

Jacek Bomba

BADANIA NAD EFEKTYWNOŚCIĄ PSYCHOTERAPII W LECZENIU ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY¹

RESEARCH ON PSYCHOTHERAPY EFFECTIVENESS IN TREATMENT OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Katedra Psychiatrii UJ CM
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Kierownik katedry i kliniki: prof. dr hab. med. Jacek Bomba

child and adolescent
psychotherapy

Autor artykułu omawia obecne we współczesnej w literaturze światowej raporty z badań i metaanalizy dotyczące potwierdzenia skuteczności psychoterapii dzieci i młodzieży. Formuluje wnioski co do konieczności rozwoju empirycznej weryfikacji skuteczności stosowanych w leczeniu metod mimo przesłanek skłaniających do jej zaleceń w określonych zaburzeniach. Zwraca uwagę na znaczenie nurtu badań zmierzających do ustalenia mediatorów i moderatorów efektów psychoterapii.

Summary: Methods used in the evaluation of psychotherapy effectiveness in treatment of mental and behavioural disorders in children and adolescents are analysed to discuss possible incongruity of their results.

Method. The accessible reports and meta-analyses of studies on psychotherapy results are presented. The criteria of qualification to the treatment, designs of research programmes and the methods of results evaluation are considered.

Results. The reports on the psychotherapy efficacy in the treatment of children and adolescents are – as expected – scarce. They concern mainly behaviour, anxiety and depressive disorders. Classifications for treatment are not homogeneous. The treatment results are usually assessed in rather short follow-up periods.

Studies on behaviour-cognitive therapy delivered on individual, group and family basis dominate.

Conclusions. 1. Research on psychotherapy in treatment of children and adolescent are carried on, however there is only few publications on this topic. 2. The most frequent aim of the studies published is the effectiveness of psychotherapy. 3. There are no clear-cut conclusions on effects of psychotherapy in children and adolescents, however the critical meta-analyses point out its effectiveness and sound reasons for recommendation. 4. The research on the significance of mediating aims slightly confirm the hypotheses on pathogenesis of emotional disturbances in children and adolescents. 5. The research on psychotherapy outcome mediators and moderators looks promising.

Celem prezentacji jest przybliżenie stanu badań nad psychoterapią dzieci i młodzieży, ze szczególnym uwzględnieniem sposobów badania jej efektywności. Psychoterapia, co najmniej od stulecia, jest uznaną i powszechnie przyjętą metodą leczenia. Obecnie stanowi

¹Tekst stanowi rozwinięcie tezy referatu ogłoszonego w sesji „Podstawowe problemy psychoterapii dzieci i młodzieży” XLIII Zjazdu Naukowego Psychiatrów Polskich w Poznaniu w dniu 24 czerwca 2010 r.

ważną część kompleksowego leczenia zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży [1]. Międzynarodowe organizacje, ustalające standardy kształcenia podyplomowego w psychiatrii oraz w psychiatrii dzieci i młodzieży, przyznają psychoterapii znaczące miejsce w programach szkolenia i wśród kompetencji, jakimi powinien dysponować psychiatra [2]. W polskich programach szkolenia podyplomowego w psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży wśród celów kształcenia wymienione są wiedza psychoterapeutyczna i umiejętności psychoterapeutyczne, jednak obowiązuje jedynie wysłuchanie kursu podstaw psychoterapii [3, 4].

Jeśli za standard leczenia uznać prawne regulacje gwarantowanych świadczeń zdrowotnych, to w Polsce psychoterapia ma miejsce w kompleksowym leczeniu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania dostępnym dla każdego potrzebującego dziecka i każdego dorastającego [5]. Trudno jednak powiedzieć, czy rzeczywiście jest dostępna. Badania nad dostępnością psychoterapii nie są prowadzone, albo ich wyniki nie są publikowane. Praca Czabały i Mroziak [6] jest tu wyjątkiem, lecz pochodzi sprzed 14 lat. Jej autorzy mieli uzasadnione wątpliwości, czy rzeczywiście oddaje stan dostępności psychoterapii. Zbierali informacje metodą ankietową, a zwrot rozesłanych ankiet był mało satysfakcjonujący.

