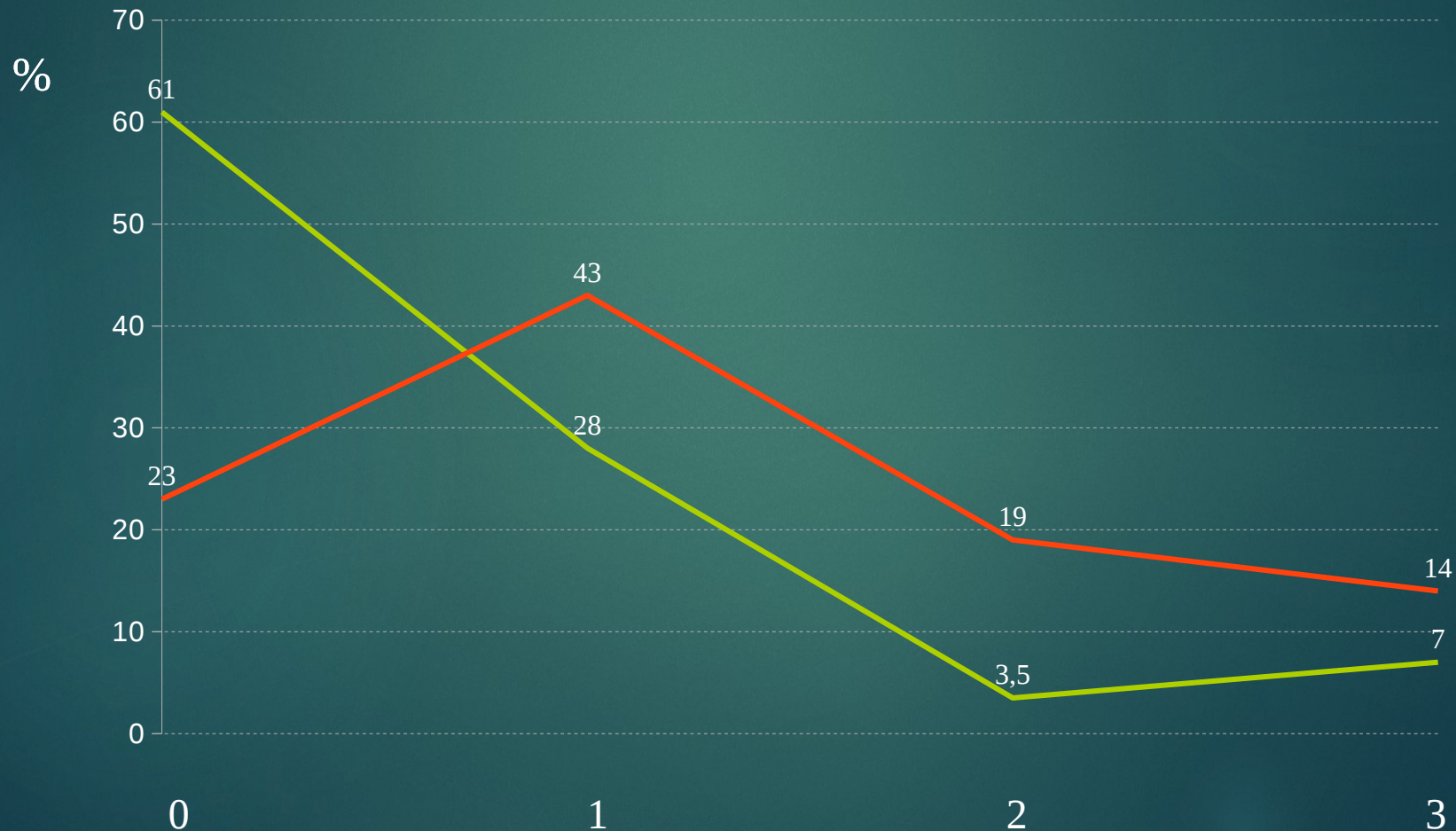
CGI-S all'ingresso



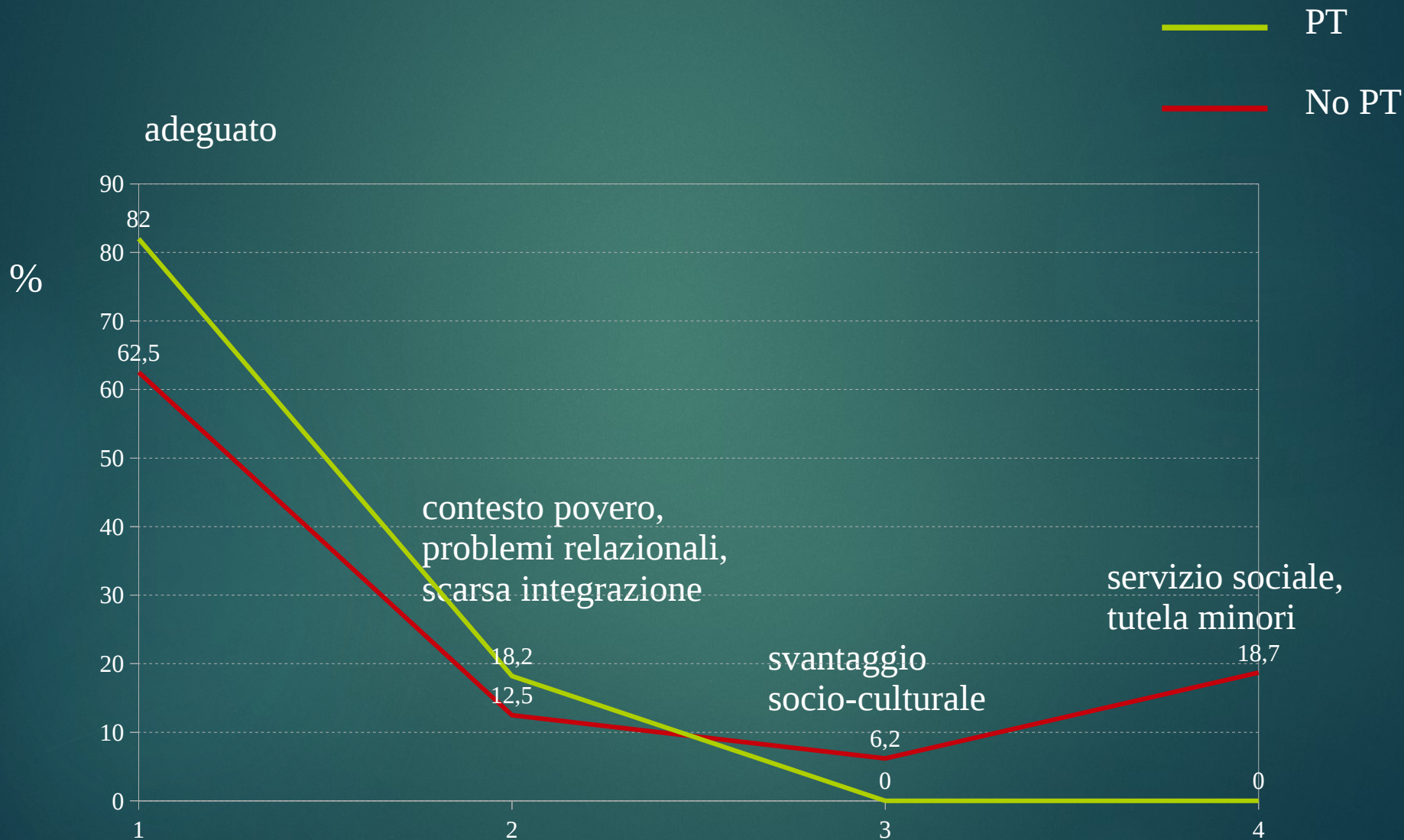
Condizione familiare (PT=28, no PT=21)

Padre “assente”
Incoerenza educativa
Conflittualità / separazione
Dist. psichici genitori
Resistenza a diag / tratt
Aspettative non adeguate
Adozione

