

I programmi di trattamento psicosociale dei disturbi della condotta
in età evolutiva al vaglio della ricerca valutativa

Psychosocial treatment programs of conduct disorders
in childhood and adolescence: a review of evidence-based studies

Gabriele Rocca • Uberto Gatti

Abstract

Despite the increasing scientific interest in evidence-based interventions for conduct problems in young people, there remains a wide gap between the knowledge gained through empirical research and clinical practice. The aims of the present study were to identify empirically supported psychosocial intervention programs for young people with conduct problems and to evaluate the underpinnings, techniques and outcomes of these treatments. We analyzed reviews and meta-analyses published between 1982 and 2011 concerning psychosocial intervention programs for children aged 3 to 12 years with conduct problems. According to the literature reviewed, parent training should be considered the first-line approach to dealing with young children, whereas cognitive-behavioral approaches have a greater effect on older youths. Family interventions have shown greater efficacy in older youths, whereas multi-component and multimodal treatment approaches have yielded moderate effects in both childhood and adolescence. Some limitations were found, especially regarding the evaluation of effects. Nevertheless, the literature analysis indicated that psychosocial interventions for minors with conduct problems are widely studied and can be considered a useful part of treatment planning for youths who display problems of adaptation. To date, no single program has emerged as the best. However, it emerges that the choice of intervention should be age-specific and should take into account developmental differences in cognitive, behavioral, affective and communicative abilities.

Key words: conduct problems • psychosocial treatment • evidence-based intervention programs • effectiveness

Riassunto

Nonostante l'aumento dell'interesse scientifico nei confronti delle strategie di intervento per i disturbi della condotta in età evolutiva, resta ancora molto ampio il divario tra conoscenza scientifica e pratica clinica. Gli obiettivi del presente studio sono quelli di identificare i principali programmi di trattamento psicosociale in uso e di valutarne l'efficacia. Per fare ciò sono stati analizzati gli articoli, pubblicati tra il 1982 ed il 2011, relativi ai programmi di intervento psicosociale per giovani dai 3 ai 12 anni con problemi di condotta. In accordo con la letteratura, le tecniche di parent-training dovrebbero essere considerate l'approccio di prima scelta nei primi anni, mentre il metodo cognitivo-comportamentale sarebbe da preferirsi in quelli successivi. Gli interventi sulla famiglia sono risultati di maggiore efficacia per i ragazzi più grandi, mentre i trattamenti multi-componenziali e multimodali hanno evidenziato effetti positivi in tutte le età. In realtà, le ricerche analizzate presentano alcuni limiti, soprattutto in riferimento alla valutazione della loro efficacia. In ogni caso, l'analisi della letteratura permette di sostenere che le strategie di intervento psicosociale sono ampiamente studiate e possono essere considerate un utile strumento trattamentale. Allo stato attuale, non vi è evidenza circa un singolo "best program". Si può, comunque, affermare che la scelta dell'intervento dovrebbe essere il più possibile specifica per età e dovrebbe prendere in considerazione le differenze nello sviluppo cognitivo, comportamentale, affettivo e comunicativo del ragazzo.

Parole chiave: disturbi della condotta • trattamento psicosociale • programmi di intervento • efficacia

Per corrispondenza: Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Sezione di Criminologia e Psichiatria Forense, Via De Toni, 12, 16132, Genova - Tel. 0103537892/3 • e-mail: ugatti@unige.it - gabriele.rocca@unige.it

GABRIELE ROCCA, Ricercatore in Psicopatologia forense, Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Università degli Studi di Genova

UBERTO GATTI, Professore Emerito di Criminologia, Dipartimento di Scienze della Salute (DISSAL), Università degli Studi di Genova

I programmi di trattamento psicosociale dei disturbi della condotta in età evolutiva al vaglio della ricerca valutativa

1. Introduzione

I problemi del comportamento nell'età evolutiva rappresentano la causa più frequente di invio di bambini e adolescenti ai Servizi di Salute mentale, con significative ripercussioni sul piano sanitario e sociale (Rutter et al., 2008). Le conseguenze di tali disturbi possono essere particolarmente pesanti, e condurre allo sviluppo di problemi delinquenziali e di salute mentale in età adulta (Moffitt, 1993; Loeber & Farrington, 2001; Reef, Van Meurs, Verhulst & Van der Ende, 2010).

Nei paesi occidentali, i disturbi del comportamento in soggetti tra i 5 e i 15 anni hanno una prevalenza del 5%-10% (Loeber & Farrington, 2001), in costante ascesa; anche se non è chiaro quanto questo aumento sia dovuto ad un reale incremento del fenomeno ovvero ad un miglior rilevamento dello stesso.

Le conseguenze socio-economiche sono considerevoli: è stato stimato che le spese investite per i giovani con problemi di condotta sono almeno 10 volte più alte rispetto a quelle impiegate per individui non antisociali fino al compimento dei 28 anni (Scott et al., 2001).

In generale, con il termine di "disturbi della condotta" si fa riferimento ad un grande spettro di manifestazioni che includono comportamenti aggressivi o distruttivi, disadattamento sociale e scolastico, scarsità di relazioni positive con gli adulti, disabilità sociale, bassa autostima, intolleranza alle regole ed instabilità emotiva (Furlong et al., 2012).

Numerose ricerche, in ambito sia psichiatrico sia psicologico sia criminologico, hanno contribuito a migliorare la nostra conoscenza riguardo ai fattori che possono essere alla base dello sviluppo dei disturbi della condotta in età giovanile, con differenti risultati conseguenti anche alle diverse prospettive di indagine utilizzate (Loeber, Burke & Pardini, 2009).

In particolare, la ricerca psichiatrica, adottando prevalentemente un approccio di tipo medico, ha classificato i problemi di comportamento nell'età evolutiva in categorie diagnostiche sulla base di criteri-sintomo (cfr. DSM-5 e ICD-10). In realtà, i ragazzi con queste diagnosi di "disturbo" rappresentano soltanto un sottoinsieme dei soggetti con problemi di comportamento, dal momento che per diventare "rilevanti" devono soddisfare definiti requisiti categoriali.

La psicologia dell'età evolutiva, invece, non si è focalizzata sulla classificazione, ma ha rivolto l'attenzione ai meccanismi che possono portare allo sviluppo di problemi della condotta, analizzando sul piano quali-quantitativo le differenze individuali. Tale approccio ha rivelato, per esempio, che l'incidenza di furto e truffa aumenterebbe con l'età, al contrario della violenza fisica che tenderebbe a diminuire (Barker, Seguin & White, 2007).

La criminologia, per contro, facendo riferimento ad una

più specifica nozione di 'comportamenti che violano le leggi', ha utilizzato un approccio principalmente di tipo sociologico nello studio del comportamento antisociale giovanile.

Nel complesso, gli studi realizzati in ognuno dei suddetti ambiti hanno fornito – quantunque da prospettive diverse – elementi essenziali per tentare di comprendere in modo globale i percorsi, le cause ed i possibili trattamenti dei disturbi della condotta nell'età evolutiva, ed i risultati ottenuti hanno dato un significativo apporto per lo sviluppo di specifici interventi trattamentali. A questo proposito, malgrado la pubblicazione di numerosi programmi etichettati come "evidence-based" (cfr. Eyberg, Nelson, & Boggs, 2008), in realtà rimane ancora un grande *gap* tra la conoscenza ottenuta attraverso le ricerche empiriche e la pratica clinica (Garland, Hawley, Brookman-Frazee, & Hurlburt, 2008). Sono stati, infatti, proposti e valutati diversi programmi (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011), ma molto resta ancora da imparare sulla loro implementazione e sul come trasferirli nelle diverse realtà territoriali.

Nel presente lavoro, l'attenzione è stata focalizzata sui programmi di trattamento psicosociale dei disturbi della condotta in infanzia ed in adolescenza, ed in particolare sono stati analizzati gli interventi passati al vaglio della ricerca valutativa.

2. Metodo di analisi

Per identificare i programmi di intervento psicosociale "evidence-based" abbiamo cercato ed analizzato revisioni e meta-analisi pubblicate tra il 1982 ed il 2011 concernenti giovani dai 3 ai 12 anni di età con disturbi della condotta.

Dal punto di vista terminologico, tale nozione è stata declinata in modo ampio, comprendendo tutti i diversi sintomi previsti sia per il disturbo oppositivo provocatorio sia per il disturbo della condotta, come descritti nelle classificazioni internazionali dei disturbi psichiatrici (DSM ed ICD) ed includendo anche altri aspetti relativi all'aggressività ed all'antisocialità in genere.