Niezadowolające miejsce psychoterapii w szkoleniu podyplomowym psychiatrów, i prawdopodobnie także jej niewystarczająca dostępność, są spowodowane wieloma czynnikami, wśród których — prócz konkurencji z innymi ważnymi zagadnieniami i umiejętnościami, jakie powinien opanować przyszły psychiatra — prowadzony jest spór ideologiczny o jej podstawy naukowe i efektywność. W dobie znaczenia, jakie przywiązuje się do nauki, nie zaskakuje oczekiwanie, że metody leczenia powinny opierać się na rzetelnych podstawach naukowych, zanim zostaną wprowadzone do zespołu zalecanych sposobów postępowania.

Wszyscy psychoterapeuci utrzymują, że proponowane przez nich metody leczenia wywodzą się z określonych, naukowych teorii patogenezy zaburzeń psychicznych. Trzeba sobie jednak zdać sprawę z tego, że postępowanie psychoterapeutyczne zostało wprowadzone do praktyki leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego na długo przed pojawieniem się w psychiatrii dominacji paradygmatu przyrodniczego wymagającego empirycznego, eksperymentalnego potwierdzenia skuteczności metody leczenia.

Powstała w ten sposób szczególna sytuacja, wymagająca potwierdzenia efektywności postępowania już wpisanego do zasad leczenia osób z zaburzeniami psychicznymi. Być może dlatego badania dążące do udowodnienia efektywności psychoterapii zastąpiły poszukiwania jej czynników leczących. Oceniając stan badań nad efektywnością psychoterapii w leczeniu schizofrenii, Alanen [7] stawiał pytanie o adekwatność stosowanego modelu badań opracowanego do oceny skuteczności i bezpieczeństwa preparatów farmakologicznych. Wydaje się, że to pytanie jest nadal aktualne.

Dokonano przeglądu dostępnych w piśmiennictwie polskim oraz w internetowych bazach danych (EMBASE, MEDLINE) opracowań badań nad psychoterapią dzieci i młodzieży opublikowanych w latach 2006–2010. Uwzględniono doniesienia i raporty z badań, a także metaanalizy. W analizie zebranych danych zwrócono szczególną uwagę na formułowanie celów badawczych, zasady doboru i kwalifikowania pacjentów do badań, konstrukcje programu badawczego (wzór badań), metody oceny i, co oczywiste, na wnioski wyciągane z uzyskiwanych wyników.

Chociaż liczba publikacji dotyczących psychoterapii dzieci, młodzieży i ich rodzin jest stosunkowo duża, to raporty z badań nad jej skutecznością są nieliczne. W piśmiennictwie polskim nie znaleziono ani jednej pracy skupionej na badaniu skuteczności psychoterapii u dzieci i młodzieży opublikowanej w ostatnim pięcioleciu. Publikowane prace to przede wszystkim informacje o metodach terapii, prace pogładowe, zazwyczaj zwolenników psychoterapii w jednej z jej licznych modalności, a także — co ma swoją ogromną wartość edukacyjną — prace kazuistyczne. Publikowane są też wyniki prac eksploracyjnych budujące teoretyczne podstawy psychoterapii.

Odszukane w bazach danych opracowania badań nad skutecznością psychoterapii obejmują głównie dzieci i młodzież z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi (nerwicowymi), ale kryteria kwalifikacji do leczenia nie są w nich jednorodne. Badacze rozmaicie dobierają też okresy, w jakich dokonują oceny uzyskanych efektów leczenia. Porównywanie danych z poszczególnych opracowań utrudnia także posługiwanie się w nich niejednorodnymi kryteriami oceny wyników leczenia.

Dominują badania nad efektywnością terapii behawioralno-poznawczej stosowanej jako terapia indywidualna, grupowa lub rodzinna.

Formułowanie celów badań

Jak wspomniano we wstępie, badania nad efektywnością psychoterapii rozpoczęto w atmosferze zarzutów o jej nieskuteczności, w kontekście rozbudowywania empirycznej metodyki badania skuteczności i bezpieczeństwa preparatów farmakologicznych (substancji chemicznych). Te dwa czynniki mogły wpłynąć na metody badania efektywności psychoterapii. Próbowano ustalić, czy badacze psychoterapii posługują się zbliżonym wzorem eksperymentów badawczych do tego, jaki stosuje się w badaniach nad substancjami. Poszukiwano także własnych dróg badania wypracowywanych do studiów nad psychoterapią.

