

## ***Fattori predittivi del drop-out: accettabilità e impegno nel parent training***



Lavinia Lombardi\*, Giuseppe Grossi\*\*,  
Lorenza Isola\*, Enrico Iuliano\*\*, Monica Mercuriu\*,  
Cristiana Patrizi\*, Giuseppe Romano\*,  
Valeria Semeraro\*, Carlo Buonanno\*

*[Ricevuto il 3 febbraio 2020  
Accettato il 26 aprile 2020]*

### **Sommario**

L'obiettivo di questa revisione è identificare metodi efficaci per migliorare l'impegno e l'adesione delle famiglie ai programmi di *parent training* (BPT). Nonostante la letteratura indichi risultati positivi, spesso le famiglie mostrano uno scarso impegno, fino a giungere a un precoce abbandono del percorso terapeutico. Ciò comporta una serie di conseguenze negative per le famiglie, i clinici, la ricerca e il servizio sanitario nazionale. La letteratura, ad oggi, individua alcuni fattori predittivi del *drop-out* e varie componenti da includere nei *parent training* per aumentare l'impegno e l'adesione alle procedure di intervento. Tra strategie di coinvolgimento, alcuni autori suggeriscono l'utilizzo di un promemoria degli appuntamenti, brevi discussioni iniziali sulla necessità di impegnarsi, metodi di coinvolgimento dei sistemi familiari, adattamenti strutturali del programma, incentivi finanziari, aumento del supporto familiare e colloqui motivazionali. Nonostante i programmi BPT abbiano un'elevata efficacia nel cambiamento del comportamento genitoriale, la letteratura evidenzia elevati livelli di *drop-out*, ragion per cui gli studi presentati hanno piccoli campioni che limitano il potere statistico e la generalizzabilità dei risultati.

*Parole chiave:* *parent training*, strategie di coinvolgimento, aderenza al trattamento, impegno terapeutico, ostacoli al trattamento, *drop-out*.

\* Équipe per l'età evoluta Associazione di Psicologia Cognitiva – Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma.

\*\* Centro di Psicoterapia e Riabilitazione InMovimento, Fondi.

Autore corrispondente: Lavinia Lombardi, Viale Castro Pretorio, 116, 00185 Roma.  
e-mail: [lavinia.lombardi83@yahoo.it](mailto:lavinia.lombardi83@yahoo.it)

*Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN e 2281-6046), n. 46/2020*

Doi: 10.3280/qpc46-2020oa10163

87

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial - NoDerivatives License.  
For terms and conditions of usage please see: <http://creativecommons.org/>.

Lavinia Lombardi et al.

## Abstract

*Predictive factors of drop-out: acceptability and commitment in parent training*

Our goal with this review was to identify effective methods of improving family's engagement and retention in Behavioural Parent Training (BPT). There are a lot of trials in the literature that indicates positive results in BPT, but barriers may be mainly relevant for the initial decision to enroll in a program and in premature drop-out. This generates negative consequences for families, clinicians, research and the national health service. Engaging and retaining families in mental health prevention and intervention programs is critically important to insure maximum public health impact. The literature identifies components for family treatment that may improve overall engagement and reduce drop-out. Seven general engagement approaches were tested: appointment reminders, brief initial engagement discussions, family systems engagement methods, structural or other adaptations to program delivery, financial incentives, enhanced family support and motivational interviewing. Moreover, despite the wide quality of these studies, the relatively small database limits our ability to assess overall impact of engagement interventions quantitatively with any degree of confidence.

*Key words:* parent training, engagement intervention, retention intervention, treatment engagement, barriers to treatment, drop-out.

## Introduzione

Nella pratica clinica in età evolutiva, è facile osservare come i genitori possano rivestire un ruolo importante nella gestione del disturbo del figlio. Lo stile genitoriale e i comportamenti adottati dai genitori possono rappresentare un fattore di mantenimento del disturbo, interferendo con la terapia. Per tale motivo, modificare le strategie genitoriali è essenziale per ottenere un cambiamento comportamentale del bambino e auspicarne la stabilità nel tempo. Il *parent training*, anche conosciuto come *Behavioural Parent Training* (BPT), è un intervento psicologico di natura psico-educativa rivolto ai genitori che desiderano migliorare le relazioni con i propri figli, qualora presentino problemi emotivi e comportamentali. Nasce come processo didattico informativo per la gestione dei comportamenti aggressivi-oppositivi-devianti dei ragazzi (Hanf, 1970), in cui il terapeuta addestra i genitori all'uso di tecniche per la gestione di tali comportamenti disfunzionali. Le tecniche insegnate sono di derivazione cognitivo-comportamentale e hanno lo scopo di aiutare i genitori a identificare e manipolare gli eventi attivanti e i fattori di mantenimento. Attraverso *tecniche di rinforzo, ignoring, token economy, time out, homework, role-play e video-feedback*, il terapeuta aiuta i genitori ad incrementare l'attuazione di comportamenti adeguati e a ridurre

quelli non desiderati (Pezzica *et al.*, 2008). Tuttavia, un *parent training* che insegni tecniche seguendo un approccio esclusivamente didattico ha come conseguenza la piena attribuzione di responsabilità al terapeuta di “riparare” il problema e promuove l’idea di un genitore “incapace”. Per tale motivo il BPT si è evoluto nella direzione di un maggiore coinvolgimento genitoriale, spostando il *focus* dall’insegnamento delle tecniche alla definizione del problema in termini di relazione disfunzionale tra genitori e figli. Gradualmente, il terapeuta ha assunto il ruolo di “*coach*” della funzione genitoriale, un esperto nei problemi del bambino che deve però possedere buone capacità relazionali, comunicative e di mediazione con le famiglie (Webster-Stratton ed Herbert, 1994). Il terapeuta osserva il modo in cui il genitore entra nella relazione problematica con il figlio e promuove flessibilità, accettazione, abilità di negoziare i conflitti, capacità di riconoscere, leggere e interpretare i comportamenti del figlio alla luce dei suoi bisogni. I percorsi di *parent training* che attribuiscono ai genitori il ruolo di “agenti di cambiamento” modificano i comportamenti del bambino e hanno maggiore probabilità di mantenere gli effetti sul lungo termine (Kaminski *et al.*, 2008). Ma quali sono gli obiettivi di un programma di BPT?

Il *parent training* mira a:

- modificare i cicli interpersonali per migliorare la qualità della relazione e della comunicazione tra figli e genitori;
- modificare le credenze genitoriali disfunzionali che contribuiscono all’emissione di risposte che mantengono il problema del figlio;
- sviluppare strategie educative che tutelino lo sviluppo psicologico dei figli e siano efficaci per il problema presentato.

Il BPT è un intervento che può essere proposto a singole coppie oppure a un gruppo di genitori ed è rivolto a soggetti in età evolutiva (0-18 anni). La scelta della modalità di applicazione più adeguata spetta al clinico. È consigliabile seguire in coppia i genitori che non si sentono a proprio agio a parlare delle difficoltà del figlio e della propria famiglia in presenza di altri, oppure se hanno bisogno di una supervisione più frequente, di un maggior controllo nella comprensione e nell’attuazione delle strategie, o ancora se hanno caratteristiche comportamentali che possano influire negativamente sul clima del gruppo (Baldini *et al.*, 2004). Nei casi in cui un genitore sia affetto da un disturbo psicopatologico (depressione maggiore o disturbi di personalità) che ne ostacoli l’integrazione nel gruppo e pregiudichi la regolare frequenza agli incontri, è invece preferibile un percorso individuale che segua comunque le linee guida del PT (Lambruschi e Muratori, 2013).