Con il termine di trattamento si è fatto riferimento a qualsiasi intervento psicosociale mirato alla riduzione delle condotte aggressive od antisociali ovvero al potenziamento dei comportamenti pro-sociali. Gli interventi preventivi sono stati inclusi soltanto se hanno dimostrato di coinvolgere ragazzi con segni precoci di problematicità (c.d. prevenzione "indicated").

Sono stati considerati come "evidence-based" gli interventi che, nelle revisioni e meta-analisi analizzate, sono stati valutati come "scientificamente fondati o probabilmente efficaci" secondo i criteri dell'*American Psychological Association* (Task force APA, 1995; Chambless & Hollon, 1998).

Per raccogliere gli articoli dapprima sono state analizzate quattro banche dati internet (Cochrane Reviews, MEDLINE, PsycINFO e Scopus) per lavori pubblicati tra il Gennaio 1982 ed il Dicembre 2011, utilizzando quali termini-chiave quelli relativi al tipo di intervento (programmi individuali, familiari, multi-sistemici, genitoriali, scolastici, etc.) ed ai target dello stesso (anni 3-12, disturbi della condotta, aggressività, comportamento distruttivo, delinquenza giovanile, etc.). In un secondo tempo, sono stati cercati ed analizzati manualmente gli ulteriori articoli identificati in base alla bibliografia di riferimento.

Le revisioni e le meta-analisi esaminate sono incluse nella bibliografia e contraddistinte da un asterisco. Si segnala che, nonostante il tentativo di realizzare una esaustiva revisione di letteratura, la nostra ricerca può aver tralasciato alcuni interventi/programmi.

3. Programmi di trattamento psicosociale su giovani con disturbi della condotta: i risultati della ricerca valutativa

Gli interventi di trattamento psicosociale per giovani con problemi di condotta si sono sviluppati lungo un ampio spettro (da un livello individuale ad uno familiare e comunitario) e sulla base di diverse basi teoriche (teoria dell'apprendimento sociale, approcci cognitivo-comportamentale, sistemici, psicodinamici), ma nel complesso, la varietà di interventi che è stata valutata da un punto di vista empirico può essere distinta sulla base del target principale dell'intervento: individuale (sui ragazzi o sui genitori), familiare, multi-modale e multi-componenziale.

3.1 Programmi focalizzati sui bambini e sugli adolescenti

Per quanto riguarda gli interventi incentrati sui minori, i programmi più valutati sono basati su trattamenti di tipo cognitivo-comportamentale (Furlong et al., 2012). Sono state testate anche forme di psicoterapia più tradizionali, come la terapia psicodinamica (Fonagy & Target, 1994; Fonagy et al., 2002), ma alcuni studi sostengono che questi approcci non siano stati valutati in modo sufficientemente rigoroso (Weiss, Catron, Harris & Phung, 1999).

In generale, gli approcci cognitivo-comportamentali cercano di aiutare il bambino ad identificare gli stimoli correlati all'aggressività ed ai comportamenti antisociali, a modificare le distorsioni cognitive, a migliorare le abilità di *problem-solving* ed ad affrontare l'aggressività e la frustrazione. I meccanismi terapeutici, dunque, sono basati sulla modificazione delle abilità del ragazzo in ognuna di tali aree (Nock, 2003).

Due dei modelli di trattamento che sono stati valutati in modo più approfondito sono il Problem-Solving Skill Training (PSST) e l'Anger Coping Program (ACP).

Il programma PSST è stato originariamente fondato da Alan Kazdin per bambini di 5-12 anni con comportamenti oppositivi, aggressivi ed antisociali in cura presso il Servizio Psichiatrico Infantile dell'Università di Pittsburg (Kazdin, Esveldt- Dawson, French & Unis, 1987). Nella più recente versione di questo programma l'età dei pazienti è stata estesa a 14 anni (Kazdin & Weisz, 2003).

In realtà, il primo approccio adottato da Kazdin era centrato sui genitori e non sul bambino; tuttavia, la impossibilità di coinvolgere i genitori per diversi motivi (quali la tossicodipendenza, l'incarcerazione, il ritardo mentale, o semplicemente il rifiuto) indussero l'Autore ad elaborare un programma realizzabile direttamente sul bambino. Il *core* del programma consiste in 12 sessioni settimanali di 30-50 minuti ed utilizza tecniche cognitivo-comportamentali finalizzate ad insegnare al bambino nuove strategie di risoluzione dei problemi migliorando le sue competenze sociali.

I presupposti teorici di questo programma sono rappresentati dall'ipotesi che i bambini affetti da disturbi del comportamento abbiano dei deficit cognitivi che li portano ad interpretare in modo erroneo la realtà sociale circostante, a percepire in modo ostile il comportamento degli altri ed a reagire quindi in modo aggressivo. L'intervento, che può avvenire in ambiente clinico od a domicilio, prevede che il terapeuta lavori individualmente con il bambino, incoraggiandolo ad avere un approccio positivo nei rapporti interpersonali; l'obiettivo viene raggiunto attraverso tecniche di vario tipo, quali il *role playing*, i *reinforcement schedules*, il *feedback*, etc.. Il bambino è poi aiutato ad applicare gli *skills* di risoluzione dei problemi nelle vita quotidiana, in situazioni e contesti diversi.

Il PSST è stato ripetutamente applicato in questi ultimi trenta anni su migliaia di bambini ed è stato ampiamente valutato (Weisz & Kazdin, 2010). Secondo vari Autori il PSST riduce l'aggressività del bambino, diminuisce il numero di comportamenti devianti ed aumenta i quelli prosociali (Kazdin et al., 1989). Inoltre la ricerca ha dimostrato che l'aggiunta di una "prova di vita reale" (Kazdin, Bass, Siegel & Thomas, 1989) e di un training sui componenti della famiglia (Kazdin, Siegel & Bass, 1992) può avere un ulteriore impatto positivo sui risultati.

L'ACP (Anger Coping Program) è composto da 18 sessioni di intervento cognitivo-comportamentale su gruppi da svolgere in ambito scolastico ed è stato sviluppato nel corso di circa 20 anni partendo dal precedente Anger Control Program ideato da Lochman e Larson (2002). Le sessioni di gruppo durano dai 45 ai 60 minuti e sono "strutturate", con vari obiettivi ed esercizi per ogni sessione. Gli scopi sono quelli di aiutare i bambini a fronteggiare l'aggressività ed ad imparare possibili strategie per risolvere i problemi od i conflitti (Lochman & Lenhart, 1993).

Le ricerche valutative sui risultati di tale programma hanno riscontrato una diminuzione dei comportamenti distruttivo/aggressivi, maggior attenzione a scuola, livelli inferiori aggressività nei confronti dei genitori, una maggior autostima ed una minor tendenza ad aggredire gli insegnanti (Lochman, Curry, Dane & Ellis, 2001).

Più recentemente, è stata sviluppata un'ulteriore versione dell'Anger Coping Program – il Coping Power Program – in cui Lochman e Wells hanno aggiunto una componente genitoriale da integrare con quella focalizzata sul bambino (Lochman & Wells, 2002). Questa variante, costruita per maschi e femmine tra i 9 e gli 11 anni, comprende 33 sessioni di gruppo ciascuna di 60-90 minuti ed incontri individuali periodici. Le sessioni includono scenari immaginati, lavoro terapeutico, psicodramma con feedback positivo e compiti da svolgere all'esterno della sessione. Dopo un anno di follow-up, i risultati delle analisi di studi

controllati e randomizzati hanno indicato che il Coping Power Program riduce significativamente il rischio di delinquenza agita, di aggressioni ai genitori e di problematiche con gli insegnanti (Lochman et al., 2009).

3.2 Programmi focalizzati sui genitori

Gli interventi incentrati sui genitori sono stati i più studiati nel trattamento dei disturbi della condotta, proprio alla luce del ruolo che l'interazione maladattiva tra genitori e figli riveste nello sviluppo di tali problemi (Moffitt, 1993). Gli obiettivi più importanti di questi interventi sono, dunque, quelli di migliorare le abilità genitoriali e la qualità della relazione con i figli.

Sono stati sviluppati due principali tipi di programma: uno di tipo comportamentale, focalizzato sull'aiutare i genitori ad acquisire le abilità necessarie a modificare alcune cause dei comportamenti aggressivi/antisociali, ed uno relazionale, mirato ad aiutare i genitori a comprendere sia le proprie emozioni sia quelle del bambino, incrementando la comunicazione e la relazione con quest'ultimo. In ogni caso, molti programmi focalizzati sui genitori combinano entrambi gli elementi (Gould & Richardson, 2006).