Badanie efektywności leczenia

Podstawowym wskaźnikiem, traktowanym w analizowanych pracach jako wynik leczenia, jest zmiana nasilenia objawów zaburzeń. Za zmianę uważa się ustąpienie lub obniżenie nasilenia objawów psychopatologicznych. Chociaż nie jest to jedyne stosowane kryterium efektu, niektórzy badacze oceniają także poprawy funkcjonowania społecznego. Nie napotkałem badania zmian jakości życia, będącej w psychiatrii dorosłych jednym z kryteriów oceniania skuteczności leczenia w przewlekłych zaburzeniach psychicznych. W pojedynczych badaniach wprowadza się jeszcze inne kryteria, np. zmiany stosunku rodziców do dziecka, poziomu stresu u rodziców.

Posługiwanie się kryterium nasilenia objawów odwołuje się do klasycznej konceptualizacji zaburzeń, rozpoznawanych na podstawie obecności określonych zjawisk psychicznych i zachowań traktowanych jako objawy psychopatologiczne. Oparcie się na koncepcji, w której zaburzenia funkcjonowania społecznego stanowią, obok objawów psychopatologicznych, istotne kryterium rozpoznania zaburzeń, skutkuje także oceną wyników leczenia na podstawie zmian w funkcjonowaniu społecznym.

Inne spojrzenie, wywodzące się z psychiatrii rodziny, według którego zaburzenia psychiczne członka rodziny są dla niej ciężarem, sprawia, że można oceniać zmiany stosunku rodziców do dziecka i przyjmować je jako wskaźnik efektu terapii. Wybór zmiany nasilenia objawów i zmiany w funkcjonowaniu społecznym jako kryteriów efektu psychoterapii może wskazywać na opowiedzenie się badaczy po stronie opinii traktującej psychoterapię jako leczenie objawowe. W niektórych badaniach oceniane jest osiągnięcie celów terapii formułowanych jako zmiany tych cech, które są uważane za kluczowe dla powstania samego zaburzenia. Jest to wzór, jaki zastosowaliśmy w latach siedemdziesiątych [8].

Efektywność leczenia jest często badana metodą „przed/po” (pre/post), która niewątpliwie pozwala na ocenę zmian, jakie zaszły w czasie stosowania terapii. Jej słabością jest trudność udowodnienia, że zmiany te są wynikiem oddziaływań psychoterapeutycznych. Częstsze są badania, w których porównuje się efektywność (pożądaną zmianę) dwóch odmiennych metod terapeutycznych. Takie badania posługują się klasycznym wzorem badania empirycznego porównawczego. Odrębny wątek stanowią takie badania, które uwzględniają dodatkowo koszty (costeffectiveness). Można także spotkać badania podążające za klasycznym badaniem Eysencka, w którym porównywane są zmiany u dzieci leczonych określoną formą psychoterapii i oczekujących na leczenie, co traktuje się jako brak leczenia. Za Eysenckiem sądzi się, że taki wzór badania pozwala ocenić różnicę między naturalnym przebiegiem zaburzenia a efektem leczenia.

Podążając za wymogami medycyny opartej na dowodach (EBM) niektórzy badacze wprowadzają randomizację. Wymaga ona kierowania pacjentów do leczenia określoną metodą w sposób przypadkowy. W niektórych badaniach, zwłaszcza takich, w których działanie psychoterapii porównywane jest z działaniem leków, wprowadza się też „zaślepienie” wymagające podawania w jednej grupie leku, w drugiej substancji nieczynnej biologicznie. Takie badania nadal budzą wątpliwości etyczne. Idzie o losowe kierowanie do porównywanych grup oraz o podawanie wybranym pacjentom obojętnych biologicznie substancji, także losowo, a nie w wyniku decyzji osoby leczonej.

Z praktyki wiemy, że efekt leczenia jest zależny od wielu czynników. Ta wiedza może być wykorzystana do interpretacji wyników badania. Nie wdając się w wątpliwości wyrażane już gdzie indziej, podkreślę jedynie, że wskazania do psychoterapii nie mogą być oparte jedynie na diagnozie według DSM lub ICD. Nie można też zgodą na udział w badaniu zastąpić zgody na udział w leczeniu, szczególnie na udział w psychoterapii. Cechy wybrane jako kryterialne badane są metodami obiektywizującymi. Uważa się, że kwestionariusze oraz arkusze porządkujące informacje zebrane w badaniu eliminują czynnik subiektywizmu badacza.