Nel PT di gruppo la partecipazione è estesa ad un massimo di 5-6 coppie

di genitori ed è generalmente richiesta la partecipazione di *entrambi i genitori*. In questo modo, fin dall'inizio, si chiarisce che le idee, le emozioni e i vissuti di ogni componente del sistema familiare sono importanti e possono anzi risultare determinanti nella comprensione del disagio, oltre che nell'offrire nuove possibilità di crescita al piccolo paziente (Lambruschi e Muratori, 2013; Lambruschi, 2004). La presenza di entrambi i genitori offre anche il vantaggio di orientare il lavoro sul funzionamento globale della coppia nei confronti del bambino e sulla condivisione di scelte educative coerenti e condivise (Lambruschi e Muratori, 2013).

I primi BPT risalgono alla fine degli anni '60 ed erano rivolti a genitori di ragazzi con disturbi esternalizzanti. Anche attualmente, la richiesta resta elevata per tali disturbi, a causa della compromissione significativa della qualità della vita familiare, con i genitori che richiedono aiuto a causa del senso di inefficacia e di impotenza che sperimentano (Nock e Kazdin, 2001). Inoltre, i problemi comportamentali caratterizzati dall'opposizione, dall'aggressività, dall'impulsività e dalla disattenzione, se non sono trattati in modo tempestivo e incisivo possono stabilizzarsi compromettendo la vita del bambino in più di un dominio funzionale (scuola, famiglia e gruppo dei pari) (Lambert *et al.*, 2001). È bene ricordare come, sebbene tali comportamenti siano tipici nei bambini molto piccoli e talvolta si riducano spontaneamente intorno al terzo anno di vita, essi possono attivare nella relazione genitori-figli circoli viziosi coercitivi e con il rischio di favorire la comparsa di comportamenti delinquenti in adolescenza (Broidy *et al.*, 2003). Più precoce è l'esordio dei problemi di condotta, maggiore sarà la probabilità di sviluppare atteggiamenti devianti in adolescenza (Farrington *et al.*, 2003) e di impegnarsi in comportamenti antisociali per tutta l'età adulta (Moffitt e Caspi, 2001; Moffitt *et al.*, 2002). Quindi, l'interruzione di comportamenti genitoriali inadeguati come le strategie disciplinari punitive, lo scarso monitoraggio e l'incoerenza, oltre a ridurre la probabilità di consolidare l'adesione a modelli criminali in età adulta, limita la possibilità di sviluppo di ulteriori problematiche, tra le quali l'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti (Lochman *et al.*, 2012). È importante interrompere precocemente una condotta disfunzionale quando ancora i modelli comportamentali sono più facilmente modificabili.

Nel corso degli anni, gli obiettivi del *parent training* si sono estesi ben oltre l'intenzione originale. Attualmente, i programmi ideati si focalizzano su contenuti diversi che vanno da generiche problematiche di tipo educativo a programmi che riguardano disturbi specifici. I programmi generici affrontano tematiche come la conoscenza dello sviluppo tipico del bambino, il senso di autoefficacia dei genitori, le abilità comunicative con il bambino, lo

sviluppo di adeguate strategie educative e di gestione del comportamento del figlio, la comunicazione emotiva, la comunicazione volta alla disciplina, la promozione delle competenze sociali dei comportamenti prosociali, il miglioramento delle abilità scolastiche e cognitive del bambino (Kaminski *et al.*, 2008). Ci sono, invece, programmi di BPT più specifici come quelli sull'ADHD, sui disturbi della condotta e sui disturbi oppositivo-provocatori, sulla fobia sociale, sui disturbi generalizzati dello sviluppo, sul ritardo mentale e altri tipi di disabilità (Lochman *et al.*, 2012). La loro efficacia è ormai riconosciuta e supportata da innumerevoli studi empirici e da ampie meta-analisi focalizzate sugli esiti dei programmi (Cedar e Levant, 1990; Thomas *et al.*, 2007).

### **Elementi comuni nei programmi di BPT**

I programmi di *parent training* possono avere basi teoriche differenti ed è possibile distinguere diversi orientamenti, quali: la psicologia adleriana, l'analisi transazionale, l'approccio umanistico e la psicoterapia cognitivo-comportamentale. La psicologia adleriana mira a rinforzare le componenti positive già presenti nella relazione e valorizza il confronto in famiglia (Scabini e Iafrate, 2003); l'analisi transazionale focalizza l'attenzione sulle interazioni tra genitori e figli con l'obiettivo di soddisfare i bisogni del bambino (Berne, 1971; Barile *et al.*, 2004); l'approccio umanistico-esistenziale di Gordon (PET e di *Parent Effectiveness Training*) è più generico e punta all'uguaglianza nella relazione tra genitori e figli (Gordon, 1997); la terapia cognitivo-comportamentale, insegna tecniche specifiche per il disturbo e amplia le competenze di *parenting* (Lambruschi e Muratori, 2013). In quest'ultimo caso, i contenuti principali veicolati sono volti a fornire informazioni sul disturbo, riorganizzare la rappresentazione mentale del figlio e sviluppare strategie e competenze di gestione dei problemi al fine di migliorare la relazione.

I BPT, sebbene differiscano per l'orientamento teorico, condividono tutti lo scopo di insegnare ai genitori modi alternativi per identificare e concettualizzare i comportamenti problematici del bambino. Pertanto, non è la base teorica che condiziona l'efficacia del BPT, bensì la scelta delle componenti specifiche che vengono inserite nei programmi (Kamisky, 2008; Reyno e McGrath, 2006; Battagliese *et al.*, 2015). I BPT presentano numerosi *elementi comuni* e conoscerli consente al terapeuta di migliorare la pratica clinica, oltre che ridurre i costi per sé e per le famiglie. Interessante è la revisione meta-analitica effettuata da Kamisky e Valle (2008) che sintetizza i

risultati di 77 studi effettuati sui programmi di BPT volti a ridurre i problemi comportamentali dei bambini di età compresa tra 0 e 7 anni. Gli *elementi comuni* possono essere distinti in componenti specifiche e tecniche. Mentre le componenti specifiche riguardano i contenuti proposti alla coppia genitoriale e variano in base allo scopo del BPT, le tecniche riguardano le modalità e le strategie attraverso le quali vengono esercitate le nuove competenze. Abitualmente, i programmi possono contenere le seguenti componenti: informazioni sulla cura e sulla conoscenza dello sviluppo tipico del bambino, *responsiveness sensitivity* (responsività del *caregiver*), interazione positiva, comunicazione emotiva, comunicazione disciplinare, rinforzo positivo, *time out*, coerenza genitoriale, *social skills*, insegnamento dei comportamenti prosociali, risoluzione dei problemi, promozione delle capacità cognitive e accademiche dei bambini. Tra le tecniche utilizzate: *homework*, giochi di ruoli, *modeling*<sup>1</sup>, pratica dal vivo<sup>2</sup>, fornire istruzioni separate dal bambino<sup>3</sup>. I *parent training*, inoltre, possono essere protocollati o creati *ad hoc* in base alle esigenze presentate.

### **Fattori correlati al *drop-out***

Tra il 20% e l'80% delle famiglie abbandona prematuramente il percorso terapeutico e molti frequentano meno della metà degli incontri totali (Gomby, 2000; Masi *et al.*, 2003). Negli ultimi anni, la politica sanitaria ha imposto una maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi offerti dal Sistema Sanitario Nazionale, con l'obiettivo di migliorare l'accesso dei pazienti e l'efficacia dei trattamenti. La letteratura (Olzbeck *et al.*, 2018; Chacko, 2016), inoltre, pone ampia attenzione sui fattori che influenzano il *drop-out*, in quanto, l'abbandono precoce del trattamento genera un'ampia gamma di conseguenze negative: (Armbruster e Kazdin, 1994) per le famiglie che, non modificando il comportamento del bambino, mantengono un livello elevato di *stress* familiare; per i clinici, poiché aumentano gli svantaggi legati all'intervento, in quanto, l'interruzione precoce genera costi elevati e una scarsa efficacia del programma; per i ricercatori, che vedono le proprie indagini di ricerca danneggiate a causa della riduzione drastica del campione, con un effetto di riduzione del potere statistico e risultati con limitata generalizzabilità.