PT
No PT



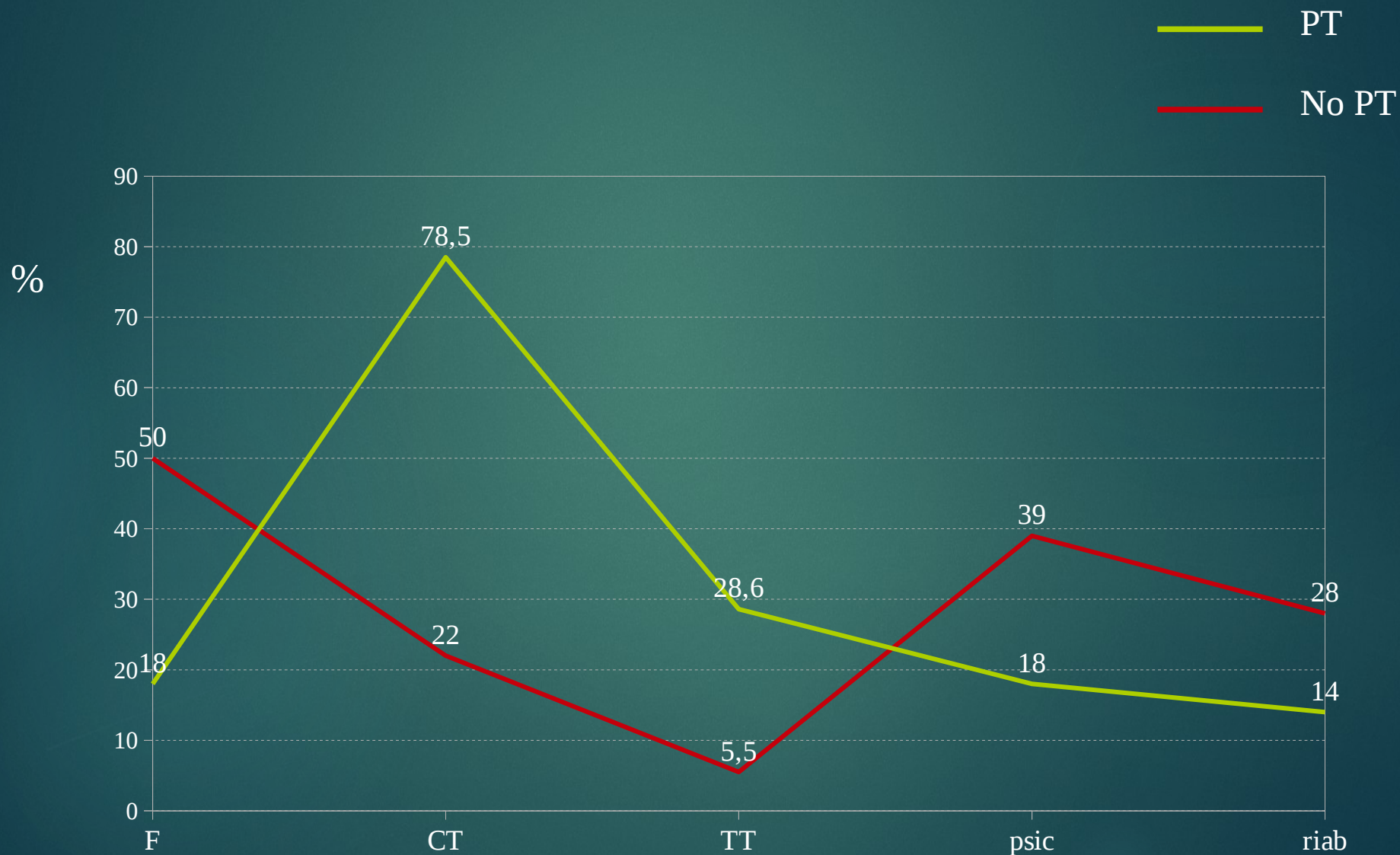
Condizione sociale (PT=22, no PT=16)



Comorbidità (PT=30, no PT=22)



Trattamento multimodale (PT=28, no PT=18)