Un modello di intervento molto conosciuto e diretto a potenziare la genitorialità è il Parent Management Training – Oregon (PMT-O). Sviluppato alla fine degli anni '60 dall'Oregon Social Learning Group, tale programma si basa sulla teoria di Patterson e Guillion (1968), secondo la quale l'aggressività ed i problemi della condotta del bambino sono inavvertitamente sostenuti da comportamenti inadeguati dei genitori, che con una disciplina incoerente, punizioni severe e inappropriate, richieste assillanti ed inefficaci, finiscono per incrementare – piuttosto che ridurre – i comportamenti maladattativi dei figli (Patterson, Reid, Jones & Conger, 1975).

L'obiettivo del programma, che si svolge in circa 20 sessioni, è quello di insegnare ai genitori ad evitare le pratiche coercitive ed a migliorare le loro capacità genitoriali assumendo comportamenti più coerenti, utilizzando un sistema razionale di premi e di piccole punizioni, elaborando chiare norme di comportamento che il bambino deve seguire, occupandosi maggiormente dei figli ed aiutandoli a risolvere i problemi della vita quotidiana. Il terapeuta lavora direttamente con i genitori (in genere a domicilio) e solo marginalmente interagisce con il bambino, cercando di portare i genitori ad analizzare in dettaglio i problemi dei figli ed ad insegnare loro come reagire costruttivamente, rinforzando i comportamenti positivi e riducendo progressivamente quelli negativi.

Il PMT è stato applicato per decenni in varie parti del mondo, ed è utilizzato sia come singolo strumento di intervento sia in combinazione con altre componenti (bambino, scuola, etc.) come strategia multimodale.

Il programma è stato valutato in diversi esperimenti randomizzati che hanno coinvolto bambini dai 4 ai 12 anni, e si è dimostrato efficace nel ridurre il comportamento aggressivo (Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Hautmann et al., 2009; Forgatch, Patterson, DeGarmo & Beldavs, 2009; Hagen, Ogden & Bjornebekk, 2011). Molte meta-analisi hanno confermato questi risultati (Dretzke et al., 2005; McCart, Priester, Davies & Azen, 2006) ed hanno di-

mostrato come tale trattamento possa essere applicato in più contesti, come gli effetti siano mantenuti per oltre due anni dalla fine del trattamento, possano portare un beneficio anche agli altri bambini della stessa famiglia ed addirittura estendersi ad altri comportamenti devianti (Kjtbl, Hukkelberg & Ogden, 2013).

L'Helping the Non-Compliant Child Program (NCCP) e la Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) sono altri due ben validati esempi di intervento focalizzato sui genitori.

Il NCCP, sviluppato da Forehand e McMahon (1981), è un programma per bambini tra i 3 e gli 8 anni, che ha lo scopo di creare un ambiente controllato in cui i genitori possano imparare nuove modalità "adattive" di interazione con i figli. Genitori e bambini partecipano a sessioni di circa 60-90 minuti una o due volte la settimana (con un totale di 8-9 sessioni) condotte con singole famiglie piuttosto che in gruppo. Ai genitori vengono insegnati *skills* che hanno l'obiettivo di interrompere interazioni maladattive tra genitore e bambino per stabilire modalità interattive positive e prosociali (McMahon & Forehand, 2003). Il NCCP è stato largamente studiato e si è dimostrato superiore alla terapia sistemica familiare nel ridurre la disobbedienza infantile (Wells & Egan, 1988). Inoltre, ha rivelato molteplici risultati positivi sia nei genitori sia nei bambini, con un mantenimento degli effetti nel tempo dai 6 mesi a 14 anni dalla fine del trattamento (McMahon & Forehand, 2003).

Il PCIT è un programma di trattamento diadico (genitore-figlio) per bambini dai 2 ai 7 anni con severi disturbi comportamentali. Originariamente sviluppato da Sheila Eyberg, si propone di cambiare i pattern interattivi genitore-bambino attraverso l'utilizzo del "gioco" (Eyberg & Calzada, 1998). Questo programma utilizza un approccio a due fasi mirato al rinforzo della relazione ed al controllo del comportamento del bambino. Le famiglie si incontrano per un periodo da 12 a 16 settimane, per un'ora di sessione, durante la quale i genitori imparano a costruire un legame positivo con i figli attraverso lo strumento del gioco (Eyberg, Boggs & Algina, 1995). La PCIT ha mostrato risultati superiori rispetto al controllo nella riduzione del comportamento distruttivo infantile (Schumann, Foote, Eyberg, Boggs & Algina, 1998; Nixon, Sweeney, Erickson & Touyz, 2003) e ha dimostrato un mantenimento a lungo termine dei risultati, fino a 6 anni dalla fine del trattamento (Hood & Eyberg, 2003; Thomas & Zimmer-Gembeck, 2007).

Il Triple P Positive Parenting Program è un programma genitoriale designato a prevenire e trattare i disturbi del comportamento in bambini dai 0 ai 6 anni attraverso il miglioramento delle abilità e competenze genitoriali.

Si struttura in 5 livelli di intervento attraverso un continuum di intensità crescente. Il fondamento logico per questa strategia "a step" è basato sull'ipotesi che esistano diversi livelli di disfunzione comportamentale nei bambini, e che i genitori possano avere un ruolo differente rispetto al tipo, l'intensità e le modalità di assistenza di cui necessitano i figli (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 1999).

Il Livello 1 è fondato su una strategia di informazione finalizzata ad incrementare l'attenzione della comunità sulle risorse genitoriali, incoraggiando i genitori a partecipare ai programmi ed a informarli circa i problemi della crescita. Il Livello 2 fornisce specifiche soluzioni sul come risolvere comuni questioni dello sviluppo infantile e problematiche

comportamentali di minor rilievo del bambino. Esso include suggerimenti e filmati dimostrativi di strategie specifiche per i genitori. Il Livello 3 implica un training di abilità dinamiche, combinando prove e autovalutazioni, con l'obiettivo di insegnare ai genitori come controllare questi comportamenti. Il Livello 4 è deputato a far apprendere abilità positive da applicare in una larga scala di contesti e si svolge attraverso 10 sessioni individuali e 8 di gruppo, per un totale di 10 ore. Il Livello 5 consiste in una strategia di gestione comportamentale superiore per famiglie in cui le difficoltà genitoriali sono aggravate da altre fonti di malessere. Alcune variazioni dei diversi livelli sono previste per i casi di disabilità cognitiva (Stepping Stones Triple P) e per genitori autori di condotte maltrattanti (Pathways Triple P) (Sanders, 2012).

Triple P è stato utilizzato in diversi contesti culturali e la natura "a più livelli" del programma ne consente diverse combinazioni, da adattare alle diverse esigenze.

Il programma è stato molto valutato sul piano dei risultati, che ne hanno rivelato l'efficacia dall'infanzia ai 16 anni di età. In particolare, una recente e completa meta-analisi ha confermato la validità del Triple-P nel migliorare le capacità genitoriali, nel risolvere i problemi comportamentali dei figli e nell'aumentare il benessere dei genitori.

Inoltre, il fatto che il Triple P comprenda anche una serie diversificata di opzioni per le famiglie di diversa estrazione sociale e culturale, nonché per i vari gradi di problemi, sembra confermare la capacità del programma di avere un impatto positivo sulle interazioni genitore-figlio (Nowak & Heinrichs, 2008).

3.3 Programmi focalizzati sulla famiglia

Tali strategie si basano sul concetto che i problemi di condotta del bambino non siano il frutto di incapacità genitoriali o deficit cognitivi nel bambino, ma piuttosto il risultato di interazioni e dinamiche distorte all'interno della famiglia nel suo complesso (Nock, 2003).

Vari approcci alla terapia familiare sono stati sviluppati e, tra questi, uno dei principali è la Functional Family Therapy (FFT).

Tale programma è fondato su di un approccio sistemico, elaborato più di trenta anni fa da James Alexander e Bruce Parsons (1973) per ragazzi di 11-18 anni con comportamenti aggressivi e/o abuso di sostanze. Alla base del programma, come detto, vi è l'idea che i problemi di comportamento del minore siano l'espressione di un malfunzionamento dell'intero sistema familiare: solo migliorando i canali di comunicazione e di interazione tra tutti i membri della famiglia è possibile addivenire ad un cambiamento pro-sociale del comportamento del bambino.