<sup>1</sup> *Modeling*: la tecnica del modellamento del comportamento che avviene attraverso l'osservazione del comportamento di un soggetto che funge da modello.

<sup>2</sup> *Pratica dal vivo*: presenza dei genitori e del bambino in seduta.

<sup>3</sup> *Istruzioni senza bambino*: sessioni con presenza esclusiva dei genitori, i quali dovranno esercitare le nuove abilità con i loro bambini tra una sessione e l'altra.

Di seguito, riportiamo alcune delle variabili presenti in letteratura, altamente correlate con il *drop-out* (Dumas *et al.*, 2007; Reyno e McGrath, 2006; Kazdin e Wassell, 2000):

- variabili demografiche, come lo svantaggio socioeconomico, essere un genitore single, famiglie con un basso reddito, essere genitori appartenenti a una minoranza etnica (in quanto le difficoltà di comprensione della lingua e specifiche credenze culturali possono ostacolare la richiesta di aiuto);
- variabili parentali, come il grado di gravità del disturbo presentato (es.: un grave disturbo della condotta e il comportamento altamente delinquenziale), l'elevato *stress* materno, la depressione materna, aver avuto eventi di vita negativi e la presenza di conflittualità familiare;
- variabili di partecipazione, ossia tutti gli ostacoli che impediscono una continuità nella partecipazione al BPT come ad esempio le famiglie con entrambi i genitori lavoratori, l'assenza di una rete di sostegno familiare e i genitori provenienti da quartieri con basse risorse (es. assenza di trasporti). Queste variabili vanno ad impattare sulle possibilità dei genitori di organizzarsi e dedicare tempo al programma di BPT e favoriscono la demotivazione e la sospensione precoce del percorso.

Tra i motivi di abbandono direttamente dichiarati dalle famiglie, spesso vengono citati ostacoli pratici come la mancanza di tempo, le difficoltà di pianificazione (es.: disorganizzazione nella gestione familiare), i costi elevati del trattamento, la mancanza di trasporto e di assistenza all'infanzia (Garvey *et al.*, 2006; Kazdin *et al.*, 1997; Spoth e Redmond, 2000; Stevens *et al.*, 2006). Inoltre, le critiche coinvolgono anche il programma (ad es. gli obiettivi e le attività proposte non sono percepite in linea con i bisogni delle famiglie o hanno prodotto bassi benefici); i trainer, percepiti come giudicanti e scarsamente empatici; il luogo di svolgimento degli incontri (ad esempio lontano dai quartieri più svantaggiati e con scarse risorse) (Gross *et al.*, 2001). Infine, altri elementi da monitorare quando il trattamento è in corso, riguardano la presenza alle sessioni e l'impegno nel processo di cambiamento. Quando i genitori saltano gli appuntamenti senza preavviso e non eseguono gli *homework*, con elevata probabilità, abbandoneranno il percorso terapeutico.

### **Fattori che favoriscono l'ingaggio e l'impegno.**

Affinché un programma sia efficace, è necessario che ci sia una partecipazione attiva che coinvolga realmente i genitori nel processo di cambia-

mento. La partecipazione attiva può essere osservata ad esempio nell'esposizione dei genitori durante le sedute, nella loro volontà a parlare delle difficoltà incontrate e nel completamento degli *homework* tra una sessione e l'altra. A questo proposito, il National Institutes of Health ha identificato tra le minacce significative agli interventi *evidence-based* (NIMH, 2001) il basso coinvolgimento e la ridotta adesione, quindi raccomanda un maggiore monitoraggio per arginare il problema.

Coloro che mostrano un minor coinvolgimento sono proprio gli utenti che hanno più bisogno, ossia le famiglie considerate ad alto rischio di *drop-out*: quelle a basso reddito, con presenza di membri in gravi condizioni di salute e che vivono in luoghi con carenza di servizi pubblici (Pekarik e Stephenson, 1988; Snell-Johns *et al.*, 2004). Bisogna tener conto anche dei fattori apparentemente marginali per aumentare la partecipazione e il coinvolgimento e potenziare la qualità dei programmi con accorgimenti e metodi vari (Miller e Rollnick, 2002; Kazdin *et al.*, 1997), superando l'eventuale timore del terapeuta di "uscire fuori programma". Ad esempio, quando si implementa un programma di BPT è necessario monitorare i predittori di *drop-out*, ponendosi le seguenti domande: come faccio ad aumentare la motivazione dei genitori? Come affronto le reali difficoltà e gli ostacoli alla partecipazione? Come monitoro le loro convinzioni sull'irrelevanza del trattamento? In quale modo posso migliorare la relazione terapeutica? Trovare soluzioni concrete a queste domande consente di migliorare l'ingaggio dei genitori e, di conseguenza, riduce il rischio di *drop-out* (Ingoldsby, 2011).

Ma che cos'è l'ingaggio e come è possibile monitorarlo?

L'ingaggio è un costrutto ampio, composto da tre domini: *frequenza*, *aderenza* e *cognizioni* (Becker *et al.*, 2015; Staudt, 2007). La *frequenza* descrive la percentuale di iscrizioni tra le persone della popolazione idonee a partecipare, il grado con cui le famiglie iscritte assistono alle sessioni terapeutiche e completano il trattamento. L'*aderenza* fa riferimento al grado con cui le famiglie rispettano il trattamento, ossia all'utilizzo quotidiano delle abilità insegnate nelle sessioni (ad esempio il completamento degli *homework*) e alla partecipazione alle attività come le discussioni di gruppo o i giochi di ruolo. Le *cognizioni*, un'area relativamente poco studiata, fanno riferimento al rationale del trattamento, all'alleanza terapeutica, alle aspettative dei genitori e al grado di soddisfazione degli utenti del percorso (Chacko *et al.*, 2016).

McCurdy e Daro (2001) considerano l'impegno dei genitori come un processo multistadio che va dall'ingaggio al termine del trattamento; in ogni fase ci sono fattori che devono essere monitorati e affrontati perché possono ostacolare il coinvolgimento alla terapia (Eisner e Meidert, 2011). Nella fase