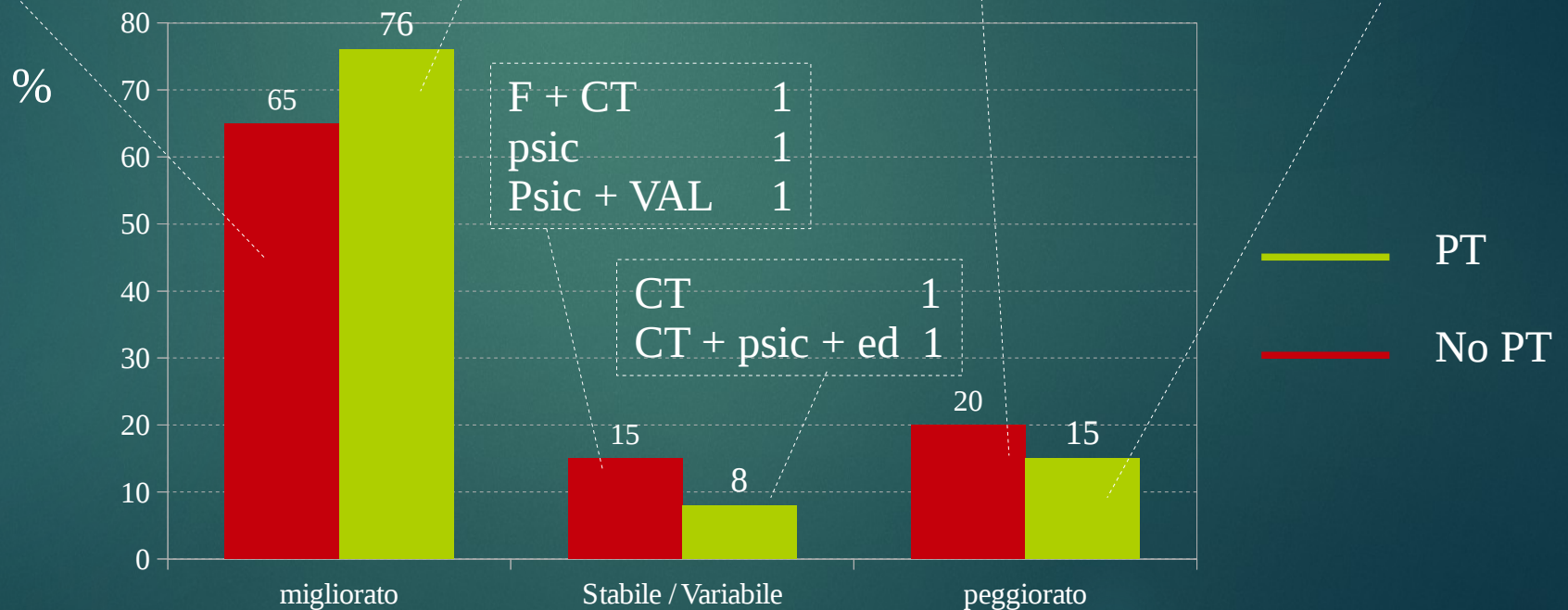
Esito qualitativo (PT = 26, no PT=20)

F	3
F + psic	2
F + riab	1
CT	1
CT + riab	2
riab	1
riab + fam	1
104	1

F	2
F + psic	1
CT	7
CT + riab	2
CT + TT	2
CT + TT + riab	1
CT+ psic	1
TT	1
TT + riab	2

F + CT	1
F + psic	1
CT + psic	1
Riab	1

F + psic	2
Fam	1
Riab	1



I casi in cui è stato eseguito PT rispetto a quelli che non lo hanno eseguito tendono ad avere:

un valore CGI-S all'ingresso meno elevato

una condizione familiare meno compromessa

una condizione sociale più spesso adeguata

comorbidity sovrapponibili

I casi in cui è stato eseguito PT rispetto a quelli che non lo hanno eseguito tendono ad avere:

uso di farmaci	<<	18 vs 50 %
CT	>>	78 vs 22 %
TT	>	28 vs 5,5 %
Psic	<	39 vs 18 %
Riab	<	14 vs 28 %

Intercettare i soggetti più compromessi

Individuare forme di intervento sulla famiglia adeguate per situazioni ambientali più sfavorevoli
(percorsi brevi motivazionali, informativi, di supporto per problemi contingenti, attività di rete, PT individuale?)