Il programma consiste abitualmente in 8-12 sessioni di un'ora, per una durata di circa tre mesi, ma in casi particolari può essere prolungato. Sono previste diverse fasi in sequenza: all'inizio vi è uno stadio di *engagement and motivation*, durante il quale mediante tecniche di tipo cognitivo il terapeuta cerca di rimpiazzare atteggiamenti negativi (mancanza di motivazione, sfiducia, ecc.) con atteggiamenti positivi, cerca di farsi accettare, di acquisire credibilità, di iniziare un'alleanza terapeutica con tutti i membri della famiglia. In un secondo momento (*behavioral change*) le interazioni tra i diversi

membri della famiglia sono valutate ed orientate ad un miglior funzionamento del sistema familiare: il terapeuta si sforza di far comprendere ciò che ogni membro della famiglia si aspetta dagli altri e di rendere chiari i rapporti tra i diversi membri; vengono indotti cambiamenti delle interazioni familiari facilitando l'identificazione dei problemi, migliorando la comunicazione (saper ascoltare, usare messaggi diretti e chiari, ecc.), e sviluppando la capacità di risoluzione dei problemi. In generale, il terapeuta cerca di ristrutturare le relazioni familiari attraverso diverse tecniche (quali ad esempio il *cognitive reframing* e lo *skills training*), al fine di ottenere un cambiamento dei comportamenti. In una terza fase, detta di *generalization*, il cambiamento viene sostenuto e proiettato anche al di fuori dello stretto ambito familiare (ad esempio in ambito scolastico o giudiziario), in modo tale che la famiglia si riesca a rendere indipendente dal terapeuta (Alexander et al., 2000).

L'efficacia della FFT è stata studiata per lungo tempo e le prove raccolte nel corso di follow-up a 1, 2, 3 e 5 anni sembrano sostenere la sua superiorità rispetto al controllo (Henggeler & Sheidow, 2012).

Un modello emergente per il trattamento di bambini con problemi di condotta è la terapia familiare strategica breve (BSFT). Sviluppata nel corso di quasi 40 anni di ricerca dall'Università di Miami, la BSFT utilizza tecniche di terapia familiare per modificare le interazioni all'interno del sistema familiare. Tale programma si svolge attraverso sedute settimanali per circa 4 mesi ed è strutturato su tre costrutti centrali (sistema, modelli di interazione e strategia) che coinvolgono tre componenti: coinvolgimento, diagnosi e ristrutturazione (Szapocznik, Hervis & Schwartz, 2003).

Gli ideatori di tale tecnica hanno condotto diversi studi di validazione che hanno dimostrato significativi effetti positivi del BSFT nel ridurre l'aggressività ed il bullismo (Cotsworth, Santisteban, McBride & Szapocznik, 2001).

3.4 Programmi multi-modalità e multi-componenziali

La combinazione di diverse modalità di trattamento in modo da coinvolgere contemporaneamente diversi livelli di intervento (individuale, familiare, etc.) ha portato alla elaborazione del MultiModal Treatment (MMT), da alcuni considerato il più efficace tipo di intervento (Craig & Diggout, 2003). Questo approccio, più complesso di quelli incentrati unicamente sul bambino o sulla famiglia, non si limita a sommare due o più tipi di intervento, ma cerca di mettere insieme gli elementi dei diversi programmi che più si addicono alla soluzione dei singoli casi.

Alcuni esempi di MMT sono rappresentati da: Incredible Years Training Series (IY), Montreal Longitudinal Experimental Study (MLES), Multi-systemic Therapy (MST) e Multidimensional treatment foster care (MTFC).

Il programma Incredible Years, sviluppato inizialmente da Carolyn Webster-Stratton per bambini dai tre agli otto anni di età, è articolato in tre componenti focalizzate rispettivamente sui bambini, sui genitori e sugli insegnanti (Webster-Stratton, 1992).

In generale l'intervento ha lo scopo di ridurre l'aggressività del bambino insegnando ai genitori ed agli insegnanti come meglio affrontare il suo comportamento distruttivo e facilitandone la condotta pro-sociale. Sono previste ses-

sioni settimanali di piccoli gruppi, nei quali i genitori vedono filmati che ritraggono situazioni di vita quotidiana con i figli, ne discutono i contenuti con due educatori e sperimentano nuove tecniche di intervento attraverso il role-playing. Anche nelle sessioni di gruppo per i bambini (due ore settimanali, per circa sei mesi), attraverso la visione di alcuni filmati, il terapeuta cerca di sviluppare una miglior competenza sociale, un maggior controllo degli impulsi ed una miglior attitudine a risolvere i problemi. Il programma per gli insegnanti consiste in un workshop di quattro giorni, durante il quale vengono insegnate le strategie di gestione di gruppi più efficaci per affrontare i comportamenti distruttivi degli alunni e per promuovere relazioni positive tra i bambini.

Al programma base possono essere aggiunte ulteriori unità di trattamento, come l'intervento "Advance" (Webster-Stratton, 1994), incentrato su aspetti interpersonali (comunicazione e problem-solving), o le School Readiness Series, focalizzate sulle problematiche scolastiche (Webster-Stratton, Reid & Stoolmiller, 2008).

Incredible Years è stato utilizzato negli Stati Uniti, in Canada, Norvegia, Danimarca, Gran Bretagna, Nuova Zelanda e rappresenta uno dei più diffusi e testati programmi di intervento per bambini con disturbi della condotta (Webster-Stratton, 2008; Webster-Stratton, Rinaldi & Reid, 2010).

Anche il Montreal Longitudinal Experimental Study (McCord & Tremblay, 1992) è strutturato su tre componenti. La prima consiste nel migliorare le competenze sociali, attraverso una maggiore accettazione dei coetanei con comportamenti antisociali. Il training si svolge a scuola in piccoli gruppi di 4-7 bambini, con un rapporto di tre bambini ben adattati per un bambino distruttivo in ogni gruppo. Il secondo obiettivo è quello di formare i genitori sul piano educativo, sulla base del modello proposto dall'Oregon Social Learning Center (Patterson, Reid, Jones e Conger, 1975). Il terzo dominio prevede un percorso informativo e di supporto per gli insegnanti a contatto con gli alunni a rischio. Il programma è stato somministrato per un periodo di 2 anni su bambini maschi presi a 7 anni di età.

L'efficacia è stata valutata a lungo termine (quando i soggetti avevano 24 anni) e si è verificato che i ragazzi nel gruppo di trattamento avevano completato la scuola superiore in misura significativamente maggiore e tra di loro molti meno avevano una anamnesi penale positiva rispetto a quelli assegnati al gruppo di controllo (Boisjoli, Vitaro, Larcourse, Barker & Tremblay, 2007).

La terapia multisistemica (Multisystemic therapy, MST), elaborata da Henggeler e coll. (Henggeler, Rodick, Borduin, Hanson, Watson & Urey, 1986), rappresenta uno dei più intensivi programmi di intervento, utilizzata soprattutto per adolescenti e pre-adolescenti antisociali, anche come alternativa al tradizionale percorso giudiziario (Henggeler, Melton & Smith, 1992). Questo programma fu elaborato nella convinzione che il comportamento antisociale sia sotteso da una molteplicità di fattori di rischio a livello individuale, familiare, scolastico, comunitario, e che solo intervenendo contemporaneamente ed intensamente su tutti questi fattori sia possibile ottenere dei risultati.

Il programma è focalizzato sulla famiglia e sulla comunità ed è realizzato da una équipe di 3-4 terapeuti che hanno un piccolo carico di lavoro (5 famiglie per ogni terapeuta), sono disponibili 7 giorni la settimana 24 ore al

giorno, forniscono un servizio per 2-15 ore la settimana e fruiscono di una intensa formazione e continua supervisione. Il programma dura dai 4 ai 6 mesi e si svolge nella casa del ragazzo ed in altri luoghi da lui frequentati. I terapeuti hanno l'obiettivo di migliorare le capacità educative dei genitori e di influire su insegnanti, educatori ed, in generale, sulle persone significative, al fine di rendere l'ambiente sociale e familiare del ragazzo più favorevole ad un positivo adattamento e meno stimolante il comportamento antisociale.

Secondo Henggeler, il MST deve seguire una serie di principi, quali una precisa identificazione del processo di trattamento più adeguato per lo specifico caso, la valorizzazione dei punti di forza del ragazzo, la responsabilizzazione dei membri della famiglia, l'orientamento al presente al fine di risolvere problemi in atto piuttosto che riferirsi al passato, la puntuale considerazione dell'appropriatezza degli interventi in relazione all'età ed alla fase dello sviluppo, il tempestivo, continuo e ripetuto sforzo finalizzato al cambiamento, accompagnato da frequenti verifiche e risposte, un costante impegno nella valutazione del funzionamento del programma, considerando anche gli effetti che seguiranno una volta che l'intervento sarà concluso (Henggeler, Melton, Brondino, Scherer & Hanley, 1997).

Attualmente più di 450 programmi di MST sono utilizzati in undici Paesi, coinvolgendo ogni anno più di 15.000 ragazzi con comportamento antisociale (Ogden & Halliday-Boykins, 2004; Sundellet al., 2008; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2009).