iniziale è bene effettuare un colloquio preliminare in cui si pongono domande per valutare la flessibilità nella gestione del tempo, gli ostacoli organizzativi familiari e la presenza di una rete familiare (parenti, vicini ecc.) che agevoli la partecipazione alle sessioni. Le domande poste potrebbero essere: in quali giorni della settimana potreste partecipare agli incontri? Avete possibilità di raggiungere facilmente il luogo in cui gli incontri verranno svolti? Avete aiuti familiari – nonni, parenti o vicini – che vi possano aiutare a superare le difficoltà di organizzazione? Superata la fase dell'ingaggio, subentrano altri fattori indispensabili per l'efficacia del BPT come l'impegno e il coinvolgimento (seconda fase) (Eisner e Meider, 2011). I fattori essenziali per motivare i genitori a partecipare a tutto il programma sono: il clima generale del corso, il coinvolgimento con gli altri partecipanti, la valutazione positiva del terapeuta e l'applicazione quotidiana delle tecniche insegnate nell'interazione con i figli (Spoth e Redmond, 1995). Il clima generale del corso dipende sia dalla creazione di un buon gruppo, valutando inizialmente quali persone siano adeguate a partecipare alle sessioni, sia dalle buone capacità del terapeuta di entrare in relazione con gli altri, mostrando un atteggiamento spontaneo, accogliente e non giudicante. Dare spazio a tutti i partecipanti è essenziale per coinvolgerli nel processo di cambiamento, quindi nella gestione della seduta talvolta occorre frenare coloro che prendono troppo spazio, per accogliere i partecipanti più riservati. La valutazione positiva del terapeuta può dipendere sia dalla competenza e dalla padronanza nella gestione delle sessioni, sia dalla disponibilità ad accogliere in modo equo i genitori. Infine, per far sì che i genitori utilizzino le tecniche insegnate, è indispensabile che siano applicabili (es. *token economy* e *time out*), in modo da far sentire i genitori "agenti di cambiamento" e motivarli a metterle in atto nella quotidianità (Dane e Schneider, 1998; Domitrovich e Greenberg, 2000; Moncher e Prinz, 1991; Mowbray *et al.*, 2003). Talvolta, per aumentare la motivazione alla partecipazione (soprattutto per le famiglie con svantaggio socioeconomico) vengono utilizzati premi estrinseci come: buoni regalo, denaro, agevolazioni sul trasporto verso il centro in cui vengono svolte le sessioni BPT, cibo ed altri beni materiali. Questi incentivi, se assegnati in una fase difficile e impegnativa del percorso di BPT, possono migliorare l'impegno ad utilizzare le strategie insegnate nel programma (Ryan e Deci, 2000).

Altre strategie risultate efficaci per l'aumento dell'aderenza al trattamento sono la creazione di "programmi ad avanzamento" oppure la creazione di comunità di base. Per "programmi ad avanzamento" si intende la strutturazione del BPT in vari *step*. Inizialmente tutti i genitori partecipano al programma di base, ma solo per chi raggiunge risultati perché si esercita ed

applica le strategie in modo attivo è previsto il livello di avanzamento (Rogers *et al.*, 1981). Creare una comunità di base (anziché un gruppo clinico di BPT) per famiglie con bambini che hanno gravi disturbi della condotta, invece, porta diversi risultati positivi, tra i quali: ridurre i comportamenti esternalizzanti dei bambini, aumentare le iscrizioni al programma da parte delle famiglie con svantaggio socio-economico e ridurre il *drop-out* (Cunningham *et al.*, 1995). Le relazioni interne alla comunità di base apportano diversi vantaggi nella gestione degli ostacoli, difatti i genitori sono incoraggiati dagli altri membri a partecipare alle sessioni e sono maggiormente motivati a risolvere gli ostacoli logistici e psicologici (Eyberg *et al.*, 1998).

In sintesi, per migliorare l'ingaggio e l'impegno sarebbe buona prassi utilizzare i seguenti accorgimenti nella gestione del BPT:

- effettuare un'intervista preparatoria al trattamento, per valutare la motivazione e l'adesione di entrambi i genitori al percorso – a meno che non si tratti di genitori single – e individuare la presenza di eventuali ostacoli alla partecipazione;
- sensibilizzare i partecipanti all'impegno costante, sottolineando che l'aderenza al trattamento (ossia fare gli *homework*, applicare le tecniche presentate, partecipare agli incontri) è indispensabile per avere un effettivo cambiamento;
- fornire maggiore attenzione ai problemi dei genitori nel corso del trattamento, dedicandoci del tempo per trovare soluzioni, farli sentire accolti e creare una migliore alleanza terapeutica.

### **Interventi volti a migliorare la partecipazione al BPT**

Diversi autori hanno ipotizzato e applicato componenti aggiuntive da associare agli interventi di BPT per migliorare la partecipazione alle sessioni. Nock e Kazdin (2005), ad esempio, hanno sviluppato il PEI (*Participation Enhancement Intervention*), un breve intervento aggiuntivo al *parent training* che ha lo scopo di responsabilizzare la coppia genitoriale alla partecipazione e alla gestione delle tecniche insegnate nel programma (Prinz e Miller, 1994; Szapocznik *et al.*, 1988). Il PEI prevede tre punti fondamentali:

- a) fornire informazioni sull'importanza della partecipazione e dell'aderenza al trattamento;
- b) sollecitare i genitori a esporre il proprio punto di vista e le credenze che influenzano la motivazione al trattamento;
- c) aiutare i genitori a identificare e sviluppare piani per superare gli ostacoli che possono insorgere nel corso del trattamento come, ad esempio, la

mancanza di supporto da parte degli altri e la percezione che il trattamento implichi richieste troppo difficili.

Il PEI viene affrontato durante la prima, la quinta e l'ottava sessione, in tre brevi momenti della durata di 5-15 minuti, senza aumentare il numero delle sessioni del protocollo di trattamento. Tale scelta è stata condizionata dall'esigenza di associarlo agli interventi senza aumentarne i costi, in quanto, i clinici e i servizi sanitari, spesso, non hanno a disposizione né risorse economiche né di tempo. La durata di ciascuna discussione varia a seconda del numero degli ostacoli individuati e del tempo necessario per risolverli.

Il terapeuta indaga pensieri e credenze genitoriali sulle possibilità e opportunità di cambiamento del proprio comportamento. Ad esempio, a fine incontro, dopo aver esposto le tecniche da applicare, può chiedere come prevedono di applicarle, in quale momento e in che modo immaginano che possano essere utili per cambiare il comportamento del figlio. Oppure, può porre domande sulle aspettative di efficacia dell'intervento, così da valutare la motivazione dei genitori a seguire il programma. Durante queste brevi discussioni, inoltre, i terapeuti mostrano attenzione ai problemi dei genitori, facendo emergere anche i potenziali ostacoli alla partecipazione, come, ad esempio, i problemi di trasporto, la mancanza di supporto da parte degli altri o la percezione che il trattamento sia troppo impegnativo o irrilevante, aiutandoli, al contempo, a trovare soluzioni ai problemi presentati. Alla fine di ciascuna di queste sessioni PEI, i terapeuti forniscono ai genitori una copia del piano di trattamento completato insieme e lasciano una brochure che descrive l'importanza di una presenza costante alle sessioni e l'impegno ad aderire al programma terapeutico per produrre esiti positivi. Sembra che, nonostante l'intervento PEI sia breve e duri solo pochi incontri, gli effetti sulla motivazione, la partecipazione e l'aderenza al trattamento siano elevati (Nock e Kazdin, 2005).

Un'altra strategia per aumentare l'impegno familiare e la fidelizzazione al programma è stata proposta da Staudt (2007), che individua 5 componenti da indagare e monitorare durante le sessioni, quali:

- a) la rilevanza del trattamento e l'accettabilità;
- b) le cognizioni e le credenze sul trattamento;
- c) gli *stress* quotidiani;
- d) gli ostacoli esterni al trattamento;
- e) l'alleanza terapeutica.

Prende spunto dal modello delle credenze sulla salute (Spath e Redmond, 1995), dalla teoria delle aspettative (Morrissey-Kane e Prinz, 1999; Nock e Kazdin, 2001), dalla teoria dell'autoefficacia percepita (Bandura, 1977) e dalle teorie dell'azione e della pianificazione (Ajzen e Fishbein, 1975).

(a) *La rilevanza del trattamento e accettabilità*, (b) *le cognizioni e le credenze sul trattamento* sono fondamentali per mantenere una motivazione elevata per tutto il trattamento. Coloro che percepiscono un forte bisogno di ricevere cure, che credono che il trattamento produrrà risultati e hanno un'alta fiducia nelle proprie capacità per far cambiare il comportamento del bambino avranno maggiori probabilità di impegnarsi nel processo di trattamento (Kazdin *et al.*, 1997; Spoth e Redmond, 1995). Inoltre, la percezione che il programma di trattamento sia adeguato alle proprie esigenze e l'allineamento delle aspettative genitoriali agli obiettivi del corso è indispensabile per coinvolgere i genitori in un impegno costante (Morrissey-Kane e Prinz, 1999).