W niektórych programach badawczych wprowadza się „zaślepienie” w trakcie oceny. Dokonywana jest ona przez niezależnych ekspertów, którzy nie mają informacji o tym, którą z porównywanych metod leczony był biorący w badaniu pacjent [np. 9].

W badaniach efektywności psychoterapii dzieci i młodzieży używa się wielu obiektywizujących narzędzi, takich jak: Youth Self Report Form [np. 10], Young Adult Self Report Form [np. 10], Young Adult Behaviour Check List [np. 10], Child Behaviour Check List [np. 11], Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents [np. 12, 13], Children’s Depression Rating Scale-Revised [np. 14], Clinical Global Impressions-Improvement [np. 14], Social Effectiveness Therapy dla dzieci, Social Effectiveness The-

rapy dla dorastających [15], Teacher's Report Form w wersji dla znaczącej osoby bliskiej [np. 10], Camberwell Family Interview [np. 16].

Ta lista pozwala wnosić, że przy niewielkiej liczbie badań i zróżnicowanych metodach, obiektywizujących oceny wybranych zmiennych zależnych, podejmowanie analiz zbiorczych jest trudne i nie może doprowadzić do uogólniających, konkretnych wniosków. Trudność metaanalizy staje się jeszcze poważniejsza po uwzględnieniu faktu, że badania dotyczą różnych form psychoterapii stosowanych w leczeniu dzieci i dorastających, kwalifikowanych według zróżnicowanych rozpoznań klinicznych.

Najczęściej badana jest efektywność terapii poznawczo-behawioralnej, prowadzonej według różnych protokołów, w leczeniu dzieci i dorastających, u których rozpoznawane są zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe. Nawet wówczas, gdy rozpoznania zaburzeń stawiane są na podstawie powszechnie zaakceptowanych kryteriów diagnostycznych (ICD-10 lub DSM-IV), trudno jest zestawić kilka programów badawczych, w których kwalifikacja wstępna obejmuje ten sam zakres zaburzeń (np. depresja lub zawężając — duża depresja). Wśród publikacji metaanaliz zwraca uwagę systematyczne podsumowywanie badań nad efektywnością terapii rodzin w leczeniu rodzin z problemowym dzieckiem.

W metodyce badań nad psychoterapią dzieci i młodzieży można wyodrębnić dwie tendencje. W ramach jednej przyjmowane są założenia o możliwości oceny uzyskanego efektu na podstawie zmiany nasilenia objawów, mierzonego przed leczeniem, lub w porównaniu z grupą tak samo zdiagnozowanych osób nieleczonych albo leczonych w inny sposób. Korzysta się także z doświadczeń klinicznych badań farmakologicznych wprowadzając do kanonu poprawności losowy dobór i różne formy „zaślepienia”. Wydaje się, że osiąga się w ten sposób pozory obiektywizmu stosując znaczny redukcjonizm. O ile bowiem w przypadku substancji chemicznej można założyć, że jej działanie jest swoiste i jednoczynnikowe, o tyle trudno się zgodzić z takim redukcjonistycznym wnioskowaniem w odniesieniu do psychoterapii. Druga tendencja uwzględnia, wynikające z teorii psychoterapii, hipotetyczne drogi działania, poszukując związków między realizacją celów pośrednich a wynikiem ostatecznym leczenia. Do tej grupy badań zaliczyłbym także poszukiwania czynników modyfikujących efekt leczenia.

Badania nad efektywnością psychoterapii w leczeniu zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży

Kilka szeroko zakrojonych badań potwierdziło skuteczność terapii behawioralno-poznawczej w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży [17], także dużej depresji [12, 13, 14]. W leczeniu dużej depresji — zachowując wysokie standardy metodologii — porównywano działanie leków i psychoterapii [12, 13, 14]. Istotny wydaje się wniosek zespołu The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) [14], że psychoterapia w kombinacji z SSRI zwiększa bezpieczeństwo leczenia. Badania brytyjskie (ADAPT) [13], wyraźnie nastawione w pierwszym rzędzie na ocenę skuteczności farmakoterapii, przyniosły także zaskakujący, ale moim zdaniem ważny wniosek: duży wpływ na wyniki leczenia ma jakość pierwszego kontaktu i wczesnej opieki. Dla zespołu ADAPT [12, 13] był to okres przed kwalifikacją (randomizowaną) do jednej z porównywanych grup. Waga obserwacji o wpływie jakości pierwszego kontaktu na ostateczne wyniki leczenia wskazuje na istotną rolę nieswoistych czynników psychoterapii, których na ogół się nie bada.