Sono stati pubblicati molti studi che affermano l'efficacia dei programmi MST nel ridurre il comportamento antisociale e le probabilità di essere arrestati, anche a lungo termine (Henggeler et al., 1999; Timmons-Mitchell, Bender, Kishna & Mitchell, 2006). Vi è, tuttavia, un acceso dibattito su questi risultati, in quanto secondo una Cochrane review del 2005 (Littell, Campbell, Green & Toews, 2005) i risultati non sarebbero significativi.

Da segnalare, infine, un tipo di programma destinato a ragazzi con disturbi della condotta provenienti da famiglie nelle quali i genitori rifiutano radicalmente ogni coinvolgimento o hanno avuto comportamenti di abuso nei confronti dei figli. Per molto tempo la risposta in tali situazioni era rappresentata dall'invio di tali ragazzi in istituti o centri di tipo rieducativo. Molte ricerche hanno però dimostrato che tenere nello stesso contesto, anche se di tipo terapeutico o educativo, ragazzi con disturbi del comportamento finisce per peggiorare la situazione, in quanto l'influenza dei pari devianti prevale su quella degli educatori e dei terapeuti (Dishion, McCord & Poulin, 1999).

Per questo motivo, per gestire tali ragazzi sono stati organizzati dei programmi che prevedono l'utilizzo di famiglie affidatarie. Un esempio di questi programmi è costituito dal Multi-dimensional Treatment Foster Care (MTFC), sviluppato da Patricia Chamberlain e coll. all'inizio degli anni '80 presso l'Oregon Social Learning Centre per giovani adolescenti (Chamberlain, 1994; Chamberlain, 2003). Più recentemente, un analogo programma è stato messo a punto per bambini aggressivi in età prescolare (dai 3 ai 6 anni di età) (Chamberlain & Reid, 1998). Nell'ambito di questi programmi i terapeuti forniscono un intenso supporto al giovane, alla famiglia biologica (ove il bambino o ragazzo dovrà - se possibile - ritornare) ed alla famiglia affidataria,

con contatti quotidiani finalizzati a verificare l'evolversi della situazione e per fornire soluzioni ai problemi emergenti, intervenendo anche nell'ambiente scolastico e nella comunità.

Fondati sulla base teorica della "Social Learning Theory" questi programmi cercano di far acquisire a genitori, insegnanti ed educatori gli skills necessari a far fronte ai problemi comportamentali del ragazzo, insegnando a stabilire chiari limiti e regole, a sostenere e rinforzare i miglioramenti, stabilendo una stretta supervisione. I terapeuti agiscono anche in modo da favorire i contatti del soggetto con coetanei pro-sociali e da scoraggiare i rapporti con ragazzi devianti.

Il programma è preceduto da una accurata selezione e da una formazione dei genitori affidatari, che costituiscono il più importante elemento del piano terapeutico. Un solo bambino o ragazzo alla volta è inserito in una famiglia affidataria. Per tutta la durata dell'intervento i genitori affidatari si mantengono in stretto rapporto con i terapeuti, con telefonate quotidiane, visite domiciliari e riunioni settimanali di supporto. Da tutto ciò si comprende come il MTFC sia un programma molto intensivo, che comporta una organizzazione molto complessa ed una molteplicità di ruoli. L'obiettivo finale è quello di cambiare il comportamento del bambino o dell'adolescente e favorirne il rientro nella famiglia di origine, ovvero, nei casi nei quali ciò non fosse possibile, l'inserimento in una famiglia adottiva.

Diversi studi hanno riscontrato l'efficacia di questi programmi nel miglioramento del comportamento e nella riduzione dell'aggressività dei soggetti trattati (Eddy, Whaley & Chamberlain, 2004; Chamberlain, Leve & DeGarmo, 2007; Westermarck, Hansson & Olsson, 2011) e ciò sembra dovuto principalmente al miglioramento della gestione intra-familiare ed all'allontanamento dai coetanei devianti (Eddy & Chamberlain, 2000).

4. Considerazioni critiche e raccomandazioni sulle migliori pratiche

L'analisi della letteratura scientifica ha rivelato, in primo luogo, che la categoria diagnostica dei "disturbi della condotta" come definita dalla nosografia medico-psicologica non si adatta in modo adeguato alle esigenze degli operatori che impegnati nello sviluppo e nella validazione di interventi psicosociali volti al trattamento di bambini e adolescenti con comportamenti antisociali, distruttivi od aggressivi per diverse ragioni.

Mentre in quasi tutti i programmi esaminati viene fatto riferimento alle categorie previste dalla nosografia, nella realtà valutativa i parametri di inclusione utilizzati fanno riferimento ad una gamma di problemi comportamentali che non corrispondono pienamente ai criteri nosografici.

Peraltro, anche la valutazione degli effetti degli interventi considera come indicatori di risultato "outcomes" diversi.

Va poi sottolineato come le categorie diagnostiche descritte nella nosografia includano come sintomi comportamenti anche molto diversi tra loro e che possono richiedere interventi specifici e differenti. A questo proposito si deve ricordare, per esempio, che l'aggressività ed il furto costi-

tuiscono problemi che evolvono diversamente nel tempo e sono sostenuti da diversi fattori di rischio. In particolare, un importante studio longitudinale sulle traiettorie di sviluppo di violenza fisica e furto durante l'adolescenza e la prima età adulta ha evidenziato un aumento della frequenza di furto dall'adolescenza all'età adulta nella maggioranza del campione, mentre solo una piccola parte ha mostrato un trend crescente rispetto alla violenza fisica. Inoltre, anche i meccanismi neuro cognitivi sottesi sembrano essere diversi, in quanto le funzioni esecutive ed il QI verbale sono negativamente correlati ad una frequenza elevata di violenza fisica, ma positivamente ad una frequenza elevata di furto (Barker et al., 2007).

Nonostante questi limiti concettuali, la presente analisi della letteratura ha permesso di evidenziare che gli interventi psicosociali per i minori con problemi di condotta sono ampiamente studiati e rappresentino una componente fondamentale nel trattamento dei disturbi della condotta nell'età evolutiva.

Sebbene, infatti, la letteratura a supporto di una gestione farmacologica del comportamento aggressivo e distruttivo nei giovani sia in crescita, sembra ancora insufficiente per permettere di comparare adeguatamente i rischi ed i benefici dell'uso degli psicofarmaci nella popolazione pediatrica, soprattutto nel lungo termine. Una specifica analisi di questa modalità di trattamento è stata fornita dalla *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* che ha pubblicato una rassegna di indicazioni pratiche sulla terapia farmacologica dei disturbi della condotta nei giovani (Gleason et al., 2007).

In realtà, lo squilibrio tra l'efficacia ormai validata degli interventi psicoterapeutici e la ancora debole evidenza rispetto all'uso dei farmaci, permette dunque di sostenere l'opinione che gli interventi psicosociali continuino a rimanere il trattamento di prima linea per i problemi di aggressività e di comportamento antisociale nei giovani (Scotto Rosato et al., 2012).

Un'ulteriore aspetto che emerso come fondamentale nel trattamento dei giovani con problemi di condotta è quello della di tempestività. La letteratura ha permesso di evidenziare che più precocemente si interviene nella traiettoria di sviluppo del bambino, maggiori sono le probabilità di evitare successivi sviluppi di comportamento antisociale e di problemi di salute mentale (McNeil, Cappa, Bahl & Blanc, 1999).

In generale, nonostante le ampie ricerche in tema di efficacia, si deve concludere che nessun programma psicosociale si è dimostrato come il migliore in assoluto.

Tuttavia, sulla base dei dati disponibili, è emerso che la scelta dell'intervento dovrebbe essere specifica per età e dovrebbe tenere conto delle differenze di sviluppo cognitivo, comportamentale, affettivo e comunicativo del giovane.

Nel complesso, secondo gli studi considerati, gli interventi focalizzati sui genitori si sono dimostrati quelli più efficaci nel trattamento dei bambini più giovani (<11 anni). Al contrario, per i ragazzi più grandi (>11 anni), gli interventi focalizzati sul minore sembrano avere maggiore efficacia. Per i bambini che necessitano di affidamento familiare, sono risultati efficaci anche gli interventi focalizzati sulla famiglia affidataria.

Gli interventi condotti separatamente sui genitori e sul bambino non si sono dimostrati più efficaci di quelli focalizzati sui soli genitori; mentre gli interventi svolti in am-

biente scolastico si sono dimostrati maggiormente efficaci di quelli svolti in ambito sanitario.

Secondo la letteratura, il *training* genitoriale deve essere considerato l'approccio di prima scelta nel trattamento dei bambini, mentre gli approcci cognitivo-comportamentali hanno un effetto maggiore sui ragazzi più grandi, in quanto hanno una maggiore capacità di trarre beneficio da questo tipo di trattamento.