(c) *L'indagine degli stress quotidiani* e (d) *degli ostacoli esterni al trattamento* serve a prevenire il *drop-out* precoce. Durante le sessioni, il terapeuta aiuta le famiglie a prevedere e identificare vari ostacoli al trattamento individuando possibili soluzioni a tali problemi. Probabilmente i genitori, soprattutto quelli che hanno bambini con problemi di condotta, sono sottoposti a maggiori fonti di *stress* (ad es. problemi economici, familiari, interpersonali e intrapersonali) e necessitano di essere accolti su una più ampia serie di problemi di vita, oltre alla gestione del bambino e alle interazioni genitore-figlio.

Infine, (e) *l'alleanza terapeutica*. Le famiglie che sperimentano un legame personale e una maggiore collaborazione con il terapeuta per lo sviluppo degli *homework* e degli obiettivi del trattamento hanno maggiori probabilità di impegnarsi e non abbandonare il percorso (Thompson *et al.*, 2007). Una buona alleanza terapeutica consente di valutare il grado di "prontezza al cambiamento", ossia quanto la coppia genitoriale stia investendo nel cambiamento e nell'aderenza alla terapia osservando quali tecniche insegnate vengono applicate (Miller e Rollnick, 2002; Prochaska e Velicer, 1997). Sull'alleanza terapeutica influiscono diverse variabili, tra le quali: le capacità del terapeuta di entrare in relazione con la coppia genitoriale, l'attenzione alle loro esigenze e alle aree di vita stressanti, il livello di esperienza e di formazione del terapeuta. I trainer dei programmi talvolta utilizzano una varietà di strategie interpersonali per coinvolgere le famiglie, tra cui esprimere empatia e convalidare i loro sentimenti sull'intervento, abbinare il loro stile di comunicazione ai bisogni delle famiglie ed esprimere rispetto per le credenze culturali, religiose e di altro tipo (Beeber *et al.*, 2007).

Swarikars e Dadds (2017) suggeriscono di focalizzare l'attenzione sulle attribuzioni negative dei genitori sul figlio. Le credenze peggiori (la spiegazione che danno del comportamento del bambino, cosa pensano e quali emozioni sperimentano quando sono a contatto con lui) diventano un osta-

colo mentale al trattamento. Esempi di attribuzioni negative possono essere le seguenti: “mio figlio è terribile perché è come il nonno”, oppure, “non capisce come si deve comportare, forse, se glielo spiega un altro comprenderà meglio”, o ancora, “lui è sbagliato, se cambia lui stiamo tutti meglio”. Come è intuibile, intrattenere tali convinzioni influisce sulla motivazione al cambiamento e, dunque, cambiarle diviene essenziale per far aderire i genitori al programma e per ridurre al minimo l'utilizzo di strategie educative coercitive e caratterizzate da punizioni corporali (Stern e Azar, 1998). Nelle fasi iniziali è opportuno dedicare del tempo ad individuare e far emergere tali attribuzioni, per condividerle con il terapeuta e creare l'opportunità di cambiarle con attribuzioni più positive. È possibile che i genitori si impegnino ad accogliere l'intero programma solo dopo un intervento di questo tipo.

Le sessioni iniziali servono ad allineare le aspettative genitoriali all'obiettivo dell'intervento, a fornire piani di trattamento chiari, spiegando il programma, a sottolineare il legame tra raggiungimento degli obiettivi e partecipazione alle diverse sessioni, a rinforzare gli eventi in cui il genitore mostra di aver agito con una genitorialità più positiva e ad accogliere le esigenze familiari (Watts e Dadds, 2007).

Un altro elemento importante da valutare riguarda le aspettative familiari sul percorso proposto, perché possono influenzare l'impegno e gli esiti del trattamento.

Tra i primi ad indagare questa relazione Miller e Prinz (2003) che hanno valutato l'influenza del *locus of control* (interno e esterno) dei genitori, sull'impegno e sulla fidelizzazione al programma di BPT. È emerso che il tipo di *locus of control* e il modello di trattamento sono predittivi del coinvolgimento genitoriale. Ad esempio, i genitori di bambini con problemi di condotta spesso attribuiscono i problemi solo al bambino (*locus of control* esterno) piuttosto che a fattori genitoriali (*locus of control* interno) (Morrissey-Kane e Prinz, 1999). Se a queste famiglie verrà fornito un trattamento incentrato sul bambino, oltre a quello genitoriale, ci sarà un maggiore coinvolgimento nel tempo. In tal caso l'allineamento delle aspettative genitoriali (esterne) al trattamento (che prende in carico anche il bambino) produrrà buoni effetti. Quando le aspettative e la struttura del trattamento non corrispondono, la motivazione si riduce drasticamente generando maggiori tassi di abbandono. Ad esempio, i genitori che nell'intervista di pre-trattamento hanno attribuito piena responsabilità del comportamento inadeguato solo al bambino (*locus of control* esterno), ma che sono stati assegnati ad un *parent training* che non prende in carico il bambino, abbandonano precocemente la terapia. I risultati, quindi, suggeriscono che è importante inserire nell'intervista preliminare al trattamento l'indagine delle aspettative genitoriali, per

Lavinia Lombardi et al.

allineare l'intervento alle aspettative in modo che l'impegno e il coinvolgimento riducano il rischio di *drop-out*. Il genitore che ha un *locus of control* esterno disinveste su se stesso come agente di cambiamento rinunciando ad applicare pratiche genitoriali più funzionali, mantiene un'attenzione selettiva sui comportamenti inadeguati e rinforza l'idea che non esistano mezzi più utili delle strategie punitive.

### **Strategie di pre-trattamento per migliorare il coinvolgimento e la fidelizzazione**

Ingoldsby (2011) propone sette metodi generali di coinvolgimento nel *parent training* che hanno ridotto i livelli di *drop-out*: promemoria di appuntamenti, brevi discussioni iniziali sul coinvolgimento, procedimenti di coinvolgimento del sistema familiare, adattamenti del programma alle esigenze dei partecipanti, incentivi finanziari, individuazione del miglior supporto familiare e colloquio motivazionale.

1. *Promemoria appuntamenti*. Chiamare i genitori prima della seduta aiuta ad aumentare la presenza nelle fasi iniziali del percorso. È il metodo più semplice e più comunemente usato nelle cliniche ed è utile soprattutto per i BPT sui disturbi della condotta infantile (Watts e Dadds, 2007), tuttavia non genera un aumento dell'impegno e della fidelizzazione al programma.

2. *Brevi interventi per affrontare le barriere interpersonali o pratiche*. McKay, Nudelman e McCadam (1996) hanno testato strategie per rafforzare l'alleanza terapeutica e per ridurre gli ostacoli al trattamento per le famiglie a basso reddito che fanno richiesta di terapia ambulatoriale. Gli autori propongono due strategie: un colloquio telefonico di 30 minuti, in cui un assistente affronta le preoccupazioni della famiglia ed eventuali impedimenti al trattamento; una prima sessione orientata al coinvolgimento, indagando le aspettative delle famiglie riguardo i problemi di trattamento, le difficoltà finanziarie, la condivisione della programmazione degli incontri e le possibilità di trasporto verso il luogo degli incontri e, quando possibile, cercando di rispondere ad esse andando incontro ai bisogni. Applicando questi due *step* al gruppo di trattamento è emerso che, rispetto al campione di controllo, tali strategie correlavano con un più alto livello di adesione e coinvolgimento iniziale, senza generare un effettivo incremento dell'impegno e della partecipazione successiva.