Powyższe publikacje [12, 13, 14] powstały w wyniku dwóch dużych wielośrodkowych programów badawczych w Stanach Zjednoczonych (TADS) i Wielkiej Brytanii (ADAPT).

Z 2007 r. pochodzi praca przedstawiająca wyniki badań nad skutecznością psychoterapii psychodynamicznej u dzieci i młodzieży z depresją [18]. Porównywano skuteczność psychodynamicznej psychoterapii indywidualnej i psychodynamicznie zorientowanej terapii rodzin. Wyniki wskazywały na skuteczność psychoterapii psychodynamicznej w obu modalnościach.

Metaanalizy opublikowane w 2006 [19] i 2008 [20] wskazują, że psychoterapia w depresyjnych zaburzeniach u dzieci i młodzieży może być uznana za skuteczną metodę leczenia i rekomendowana w standardowym postępowaniu. Weisz i wsp. [19] podają też, że CBT nie jest bardziej skuteczna niż psychoterapia psychodynamiczna. Rygorystyczna analiza wskazuje jednak, że autorzy, publikując wyniki badań, skłonni są zawyżać wskaźniki efektu leczenia i że psychoterapia jest nieco mniej skuteczna niż farmakoterapia. Z kolei Bachman i wsp. [20], także na podstawie metaanalizy, doszli do wniosku, że w depresji na rekomendację zasługuje psychoterapia, nie farmakoterapia. Watanabe i wsp. [21], w metaanalizie, która uwzględniła, między innymi, także i koszty, podnoszą, że efekty psychoterapii w depresji dzieci i młodzieży są nietrwale.

Badania nad efektywnością psychoterapii w leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży

I w tej grupie diagnostycznej najczęstsze są publikacje wyników badań efektywności CBT. Porównywane są różne formy jej stosowania: indywidualne, grupowe i rodzinne. Większość doniesień z badań, w których stosowano randomizowanie [np. 9, 22, 23], wskazuje na nieznaczące różnice zależne od modalności.

W ostatnich latach podejmowane są badania mechanizmów składowych efektywności psychoterapii w leczeniu zaburzeń lękowych u dzieci i młodzieży. Chiu z zespołem [24] analizowali znaczenie aliansu terapeutycznego między dzieckiem a terapeutą znajdując, że ma on wpływ na wynik CBT. Nakamura z zespołem [25], badając dialektyczną terapię behawioralną prowadzoną według protokołu, analizowali sekwencję zmian w procesie psychoterapii, prowadzącą do uzyskania efektu. Legerstee wraz z zespołem [26] analizowali sekwencję zmian u dzieci z rozpoznaniem zaburzeń lękowych, które uzyskały poprawę w CBT i które jej nie uzyskały. Wyniki ich badań wskazują na to, że redukcja objawów poprzedzona jest zmianą selektywnej uwagi w próbach polegających na konfrontacji z przerażającymi ilustracjami.

Podejmowano też badania nad psychoterapią w leczeniu wąsko diagnozowanych zaburzeń lękowych — fobii społecznej [27, 28]. Badania Alfano i wsp. [27] potwierdzają efektywność leczenia behawioralnego, lecz ze względu na to, że ich celem było też ustalenie znaczenia moderatorów i modyfikatorów efektu terapeutycznego — omówione zostaną w następnym podrozdziale. Tylko jedna praca oceniała pozytywnie efektywność psychoterapii w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych [29].

Metaanalizy opublikowane w 2007 [30] i 2008 roku [20] wskazują, że psychoterapia w zaburzeniach lękowych u dzieci i młodzieży może być uznana za skuteczną metodę leczenia i rekomendowana. Ishikawa i wsp. [30] podnoszą jednak, że kwestia efektyw-

ności wymaga dalszych badań. Metaanaliza Rosy-Alcázar i wsp. [15] obejmuje badania nad psychoterapią w fobii społecznej, których wyniki ogłoszono w języku hiszpańskim. Pozwala autorom na wnioskowanie o skuteczności tego leczenia w fobii społecznej.