Gli interventi familiari che affrontano i problemi di relazione e di comunicazione genitori-figlio hanno dimostrato una maggiore efficacia nei ragazzi più grandi, mentre gli approcci multi-componentenziali e multi-modalità hanno mostrato effetti significativi sia in infanzia sia in adolescenza.

Infine, si è riscontrato come il coinvolgimento della famiglia nel trattamento influenzi notevolmente i risultati. Lo sviluppo di alleanze positive tra bambino e terapeuta e tra genitore e terapeuta hanno, infatti, evidenziato minori difficoltà nella partecipazione al trattamento e maggiore accettabilità dello stesso, con effetti più positivi (Scotto Rosato et al., 2012).

Un limite chiaramente emergente dalla letteratura analizzata è la carenza di sistematiche valutazioni di efficacia a lungo termine. Di conseguenza, per molti programmi non è possibile sapere se gli effetti positivi rilevati al termine del trattamento – o dopo un periodo relativamente breve – persistano in modo stabile, né le probabilità che gli effetti indesiderati si ripresentino.

A questo proposito, è importante ricordare i risultati ottenuti da uno degli studi più interessanti effettuati in Criminologia, relativo ad un programma di prevenzione psicosociale della delinquenza effettuato a Cambridge-Somerville. Come riportato da McCord (1978), alcuni decenni dopo l'intervento i risultati sono stati sorprendentemente negativi. In particolare, i soggetti trattati hanno evidenziato una maggiore percentuale di disturbi psichici, morte precoce (prima dei 35 anni), uso di sostanze, recidiva antisociale, fallimento nel lavoro, etc., rispetto ai soggetti di controllo durante il corso della loro vita. Inoltre, McCord (1992) ha anche osservato che i risultati peggiori si erano verificati nei casi in cui i rapporti tra terapeuta e ragazzi erano stati più intensi e duraturi.

Un'importante ipotesi interpretativa di questi risultati è stata proposta da Dishion, McCord e Poulin (1999) che, dopo aver constatato che i risultati peggiori si erano verificati nei ragazzi che avevano frequentato campi estivi per ragazzi devianti durante il trattamento, hanno raggiunto la conclusione che l'inserimento di minori a rischio in un gruppo di coetanei devianti possa produrre effetti fortemente negativi. I risultati raggiunti sono stati confermati da altri studi (Tremblay, 2000), con la dimostrazione che l'inserimento di giovani problematici in programmi di gruppo può produrre effetti negativi a lungo termine, in quanto l'influenza negativa dei coetanei devianti può superare l'influenza positiva dei terapeuti.

Alla luce di tali risultati si ribadisce la necessità di effettuare valutazioni di efficacia a lungo termine, al fine di accertare se i risultati dell'intervento siano stabili nel tempo e se emergano eventuali effetti indesiderati nel corso degli anni.

Un secondo problema è che, nonostante la sempre crescente diffusione di interventi psicosociali definiti "evidence-based", le variabili predittive e di risultato per

valutare in modo specifico la risposta al trattamento non sono ancora ben definite.

Sono necessari ulteriori studi per comprendere le circostanze ed i contesti in cui i trattamenti funzionano ed il modo in cui producono gli effetti. Inoltre, sono indispensabili ulteriori sforzi volti a studiare le possibilità di replica dei programmi in altre popolazioni ed in diverse comunità.

Infine, un'ultima considerazione di carattere generale, che per brevità viene solo accennata.

Attraverso l'utilizzo della nozione di disturbo della condotta vengono spesso declinati in senso sanitario problemi che hanno dimostrato di avere una importante componente sociale, con la conseguenza che il trattamento si concentra principalmente sul bambino o – nella migliore delle ipotesi – sul contesto familiare, senza tenere in specifico conto l'ambiente nel suo complesso. Questo approccio non solo penalizza l'efficacia generale dei trattamenti disponibili, ma limita anche le strategie di politica sociale, che sembrano rivolgere la propria attenzione al comportamento problematico, piuttosto che cercare di eliminarne le cause.

Bibliografia¹

- Alexander, J., & Parsons, B. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 219-225.
- Alexander, J., Pugh, C., Parsons, B., et al. (2000). *Functional Family Therapy*. University of Colorado, Institute of Behavioral Science.
- * American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 10 supplement, 122S-139S.
- * Baer, R. A., & Neitzel, M. T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 400-412.
- Barker, E.D. et al. (2007). Developmental trajectories of violence and theft: relation to neurocognitive performance. *Archives of General Psychiatry*, 64, 592-599.
- * Barlow, J., & Stewart-Brown, S. (2000). Review article: behavior problems and parent-training programmes. *Journal of Developmental Behavioural Pediatrics*, 5, 21, 356-70.
- * Bennett, D.S. & Gibbons, T.A. (2000). Efficacy of child cognitive-behavioral interventions for antisocial behavior: a meta-analysis. *Child & Family Behavior Therapy*, 22, 1-15.
- Boisjoli, R., Vitaro, F., Lacourse, E., Barker, E.D., & Tremblay, R.E. (2007). Impact and clinical significance of a preventive intervention for disruptive boys: 15 year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 191, 415-419.
- * Borduin, C.M. (1999). Multi-systemic treatment of criminality and violence in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 3, 242-9.
- * Brestan, E.V. & Eyberg, S.M. (1998). Effective psychosocial treatments of conduct disorder children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 180-189.

1 Le voci asteriscate identificano gli studi che sono stati utilizzati, anche se non citati espressamente nel testo.

- * Burke, J.D., Loeber, R., & Birmaher, B. (2002). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 11, 1275-93.
- * Burns, B. J., Hoagwood, K., & Mrazek, P.J. (1999). Effective treatment for mental disorders in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 199-254.
- * Carr, A. (2000). *What Works With Children and Adolescents: A Critical Review of Psychological Interventions With Children, Adolescents and Their Families*. Florence, KY: Taylor & Francis/Routledge.
- Chamberlain, P. (1994). Family connections: Treatment foster care for adolescents with delinquency. Eugene, OR: Castalia.
- * Chamberlain, P. & Rosicky, J.G. (1995). The effectiveness of family therapy in the treatment of adolescents with conduct disorders and delinquency. Special Issue: The effectiveness of marital and family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 441-459.
- Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1998). Comparison of two community alternatives to incarceration for chronic juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 624-633.
- Chamberlain, P. (2003). *Treating chronic juvenile offenders: Advances made through the Oregon multidimensional treatment foster care model*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D. S. (2007). Multidimensional treatment foster care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 187-193
- * Chambless, D.L., Sanderson W.C., Shoham V., Bennett Johnson S., Pope K.S., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.
- * Chambless, D.L., Baker, M., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- * Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., et al. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165-190.
- * Chorpita, B., Daleiden, E., Ebesutani, C., Young, J., Becker, K. D., Nakamura, B. et al. (2011). Evidence based treatments for children and adolescents: An updated review of indicators of efficacy and effectiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 154-172.
- 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, 313-332.
- * Connor, D. F., Carlson, G. A., Chang, K. D., Daniolos, P.T., Ferziger, R., Findling, R. S., et al. (2006). Juvenile maladaptive aggression: A review of prevention, treatment, and service configuration and a proposed research agenda. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 808-820.
- * Cottrell, D. & Boston, P. (2002). Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 573-586.
- * Curtis, N. M., Ronan, K. R., & Borduin, C. M. (2004). Multi-systemic treatment: A meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18, 411-419.
- Dishion T. J., & McCord J., Poulin F. (1999) When Interventions Harm: Peer Group and Problem Behavior. *American Psychologist*, 54: 755-764.
- Dretzke, J., Frew, E., Davenport, C., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Sandercock, J., et al. (2005). The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programs for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children. *Health Technology Assessment*, 9, 1-233.
- * Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S., et al. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: A systematic review of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3, 7-18.
- * Durlak, J. A. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladjusted children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Eddy, J.M., & Chamberlain, P. (2000). Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 857-863.
- Eddy, J. M., Whaley, R., & Chamberlain, P. (2004). The prevention of violent behavior by chronic and serious male juvenile offenders: A 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Family Psychology*, 12, 2-8
- Eyberg, S. M., Boggs, S., & Algina, J. (1995). Parent-child interaction therapy: A psychosocial model for the treatment of young children with conduct problem behavior and their families. *Psychopharmacology Bulletin*, 31, 83-92.
- Eyberg, S.M., & Calzada, E. J. (1998). *Parent-child interaction therapy: Procedures manual*. Gainesville, FL: University of Florida.
- * Eyberg, S.M., Nelson, M. M., & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 215-237.
- * Farmer, E. M. Z., Compton, S. N., Burns, B. J., & Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for treatment of childhood psychopathology: Externalizing disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1267-1302.
- * Fonagy, P., & Target, M. (1994). The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive behavior disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 45-55.
- * Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). What works for whom? *A critical review of treatments for children and adolescents*. New York: Guilford.
- Forehand, R. T., & McMahon, R. J. (1981). *Helping the noncompliant child*. New York: The Guilford Press.
- Forgatch, M.S., Patterson, G.R., DeGarmo, D.S., & Beldavs, Z.G. (2009). Testing the Oregon delinquency model with 9-year follow-up of the Oregon Divorce Study. *Development and Psychopathology*, 21, 637-660.
- * Fossum, S., Handegard, B.H., Martinussen, M., & Mørch, W.T. (2008). Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 438-451.
- * Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S.M., & Donnelly, M. (2012). Behavioral and cognitive-behavioral group based parenting programs for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD008225.
- Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L., & Hurlburt, M. S. (2008). Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 505-514.
- Gleason, M., Egger, H.L., Emslie, G., Greenhill, L., Kowatch, R., Lieberman, A., Luby, J., Owens, J., Scahill, L., Scheeringa, M., Stafford, B., Wise, B., & Zeanah, C. (2007). Psychopharmacological treatment for very young children. Contexts and guidelines. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1532-1572.
- Gould, N., & Richardson, J. (2006). Parent-training/education pro-