3. *Approcci di coinvolgimento dei sistemi familiari* (Santisteban *et al.*, 1996; Coatsworth *et al.*, 2001). È più intensivo nelle fasi di pre-trattamento e prende origine dalla terapia breve dei sistemi familiari. Il programma, rivolto alle famiglie straniere con adolescenti con problemi di condotta, si è dimostrato efficace. Un esempio è l'intervento di *Strategic-Structural-Systems Engagement* (SSSE) che consiste nel contattare i familiari, prima dell'inizio delle sessioni, per valutare i possibili problemi che impediscono a ciascun membro della famiglia di impegnarsi nel trattamento e fornire soluzioni diverse in base al tipo di impedimento. I metodi di risoluzione includono: effettuare un colloquio riunendo tutti i membri della famiglia per comprenderne le preoccupazioni, i valori e gli interessi; incoraggiarli a mantenere l'appuntamento iniziale; stabilire un ruolo di *leadership* di un membro della famiglia che abbia il compito di ridurre le resistenze al trattamento, che riponga maggiore fiducia nelle capacità del terapeuta per affrontare i problemi familiari, che negozi e riformuli problemi per infondere speranza. Tale programma ha consentito un'aderenza al trattamento completo dell'80% delle famiglie rispetto al 60% delle famiglie del campione di controllo.

4. *Adattamenti o aggiunte strutturali al programma*. È fondamentale scegliere le varie forme di *parent training* (individuale o di gruppo) in base alle caratteristiche dei bisogni familiari. Se i genitori avvertono l'esigenza di tutelare la privacy familiare e hanno il timore che gli altri partecipanti giudichino negativamente il proprio comportamento è preferibile proporre la formula di trattamento individuale. Cunningham, Bremner e Boyle (1995), sottolineano, invece, che nei casi di BPT per bambini con gravi disturbi della condotta è preferibile la creazione di gruppi plurifamiliari (5-7 famiglie) per aiutare le famiglie a uscire dall'isolamento sociale. Altri studi, invece, hanno testato l'efficacia di integrare il BPT con sedute aggiuntive per aiutare i genitori ad affrontare altri argomenti stressanti, inclusi i problemi di lavoro e finanziari, i conflitti interfamiliari, i problemi di salute, le preoccupazioni relative alla possibilità di accedere a servizi sociali. Questi studi sono stati effettuati su famiglie con bambini con disturbi della condotta in quanto, in tali contesti, i membri familiari sperimentano più fattori di *stress* che possono interferire con l'energia e le risorse dei genitori e distrarli dalla piena partecipazione al trattamento. Le sessioni hanno l'obiettivo di supportare e aiutare i genitori a sviluppare capacità di *coping* per affrontare questi ambiti di vita stressanti. Prinz e Miller (1994) hanno rilevato che, solo con il 5% di sedute aggiuntive, il 71% dei genitori ha completato il trattamento, contro il 53% del gruppo di controllo.

5. *Incentivi monetari*. Formula testata da Heinrichs (2006) in Germania per valutare il grado di impegno delle famiglie a basso reddito con bambini in età prescolare a partecipare a un *parent training* preventivo sulle competenze genitoriali. Le famiglie che hanno ricevuto gli incentivi monetari hanno partecipato a un numero maggiore di sedute rispetto alle famiglie del gruppo di controllo, ma ciò non ha aiutato a coinvolgere maggiormente i genitori nel cambiamento.

6. *Sostegno aggiuntivo alla famiglia*. Dare la possibilità alle famiglie di ricevere integrazioni o sessioni terapeutiche aggiuntive volte ad aiutare i genitori ad affrontare i fattori di *stress* della vita, inclusi problemi di lavoro e finanziari, conflitti relazionali, problemi di salute, preoccupazioni relative alla ricezione di servizi sociali. Supportare e aiutare i genitori a sviluppare le capacità di *coping* per affrontare questi fattori di *stress* migliora l'alleanza terapeutica e l'impegno dei genitori nel cambiamento della gestione dei figli (Prinz e Miller, 1994; Kazdin e Whitley, 2003).

7. *Colloquio motivazionale*. La *Motivational Interviewing* (MI) è un approccio basato su modelli trans-teorici e di autoefficacia che ha prodotto effetti positivi sull'impegno e sulla fidelizzazione ai servizi di salute mentale per adulti (Miller e Rollnick, 2002). Il colloquio motivazionale nel BPT è stato testato nello studio di Nock e Kazdin (2005) sull'applicazione del PEI, confermando i risultati sull'incremento della motivazione e sulla riduzione dei tassi di abbandono (con l'applicazione del PEI il 56% di famiglie completano il trattamento contro il 35% del campione di controllo). Questi risultati suggeriscono che il colloquio motivazionale è efficace e l'intervento PEI, essendo breve ed economico, può avere ampia applicazione e può essere facilmente integrato in altri programmi psicosociali. Grote, Swartz e Zuckoff (2009) hanno testato la MI, inserendo interviste etnografiche (EI) per madri straniere depresse in gravidanza con difficoltà economiche (Grote *et al.*, 2007, 2008, 2009; Swartz *et al.*, 2007). Nella sessione di pre-trattamento, sono state utilizzate l'EI per indagare la storia di vita della madre e le prospettive culturali sul trattamento. La MI è stata adattata per affrontare le sfide del coinvolgimento esaminando le aspettative sul trattamento, offrendo consulenza sulle opzioni terapeutiche di trattamento, collaborando per affrontare gli ostacoli pratici, psicologici (ad esempio lo stigma, la mancanza di supporto interpersonale) e culturali alla partecipazione e all'impegno. I terapeuti, inoltre, hanno anche fornito servizi per agevolare le madri e ridurre lo *stress*. L'intervento ha dimostrato un sensibile effetto positivo sul coinvolgimento: il 67% delle madri nel gruppo di intervento ha completato il trattamento, rispetto al solo 7% delle madri nel campione di controllo.

## **Conclusioni**

In sintesi, quattro dei sette approcci generali hanno dimostrato un successo maggiore per l'impegno delle famiglie nei programmi di trattamento e sono: brevi discussioni di coinvolgimento nelle prime sessioni di trattamento, approcci di coinvolgimento dei sistemi familiari, incremento al supporto familiare e interviste motivazionali. In ciascuno di questi approcci, il terapeuta ha affrontato direttamente i problemi di ingaggio con la famiglia, ha coinvolto le famiglie identificando e sottolineando i potenziali benefici del trattamento, ha discusso le aspettative della famiglia sul trattamento e i possibili risultati da raggiungere e ha lavorato con la famiglia per sviluppare un piano per affrontare le sfide pratiche (ad es. capacità di pianificazione, trasporto ecc.) e l'impegno psicologico (ad esempio indagine su altri fattori di *stress*, resistenza del familiare al trattamento). Gli interventi in cui le motivazioni, le aspettative e le esigenze di cura delle famiglie sono state affrontate durante il processo di trattamento hanno generalmente avuto successo nel migliorare l'impegno e la fidelizzazione. Sono strategie promettenti, inoltre, nell'aiutare le famiglie a far fronte ai fattori di *stress* della vita, identificare e allineare le aspettative delle famiglie alla struttura e alle attività di trattamento. Approcci che richiedono interazioni più intense e personalizzate in cui i terapeuti hanno identificato e affrontato le fonti di resistenza psicologica alle cure delle famiglie (ad es. mancanza di comprensione dei processi terapeutici, la disperazione dovuta ai fallimenti percepiti nel precedente trattamento) hanno prodotto impatti maggiori sull'impegno e sulla fidelizzazione nei servizi ambulatoriali.