Aspetti organizzativi nei servizi

Attitudini delle famiglie o dei servizi

Aumentare il numero di casi:
valutazioni di efficacia, per quanto possibile
migliore comprensione delle interazioni tra diversi trattamenti

Criteri di inclusione/esclusione

Criteri di inclusione

QI nella norma	2
Contemporaneità con CT	1

Criteri di esclusione

Elevata conflittualità intrafamiliare	15
Difficoltà interpersonali nel lavoro di gruppo	14
Psicopatologia nei familiari	12
Resistenza al coinvolgimento nel processo di cura	10
Inappropriate aspettative dei familiari	8
Famiglie monoparentali	5
Disabilità intellettive/fisiche gravi nei genitori	1
Conoscenza italiano (genitore migrante o bilingue)	1
Comorbidità con CD o Disturbo bipolare	

Modello e manuale di riferimento

- 15 Guida per gli operatori del parent training a cura del progetto regionale ADHD
- 11 Vio et al: Il bambino con deficit di attenzione / iperattività : diagnosi psicologica e formazione dei genitori
- 4 Barkley: Bambini provocatori: manuale clinico per la valutazione e il parent training
- 8
 - Acceptance and Commitment Therapy
 - Vio e Spagnoletti “Bambini disattenti e iperattivi: PT...”
 - mindfulness
 - Modello Cognitivo Comportamentale
 - Approccio Sistemico Relazionale
 - ”ADHD e compiti a casa” Lockman Daffi

Parent Training Programs

Behavioral Parent Training (BPT)	(Pelham et al., 1995)
Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)	(Wagner et al., 2008)
Barkley's program	(Barkley, 2006)
MTA parent training group sessions	(Wells et al., 2000)
Community Parent Education Program (COPE)	(Cunningham et al., 2006)
UCLA Children's Social Skills Program	(Frankel & Myatt, 1997)
Incredible Years Programme (IY)	(Webster-Stratton, 1996)
1-2-3 Magic Parenting Programme	(Phelan, 2010)
New Forest Parenting Programme (NFPP)	(Sonuga-Barke et al., 2004)
Positive Parenting Programme (Triple P)	(Sanders, 2000)
Parents Plus (PP) Programs	(Malaca, 2008)

Operatori

Operatori PT gruppo

2 operatori	10 centri
1 operatore	8 centri

Formazione

In tutto o in parte nel progetto ADHD	18 centri
Formati nel progetto	29
In parte	8
Altra formazione	6

6 centri: gruppi di lavoro informali pre-progetto

Nessun intervento di PT in strutture private / accreditate

Strumenti di valutazione degli esiti

Sintomi core

Conners' Parents
Conners' Teachers
SNAP
SDAG, SDAI

Competenze parentali

Questionario sulla conoscenza dell'ADHD
Parental Stress Index
Alabama Parenting Questionnaire
Questionario senso di competenza genitoriale
Questionario Situazione a casa
Questionario di autovalutazione genitori
Questionario di efficacia PT
IPPDAG

Swanson et al.

A Clinical Review of Outcomes of the Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (MTA)

Curr Psychiatry Rep. 2008

For most elementary school-aged children with ADHD Combined Type, **the combination of medication and behavioral interventions appears to produce the greatest improvement in symptoms and functional outcomes** for at least one to two years and may be particularly important for **children with certain comorbid conditions and from lower socio-economic backgrounds.**

Effect size = 0.26

Concurrent behavioral interventions may **lower medication doses** needed and **enhance parent satisfaction** which may facilitate adherence to long-term treatments and minimize side effects such as growth suppression.

Behavioral interventions are also needed for the development of **positive aspects of parenting.**

What remain to be examined in other studies is the **type and duration of behavioral interventions** that are needed to achieve clinically significant results in a cost-effective manner. In addition, community care with stimulant medication needs to include more frequent monitoring and consistent, titrated dosing in order to obtain results similar to those seen in the MTA.



CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents

Action statement 5a:

For **preschool-aged children** (4–5 years of age), the primary care clinician should prescribe **evidence-based parent- and/or teacher-administered behavior therapy as the first line of treatment** (quality of evidence A/**strong recommendation**) and may prescribe methylphenidate if the behavior interventions do not provide significant improvement and there is moderate-to-severe continuing disturbance in the child's function.



CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents

Action statement 5b:

For **elementary school-aged children** (6–11 years of age), the primary care clinician should prescribe **FDA-approved medications** for ADHD (quality of evidence A/strong recommendation) **and/or evidence-based parent- and/or teacher- administered behavior therapy as treatment for ADHD, preferably both** (quality of evidence B/strong recommendation). ...

The school environment, program, or placement is a part of any treatment plan.



CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

ADHD: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents

Action statement 5c:

For **adolescents** (12–18 years of age), the primary care clinician should prescribe FDA-approved medications for ADHD with the assent of the adolescent (quality of evidence A/strong recommendation) and **may prescribe behavior therapy as treatment for ADHD** (quality of evidence C/recommendation), preferably both.

PT di gruppo: controindicazioni e fattori limitanti

Controindicazioni

Elevata conflittualità parentale

Psicopatologia in un genitore

Scarsa compliance

Non accettazione per la diagnosi

Conflittualità parentale

Disorganizzazione del sistema familiare

Disagio sociale

Impossibilità alla presenza di entrambi i genitori (problemi lavorativi, turni, orari di lavoro, lavoro precario, orari delle sedute, distanza dal centro)

Malattie (genitori, figli)

Impossibilità di figure sostitutive per i genitori a domicilio

Tendenza a considerare il percorso come uno spazio per sé (di coppia)

Difficoltà alla comprensione delle proposte

Disabilità cognitiva / fisica

Clima del gruppo

Barriera linguistica

Fattori Limitanti per PT individuale / coppia / counseling

Caratteristiche personali dei genitori

Scarsa compliance per la diagnosi

Elevata conflittualità

Psicopatologia dei genitori

Disabilità cognitiva / fisica

Aspetti educativi

costante delega alla scuola per gli aspetti educativi

inadeguato stile attribuzionale dei genitori

Aspetti contestuali

barriera linguistica

distanza dal centro



A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects

Brad Lundahl^{*}, Heather J. Risser, M. Christine Lovejoy

*College of Social Work, University of Utah, Salt Lake City, UT 84112, United States
Northern Illinois University, United States*

Received 21 March 2005; accepted 11 July 2005

Abstract

A meta-analysis of 63 peer-reviewed studies evaluated the ability of parent training programs to modify disruptive child behaviors and parental behavior and perceptions. This analysis extends previous work by directly comparing behavioral and nonbehavioral programs, evaluating follow-up effects, isolating dependent variables expressly targeted by parent training, and examining moderators. Effects immediately following treatment for behavioral and nonbehavioral programs were small to moderate. For nonbehavioral programs, insufficient studies precluded examining follow-up effects. For behavioral programs, follow-up effects were small in magnitude. Parent training was least effective for economically disadvantaged families; importantly, such families benefited significantly more from individually delivered parent training compared to group delivery. Including children in their own therapy, separate from parent training, did not enhance outcomes.

© 2005 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Modello:	Cognitivo-Comportamentale
Riferimenti:	altri oltre a quelli già proposti? numero e contenuti degli incontri
PT individuale:	quando controindicato o problematico l'intervento di gruppo
Età:	Indicazione preschooler ++ *
	Indicazione età scolare ++
	Indicazione adolescente +
* Nel preschooler integrazione con aspetti diagnostici e di trattamento in ottica di disturbi neuroevolutivi)	
Valutazione esiti PT:	quali strumenti? evitare proliferazione di strumenti (CGI-S, CGI-I, Conners', SNAP, PSI, APQ ?)



gruppo di lavoro ADHD
UO NPJA – ASST di Cremona