- grammes in the management of children with conduct disorders: developing an integrated evidence-based perspective for health and social care. *Journal of Children's Services*, 4, 4, 47-60.
- Hagen, K.A., Ogden, T., & Bjornebekk, G. (2011). Treatment Outcomes and Mediators of Parent Management Training: A One-Year Follow-Up of Children with Conduct Problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 165-178.
- * Harrington, R., Peters, S., Green, J.M., Byford, S., Woods, J., & McGowan, R. (2000). Randomised comparison of the effectiveness and costs of community and hospital based mental health services for children with behavioural disorders. *British Medical Journal*, 321, 1047-1050.
- Hautmann, C., Hoijsink, H., Eichelberger, I., Hanisch, C., Pluck, J., Walter, D., et al. (2009). One-year follow-up of a parent management training for children with externalizing behavior problems in the real world. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(4), 379-396.
- Henggeler, S. W., Rodick, J. D., Borduin, C. M., Hanson, C. L., Watson, S. M., & Urey, J. R. (1986). Multi-systemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interactions. *Developmental Psychology*, 22, 132-141.
- Henggeler, S.W., Melton, G.B., & Smith, L.A. (1992). Family preservation using multi-systemic therapy: An effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 953-961.
- Henggeler, S.W., Melton, G. B., Brondino, M. J., Scherer, D. G., & Hanley, J. H. (1997). Multi-systemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: The role of treatment fidelity in successful dissemination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 821-833.
- Henggeler, S. W., Rowland, M. R., Randall, J., Ward, D., Pickrel, S. G., Cunningham, P. B., et al. (1999). Home-based multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youth in psychiatric crisis: Clinical outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1331-1339.
- * Henggeler, S.W., & Sheidow, A. J. (2003). Conduct disorder and delinquency. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 505-522.
- Henggeler, S.W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Henggeler, S.W., & Sheidow, A.J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 30-58.
- Hood, K.K., & Eyberg, S.M. (2003). Outcomes of parent-child interaction therapy: Mothers' reports of maintenance three to six years after treatment. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 32(3), 419-430.
- * Jensen, P.J., Weersing, R., Hoagwood, K.E. & Goldman, E. (2005). What is the Evidence for Evidence-Based Treatments? A hard look at our soft underbelly. *Mental Health Services Research*, 7, 53-74.
- Kazdin, A. E., Esveldt-Dawson, K., French, N. H., & Unis, A. S. (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 76-85.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Siegel, T. C., & Thomas, C. (1989). Cognitive behavior therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 522-536.
- Kazdin, A. E., Siegel, T. C., & Bass, D. (1992). Cognitive problem solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 733-747.
- * Kazdin, A. E. (1997). Practitioner review: psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 161-178.
- * Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- * Kazdin, A.E., & Weisz, J.R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York: Guilford.
- * Kazdin, A.E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253-276.
- Kjebli, J., Hukkelberg, S., & Ogden, T. (in press). A randomized trial of group parent training: reducing child conduct problems in real-world settings. *Behaviour Research and Therapy*.
- Larson, J., & Lochman, J. E. (2002). *Helping schoolchildren cope with anger: A cognitive behavioral intervention*. New York: Guilford Press.
- * Littell, J. H., Popa, M., & Forsythe, B. (2006). Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1*. New York: John Wiley.
- Lochman, J. E., & Lenhart, L.A. (1993). Anger coping intervention for aggressive children: Conceptual models and outcome effects. *Clinical Psychology Review*, 13, 785-805.
- Lochman, J. E., Curry, J. F., Dane, H., & Ellis, M. (2001). The Anger Coping Program: An empirically-supported treatment for aggressive children. *Residential Treatment for Children and Youth*, 18(3), 63-73.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2002). The Coping Power Program at the middle school transition. Universal and indicated prevention effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16, 540-554.
- Lochman, J. E., Boxmeyer, C., Powell, N., Qu, L., Wells, K., & Windle, M. (2009). Dissemination of the Coping Power program: Importance of intensity of counselor training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 476-497.
- * Loeber, R., & Farrington, D.P. (eds.). (1998). *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Intervention*, Thousand Oaks, CA: Sage.
- * Loeber, R., Burke, J., Lahey, B., Winters, A., & Zera, M. (2000). Oppositional and defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, Part 1. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 12, 1468-84.
- Loeber, R. & Farrington, D.P. (2001). *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Loeber, R., Burke, J. D., & Pardini, D.A. (2009). Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 291-310.
- * Lonigan, C.J., Elbert, J.C., & Johnson, S.B. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: an overview. *Journal of Child Clinical Psychology*, 27, 138-145.
- * McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: a meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 527-543.
- * McCellan, J.M., & Werry, J.S. (2003). Evidence-based treatments in child and adolescent psychiatry: An inventory. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1388-1400.
- McCord, J. (1978). A thirty-year follow-up of treatment effects. *American Psychologist*, 33, 284-289.
- McCord, J. (1992). *The Cambridge-Somerville Study: A pioneering longitudinal-experimental study of delinquency prevention*. In J. McCord & R. E. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Interventions from birth through adolescence*. New York: Guilford Press.
- McMahon, R. J., & Forehand, R. (2003). *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior*, (2nd ed.) Guilford: New York.
- McNeil, C. B., Capage, L. C., Bahl, A., & Blanc, H. (1999). Importance of early intervention for disruptive behavior problems: Comparison of treatment and waitlist-control groups. *Early Education and Development*, 10, 445-454.
- Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