Sebbene tali argomenti siano stati affrontati in forma diversa tra i vari studi, si può affermare che i metodi che hanno garantito un maggior successo nel coinvolgimento sono stati quelli:

- a) indirizzati alla risoluzione dei bisogni individuali, che accoglievano le preoccupazioni e individuavano strategie di *coping* per affrontare gli ostacoli alla partecipazione;
- b) intensivi, affrontando il problema dell'impegno e del coinvolgimento in più momenti, con più membri della famiglia e in più modi nelle varie fasi di trattamento;
- c) supportati da un solido quadro teorico;
- d) integrati, con aggiunte strutturali al programma. Adottare un approccio personalizzato e collaborativo per affrontare le sfide legate all'impegno delle famiglie può ridurre l'ambivalenza delle famiglie nei confronti del trattamento (Miller e Rollnick, 2002) e trasmettere comprensione e rispetto per le immense energie spese per continuare la terapia, rafforzando l'alleanza terapeuta-famiglia.

A differenza dei metodi intensivi e integrati sopra descritti, gli approcci semplici come i promemoria telefonici o gli incentivi monetari mostrano modesti benefici a breve termine (aumentando l'ingaggio e la presenza alle prime sedute) e nessun beneficio a lungo termine (non migliorano il coinvolgimento, l'impegno e non riducono il rischio di *drop-out*). Lo svantaggio però degli approcci intensivi è l'aumento dei costi, del personale coinvolto e del tempo necessario per l'attuazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Ajzen I., Fishbein M. (1975). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice Hall.
- Armbruster P., Kazdin A.E. (1994). Attrition in child psychotherapy. *Advances in Clinical Child Psychology*, 16: 81-109.
- Baldini F. (2004). *Homework, un'antologia di prescrizioni terapeutiche*. Milano: Mc Graw-Hill.
- Bandura A., Walters R.H. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barile I., Berardi S., Flego M., Giuliano R., Zelger S., Bordon E., Pavan E. (2004). Parent training: programmi di formazione per genitori. *FIR – Famiglia Interdisciplinarietà e Ricerca*, IX, 1: 157-178.
- Battagliese G., Caccetta M., Luppino O.I., Baglioni C., Cardi V., Mancini M., Buonanno C. (2015). Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*, 75: 60-71. doi: 10.1016/j.brat.2015.10.008
- Becker K.D., Lee B.R., Daleiden E.L., Lindsey M., Brandt N.E., Chorpita B.F. (2015). The common elements of engagement in children's mental health services: Which elements for which outcomes? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1): 1-14. doi: 10.1080/15374416.2013.814543
- Beeber L.S., Cooper C., Van Noy B.E., Schwartz T.A., Blanchard H.C., Canuso R. (2007). Flying under the radar: Engagement and retention of depressed low-income mothers in a mental health intervention. *Advances in Nursing Science*, 30: 221-234. doi: 10.1097/NNR.0B013E31828324C2
- Berne E. (1971). *Analisi transazionale e psicoterapia*. Roma: Astrolabio.
- Broidy L.M., Nagin D.S., Tremblay R.E., Bates J.E., Brame B., Dodge K.A. (2003). Developmental trajectories of childhood disruptive behaviors and adolescent delinquency: A six-site, cross-national study. *Developmental Psychology*, 39: 222-245. doi: 10.1037/0012-1649.39.2.222
- Cedar B., Levant R.F. (1990). A meta-analysis of the effects of Parent Effectiveness Training. *American Journal of Family Therapy*, 18(4): 373-384. doi: 10.1080/01926189008250986
- Chacko A., Jensen S.A., Lowry L.S., Cornwell M., Chimklis A., Chan E., Lee D., Pulgarin B. (2016). Engagement in Behavioral Parent Training: Review of the

- Literature and Implications for Practice. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* doi: 10.1007/s10567-016-0205-2
- Coatsworth J.D., Santisteban D.A., McBride C.K., Szapocznik J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control: Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, 40: 313-331. doi: 10.1111/j.1545-5300.2001.4030100313.x
- Cunningham C.E., Bremner R., Boyle M. (1995). Large group community-based parenting for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36: 1141-1159. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01362.x
- Dane A.V., Schneider B.H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control. *Clinical Psychology Review*, 18(1): 23-45. doi: 10.1016/s0272-7358(97)00043-3
- Domitrovich C E., Greenberg M.T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11(2): 193-221. doi: 10.1207/S1532768XJEPC1102\_04
- Dumas J., Nissley-Tsiopinis J., Moreland A. (2007). From intent to enrollment, attendance, and participation in preventive parenting groups. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1): 1-26. doi: 10.1007/s10826-006-9042-0
- Eisner M., Meidert U. (2011). Stages of Parental Engagement in a Universal Parent Training Program. *Primary Prevent*, 32: 83-93. doi: 10.1007/s10935-011-0238-8
- Eyberg S.M., Edwards D., Boggs S.R., Foote R. (1998). Maintaining the treatment effects of parent training: The role of booster sessions and other maintenance strategies. *Clinical Psychology Science and Practice*, 5: 544-554. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00173.x
- Farrington D.P., Joliffe D., Hawkins J.D., Catalano R.F., Hill K.G., Kosterman R. (2003). Comparing delinquency careers in court records and self-reports. *Criminology*, 41: 933-958. doi: 10.1111/j.1745-9125.2003.tb01009.x
- Garvey C., Julion W., Fogg L., Kratovil A., Gross D. (2006). Measuring participation in a prevention trial with parents of young children. *Research in Nursing and Health*, 29: 212-222. doi: 10.1002/nur.20127
- Gomby D.S. (2000). Promise and limitations of home visitation. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 284(11): 1430-1431. doi: 10.1001/jama.284.11.1430
- Gordon T. (1997). *Genitori efficaci. Educare figli responsabili*. Bari: La Meridiana.
- Gross D., Julion W., Fogg L. (2001). What motivates participation and dropout among low-income urban families of color in a prevention intervention? *Family Relations*, 50(3): 246-254. doi: 10.1111/j.1741-3729.2001.00246.x
- Grote N.K., Swartz H.A., Zuckoff A. (2008). Enhancing interpersonal psychotherapy for mothers and expectant mothers on low incomes: Adaptations and additions. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 38: 23-33. doi: 10.1007/s10879-007-9065-x

Lavinia Lombardi et al.

- Grote N.K., Swarz H.A., Geibel S.L., Zuckoff A., Houck P.R., Frank E. (2009). A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatric Services*, 60: 313-321. doi: 10.1176/appi.ps.60.3.313
- Grote N.K., Zuckoff A., Swarz H., Bledsoe S.E., Geibel S. (2007). Engaging women who are depressed and economically disadvantaged in mental health treatment. *Social Work*, 52: 295-308. doi: 10.1093/sw/52.4.295
- Hanf C. (1970). *Shaping mothers to shape their children's behavior*. Unpublished manuscript, University of Oregon Medical School.
- Heinrichs N. (2006). The effects of two different incentives on recruitment rates of families into a prevention program. *Journal of Primary Prevention*, 27: 345-365. doi: 10.1007/s10935-006-0038-8
- Ingoldsby E.M. (2011). Review of Interventions to Improve Family Engagement and Retention in Parent and Child Mental Health Programs. *J. Child Fam. Stud.*, Author manuscript; available in PMC 2011 Oct 1. Published in final edited form as: *J. Child Fam. Stud.*, 2010, Oct 1; 19(5): 629-645. doi: 10.1007/s10826-009-9350-2
- Kaminski J.W., Valle L.A., Filene J.H., Boyle C.L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18: 373-384. doi: 10.1007/s10802-007-9201-9
- Kazdin A.E., Holland L., Crowley M. (1997). Family experience of barriers to treatment and premature termination from child therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3): 453-463. doi: 10.1037/0022-006X.65.3.453
- Kazdin A.E., Whitely M.K. (2003). Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71: 504-515. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.504
- Kazdin A.E., Wassell G. (2000a). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2: 27-40. doi: 10.1023/a:1010191807861
- Lambert M.J., Michael J., Hansen N.B., Finch A.E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2): 159-172. doi: 10.1037/0022-006X.69.2.159
- Lambruschi F. (2004). Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva. Procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche. In: *Manuali di psicologia, psichiatria e psicoterapia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Lambruschi F., Muratori M. (2013). *Psicopatologia e psicoterapia dei disturbi della condotta*. Roma: Carocci.
- Lochman J., Wells K., Lenhart L.A. (2012). *Coping Power. Programma per il controllo della rabbia e aggressività in bambini e adolescenti*. Trento: Erickson.
- Masi M.V., Miller R.B., Olson M.M. (2003). Differences in dropout rates among individual, couple, and family therapy clients. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 25(1): 63-75. doi: 10.1023/A:1022558021512
- McCurdy K., Daro D. (2001). Parent involvement in family support programs: An

- integrated theory. *Family Relations*, 50(2): 113-121. doi: 10.1111/j.1741-3729.2001.00113.x
- McKay M., Nudelman R., McCadam K. (1996b). Involving inner-city families in mental health services: First interview engagement skills. *Research on Social Work Practice*, 6: 462-472. doi: 10.1177/104973159600600404
- Miller G.E., Prinz R.J. (2003). Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behavior Therapy*, 34: 517-534. doi: 10.1016/S0005-7894(03)80033-3
- Miller W.R., Rollnick A. (eds.) (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moffitt T.E., Caspi A. (2001). Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females. *Development and Psychopathology*, 13: 355-375. doi: 10.1017/S0954579401002097
- Moffitt T.E., Caspi A., Harrington H., Milne B.J. (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14: 179-207. doi: 10.1017/s0954579402001104
- Moncher F.J., Prinz R.J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11(3): 247-266. doi: 10.1016/0272-7358(91)90103-2
- Morrissey-Kane E., Prinz R.J. (1999). Engagement in child and adolescent treatment: The role of parental cognitions and attributions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2: 183-198. doi: 10.1023/A:1021807106455
- Mowbray C.T., Holter M.C., Teague G.B., Bybee D. (2003). Fidelity criteria: Development, measurement, and validation. *American Journal of Evaluation*, 24(3): 315-340. doi: 10.1177/109821400302400303
- National Institute of Mental Health (2001). *DHHS Publication No. CG 031-591*. Washington, DC: US Government Printing Office. Blueprint for change: Research on Child and Adolescent Mental Health's Council's Workgroup on Child and Adolescent Mental Health Intervention Development and Deployment.
- Nock M.K., Kazdin A. E., Matthew K., Alan E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5): 872-879. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.872
- Nock M.K., Kazdin A.E. (2001). Parent expectancies for child therapy: Assessment and relation to participation in treatment. *Journal of Child and Family Studies*. 10:155-180. doi: 10.1023/A:1016699424731
- Olzbek A., Ozlem G., Mustan A.T. (2018). Which parents dropout from an evidence-based parenting programme (Triple-P) at CAMHS? Comparison of programme-completing and dropout parents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 24(1). doi: 10.1177/1359104518792294
- Pekarik G., Stephenson L.A. (1988). Adult and child client differences in therapy

- dropout research. *Journal of Clinical Child Psychology*, 17(4): 316-321. doi: 10.1207/s15374424jccp1704\_3
- Pezzica S., Bertini N., Millepiedi S., Masi G. (2008). Gruppi di Parent Training per genitori e bambini con Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività e Disturbo Oppositivo Provocatorio. Un'esperienza integrata. *Psychology Published*. doi: 10.1449/26789
- Prinz R.J., Miller G.E. (1994). Family-based treatment for childhood antisocial behavior: Experimental influence on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62: 645-650. doi: 10.1037/0022-006X.62.3.645
- Prochaska J.O., Velicer W.F. (1997). The Transtheoretical Model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12: 38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38
- Reyno S.M., McGrath P.J. (2006). Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1: 99-111. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01544
- Rogers T.R., Forehand R., Griest D.L., Wells K.C., McMahon R.J. (1981). Socio-economic status: Effects on parent and child behaviors and treatment outcome of parent training. *Journal of Clinical Child Psychology*, 10: 98-101. doi: 10.1080/15374418109533024
- Ryan R.M., Deci E.L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55: 68-78. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.68
- Santisteban D.A., Szapocznik J., Perez-Vidal A., Kurtines W.M., Murray E.J., LaPerriere A. (1996). Efficacy of intervention for engaging youth and families into treatment and some variables that may contribute to differential effectiveness. *Journal of Family Psychology*, 10(1): 35-44. doi: 10.1037/0893-3200.10.1.35
- Scabini E., Iafraite R. (2003). *Psicologia dei legami familiari*. Bologna: il Mulino.
- Snell-Johns J., Mendez J.L., Smith B.H. (2004). Evidence-Based Solutions for Overcoming Access Barriers, Decreasing Attrition, and Promoting Change With Underserved Families. *Journal of Family Psychology*, 18(1): 19-35. doi: 10.1037/0893-3200.18.1.19
- Spoth R., Redmond C. (1995). Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. *Journal of Family Psychology*, 9: 294-310. doi: 10.1037/0893-3200.9.3.294
- Spoth R., Redmond C. (2000). Research on family engagement in preventive interventions: Toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *Journal of Primary Prevention*, 21: 267-284. doi: 10.1023/A:1007039421026
- Staudt M. (2007). Treatment engagement with caregivers of at-risk children: Gaps in research and conceptualization. *Journal of Child and Family Studies*, 16: 183-196. doi: 10.1007/s10826-006-9077-2
- Stern S.B., Azar S.T. (1998). Integrating cognitive strategies into behavioral treat-

- ment for abusive parents and families with aggressive adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3(3): 387-403. doi: 10.1177/1359104598033005
- Stevens J., Kelleher K.J., Ward-Estes J., Hayes J. (2006). Perceived barriers to treatment and psychotherapy attendance in child community mental health centers. *Community Mental Health Journal*, 42(5): 449-58. doi: 10.1007/s10597-006-9048-5
- Swarikars V., Dadds M. (2017). What Role for Parental Attributions in Parenting Interventions for Child Conduct Problems? Advances from Research into Practice. *Clinical Child and Family Psychology Review*, September. doi: 10.1007/s10567-017-0243-4
- Swarz H.A., Zuckoff A., Grote N.K., Spielvogel H.N., Bledsoe S.E., Shear M.K. (2007). Engaging depressed patients in psychotherapy: Integrating techniques from motivational interviewing and ethnographic interviewing to improve treatment participation. *Professional Psychology: Research in Practice*, 38(4): 430-439. doi: 10.1037/0735-7028.38.4.430
- Szapocznik J., Perez-Vidal A., Brickman A., Foote F. H., Santisteban D., Hervis O., Kurtines W.M. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families in treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(4): 552-557. doi: 10.1037/0022-006X.56.4.552
- Thomas R., Zimmer-Gembeck M.J. (2007). Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P-Positive Parenting Program: a review and meta-analysis. *Abnorm. Child Psychol.*, 35(3): 475-95. doi: 10.1007/s10802-007-9104-9
- Thompson S.J., Bender K., Lantry J., Flynn P.M. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemporary Family Therapy*, 29: 39-55. doi: 10.1007/s10591-007-9030-6
- Watts B.D., Dadds M.R. (2007). Facilitating treatment attendance in child and adolescent mental health services: A community study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 12(1): 105-116. doi: 10.1177/1359104507071089
- Webster Stratton C., Herbert M. (1994). *Troubled family – Problem children*. Chichester, UK: Wiley.