- * Nixon, R.D. (2002). Treatment of behavior problems in pre-schoolers: A review of parent training programs. *Clinical Psychology Review*, 22, 525-546.
- Nixon, R.D., Sweeney, L., Erickson, D.B., & Touyz, S.W. (2003). Parent-child interaction therapy: A comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 251-260.
- * Nock, M. K. (2003). Progress review of the psychosocial treatment of child conduct problems. *Clinical Psychology Science and Practice*, 10, 1-28.
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-positive parenting program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 114-144.
- Ogden, T., & Halliday-Boykins, C.A. (2004). Multisystemic treatment of antisocial adolescents in Norway: Replication of clinical outcomes outside of the US. *Child & Adolescent Mental Health*, 9(2), 77-83
- * Ollendick, T.H., & King, N.J. (2000). *Empirically Supported Treatments for Children and Adolescents* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Patterson, G.R., & Gullion M.E. (1968). *Living with children: New methods for parents and teachers*, Champaign, IL: Research Press.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., Jones, R. R., & Conger, R. E. (1975). *A social learning approach to family intervention: Families with aggressive children* (Vol. 1). Eugene, OR: Castalia
- Patterson, G. R., Chamberlain, P. & Reid, J. B. (1982) A comparative evaluation of a parent training program. *Behavior Therapy*, 13, 638-650
- Reef, J., van Meurs, I., Verhulst, F.C., & van der Ende, J. (2010). Children's problems predict adults' DSM-IV disorders across 24 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49, 1117-1124.
- * Roncs, M., Hoagwood, K. (2000). School-based mental health services: a research review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 223-241.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J.S., Taylor, E. & Thapar, A. (Eds.). (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. (5th ed.). Oxford: Wiley-Blackwell Publishing.
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 1-35.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (1999). *Practitioner's manual for Enhanced Triple P*. Brisbane, Australia: Families International.
- Schuhmann, E. M., Foote, R. C., Eyberg, S. M., Boggs, S. R., & Algina, J. (1998). Efficacy of parent-child interaction therapy: Interim report of a randomized trial with short-term maintenance. *Journal of Clinical Child Psychology*, 27, 34-45
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. et al. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323, 191.
- * Scott, S. (2008). An update on interventions for conduct disorder. *Advance in Psychiatric Treatment*, 14, 61-70.
- * Scotto Rosato, N. et al. (2012). Treatment of Maladaptive Aggression in Youth: CERT Guidelines II. Treatments and Ongoing Management. *Pediatrics*, 129, 6, e1577-e1586.
- * Serketich, W.J., & Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: a meta-analysis. *Behavioral Therapy*, 27, 171-186.
- * Steele, R., Roberts, M. & Elkin T. D. (Eds.). (2008). *Handbook of evidence-based therapies for children and adolescents*. New York: Sage.
- * Steiner, H., & Dunne, J. E. (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1482-1485.
- * Steiner, H., & Remsing, L. (2007). Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1, 126-141.
- * Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). *Interventions for Disruptive Behavior Disorders: Evidence-Based and Promising Practices*. Rockville, MD: Center for Mental Health Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services.
- * Sukhodolsky, D. N., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247-269.
- Sundell, K., Ansson, K., Lofholm, C. A., Olsson, T., Gustle, L. H., & Kadesjo, C. (2008). The transportability of MST to Sweden: Short-term results from a randomized trial of conduct disorder youth. *Journal of Family Psychology*, 22, 550-560
- Szapocznik, J., Hervis, O. E., & Schwartz, S. (2003). *Brief strategic family therapy for adolescent drug abuse*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse.
- * Tarolla, S. M., Wagner, E. E., Rabinowitz, J., & Tubman, J. G. (2002). Understanding and treating juvenile offenders: A review of current knowledge and future directions. *Aggression and Violent Behavior*, 7, 125-143.
- * Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically validated treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48(1), 3-23.
- * 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. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.
- Timmons-Mitchell, J., Bender, M. B., Kishna, M. A., & Mitchell, C. C. (2006). An independent effectiveness trial of multisystemic therapy with juvenile justice youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 227-236.
- Tremblay, R.E., Vitaro, F., Bertrand, L., et al. (1992). *Parent and child training to prevent early onset of delinquency: the Montreal longitudinal experimental study*. In McCord, J., & Tremblay, R.E. (eds). *Preventing Antisocial Behavior: Intervention From Birth Through Adolescence*. Guilford.
- Tremblay, R. E. (2000). The development of aggressive behavior during childhood: What have we learned in the past century? *International Journal of Behavioral Development*, 24, 129-141.
- Webster-Stratton, C. (1992). *The incredible years*. Toronto: Umbrella Press.
- Webster-Stratton, C. (1994). Advancing videotape parent training: A comparison study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 583-593.
- * Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1997). Treating children with early-onset conduct problems: A comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 93-109.
- * Webster-Stratton, C., Reid, M. J. & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 105-124.
- Webster-Stratton, C. (2008). *How to promote children's social and emotional competence*. London: SAGE Publications.
- Webster-Stratton, C., Reid, J. M., & Stoolmiller, M. (2008). Preventing conduct problems and improving school readiness: Evaluation of the Incredible Years Teacher and Child Training Programs in high-risk schools. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 471-488.
- Webster-Stratton, C., Rinaldi, J., & Reid, J. M. (2010). Long term outcomes of the Incredible Years parenting program: Predictions.

- tors of adolescent adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 38-46.
- * Weiss, B., & Weisz, J. R. (1990). The impact of methodological factors on child psychotherapy outcome research: A meta-analysis for researchers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 639-670.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. M. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 82-94.
- * Weisz, J. R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M. L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J. R., & A. E. Kazdin (Eds.). (2010). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. New York, NY: Guilford Press.
- Wells, K. C., & Egan, J. (1988). Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 138-146.
- Westermarck, P. K., Hansson, K., & Olsson, M. (2011). Multidimensional treatment foster care (MTFC): Results from an independent replication. *Journal of Family Therapy*, 33, 20-41.
- * Wilson, S. J., & Lipsey, M. W. (2007). School-based interventions for aggressive and disruptive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 33 (Suppl. 2S), 130-143.
- * Wilson, S. J., Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (2003). The effects of school-based intervention programs on aggressive behavior: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 136-149.
- * Woolfenden, S., Williams, K., & Peat, J. (2001). Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), Art. No.: CD003015.
- * Woolfenden, S., Williams, K., & Peat, J. (2002). Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Diseases in Childhood*, 86: 251-256.

Secondo il criterio internazionale
dell'American Psychological Association (APA)

L'accettazione di un articolo ai fini della pubblicazione sulla rivista è subordinata alle seguenti norme:

1. Ogni articolo proposto per la pubblicazione sulla rivista deve pervenire alla redazione composto secondo le norme sotto indicate.
2. I contributi devono essere inediti, non sottoposti contemporaneamente ad altra rivista ed il loro contenuto conforme alla legislazione vigente in materia di etica della ricerca.
3. La direzione provvede ad inviare il lavoro, reso anonimo, a due referees della rivista, scelti in base a criteri di "turnazione" nell'esercizio di tale funzione e della loro particolare competenza nel tema trattato dall'articolo. Saranno esclusi dalla scelta i docenti della sede universitaria di appartenenza dell'autore e sarà cura della redazione garantire il più completo e reciproco anonimato dei referees e degli Autori dei singoli articoli.
4. Le osservazioni dei referees saranno comunicate all'Autore dalla redazione che provvederà inoltre ad inviare ad ogni referee le valutazioni espresse dagli altri circa lo stesso articolo.
5. Nel caso in cui i referees giudichino un articolo non degno di correzione già in occasione della prima revisione, l'articolo dovrà considerarsi definitivamente rifiutato ai fini della pubblicazione sulla rivista.
6. I lavori pubblicati restano di proprietà della rivista. I lavori non pubblicati si restituiscono se richiesti.
7. La attestazione che un articolo è in pubblicazione sulla rivista viene emessa solo dopo la definitiva approvazione da parte dei referees e dopo la consegna del testo in tipografia.
8. Articoli e notizie in genere, firmati o siglati, esprimono soltanto l'opinione del loro Autore e comportano, di conseguenza, esclusivamente la sua responsabilità. L'Autore ha diritto ad una sola correzione di bozze, limitata alla semplice revisione tipografica; le bozze di stampa corrette dovranno essere restituite alla redazione entro dieci giorni dalla data della loro spedizione. Trascorso tale termine, la redazione provvederà direttamente alla correzione delle stesse.
9. Si accettano lavori solo se inviati tramite posta elettronica, indirizzati all'attenzione dei proff.ri Tullio Bandini e Roberto Catanesi, all'indirizzo e-mail: segreteria@criminologia.uniba.it

Istruzioni per la compilazione dei testi

Il testo deve essere corredato di:

- 1) titolo del lavoro (in italiano ed inglese);
- 2) summary (in italiano e inglese) compreso tra le 200 e le 250 parole ognuno;
- 3) cinque parole chiave (in italiano e inglese);
- 4) titolo e didascalie delle tabelle e delle figure.

Nella prima pagina del file devono comparire:

- il titolo; le parole chiave; i nomi degli Autori e l'Istituto o Ente di appartenenza; il nome, l'indirizzo, il recapito telefonico e l'indirizzo e-mail dell'Autore cui sono destinate la corrispondenza e le bozze.
- A seguire il summary e, nelle ultime, la bibliografia, le didascalie di tabelle e figure e l'eventuale menzione del Congresso al quale i dati dell'articolo siano stati comunicati (tutti o in parte).
- Il file dovrà essere salvato e nominato con il titolo dell'articolo. Software: Microsoft Word, carattere Times New Roman 12, spaziatura 1,5, margini da 2 cm. Il numero massimo di cartelle dovrà essere 25, comprensive di ogni parte (titolo, parole chiave, riassunti, tabelle, etc.), numero ridotto a 12 per la presentazione di *case report*. La Direzione della Rivista si riserva la facoltà di decidere sulla possibilità di deroga a dette indicazioni. Non utilizzare programmi di impaginazione grafica quali Publisher, Aldus Pagemaker. Non usare formattazioni speciali (evitare stili, bordi, ombreggiature ...).
- Tabelle: devono essere contenute nel numero e numerate progressivamente con numerazione romana.
- Figure: inviare immagini esclusivamente in formato JPEG, in scala di grigio, con risoluzione 300 dpi; associare il nome del file (per ciascuna figura) comprensivo di estensione (jpeg).

CRITERI REDAZIONALI PER LA CITAZIONE ALL'INTERNO DEL TESTO

Si seguono i criteri internazionale dell'American Psychological Association (APA). I criteri sono reperibili all'indirizzo www.rassegnaitalianadicriminologia.it del sito ufficiale della R.I.C.