Badania nad efektywnością psychoterapii w leczeniu zaburzeń jedzenia u dzieci i młodzieży

Publikacje w ostatnim dziesięcioleciu dotyczą badań efektywności terapii behawioralnej i terapii rodziny z pacjentem z zaburzeniami jedzenia. Jest ich zaskakująco mało, jeśli uwzględnić częstość występowania i powagę zaburzenia. Są to właściwie badania pojedyncze, ale przynoszą obiecujące wyniki. Takie są na przykład dane podawane przez Schneider i wsp. [31], odnoszące się do formy postępowania behawioralnego, opracowanej i stosowanej w jednym ośrodku. Badania nad skutecznością terapii rodzin także dowodzą jej efektywności [32, 33]. Lock i Fitzpatrick [33] zwracają uwagę, że nie ma znaczących różnic, ocenianych w katamniezie, jeśli idzie o efekty długo- i krótkoterminowej terapii rodzin pacjentek z anoreksją.

Badania nad efektywnością psychoterapii w leczeniu innych zaburzeń u dzieci i młodzieży

Pojedyncze prace przedstawiają wyniki badań nad psychoterapią w innych zaburzeniach u dzieci i młodzieży. Dotyczą na przykład mutyzmu wybiórczego [34], z konkluzją korzystnego efektu grupowej terapii dla dzieci i dla rodziców. Innym przykładem jest badanie nad efektywnością psychoterapii w leczeniu zaburzeń zachowania [35], także zawierające wniosek o korzyściach z psychoterapii w kompleksowym leczeniu. To badanie jest szczególnie interesujące ze względu na wybór wskaźnika korzyści, którzy autorzy znaleźli w poziomie stresu rodziców.

Badania nad mechanizmami efektywności psychoterapii

Prócz badań efektywności psychoterapii, z zastosowaniem różnych kryteriów oraz prostych lub bardziej skomplikowanych sposobów jej oceny, prowadzi się też prace nad procesem psychoterapii. Jednym z nurtów tych badań jest cytowana już wcześniej praca [24] odkrywająca na nowo, ale też wzmacniająca empirycznym argumentem znaczenie relacji terapeuta — pacjent. Warto zwrócić uwagę właśnie na empiryczne dowodzenie prawd przyjmowanych niejako paradygmatycznie. Spotyka się badania, których celem jest właśnie taka weryfikacja [np. 36].

Opierając się na założeniu, że efekt psychoterapii, traktowanej jako leczenie przyczynowe, jest konsekwencją zmian, jakie w jej wyniku zachodzą w tych cechach pacjentów, które uważane są za prowadzące do wystąpienia zaburzeń, bada się związki między tymi zmianami, jako pośrednimi celami psychoterapii, a korzystną zmianą kliniczną. Taki charakter ma badanie zespołu Weersinga [37] nad CBT i terapią interpersonalną. Ich zdaniem zebrane wyniki nie prowadzą do jednoznacznych wniosków. Ten kierunek badań jawi się jako interesujący. Być może trudność wyprowadzenia wniosków wynika ze zbyt złożonych założeń wyjściowych.

Interesująca grupa badań skupia się na identyfikacji okoliczności, które mają wpływ na wynik leczenia, chociaż nie obejmuje ich ani teoria psychoterapii, ani protokół leczenia. Używane są w tych badaniach pojęcia mediator i moderator efektu [np. 27]. Mediatorem jest zmiana poprzedzająca osiągnięcie celu terapii, nawet jeśli odnosi się do cechy, której nie przypisuje się udziału w patogenezie zaburzenia. W badaniach zespołu Alfano [27] nad mediatorem korzystnego wyniku CBT w leczeniu fobii społecznej była redukcja subiektywnego poczucia samotności dziecka. Te same badania wskazują, że ani depresyjność, ani wiek dziecka nie są moderatorem efektu w tej terapii. Rok wcześniej Crawley i wsp. [28], przeprowadzając analizę statystyczną stwierdzili, że współwystępujące zaburzenie afektywne wpływa na różnice w wynikach leczenia CBT dzieci z różnymi rodzajami zaburzeń lękowych (fobia społeczna, uogólnione zaburzenie lękowe, zaburzenie lęku separacyjnego). Do tej samej grupy zaliczyłbym badania zespołu Hervé [38], obejmujące także inne niż indywidualna psychopatologia czynniki. Wyniki tych badań wskazują, że efektywność psychoterapii małych dzieci wiąże się ze zmiennymi po stronie rodziców. Mała aktywność ojców i lęk matek przed leczeniem są niekorzystnymi moderatorami efektu.

Podsumowanie

Opracowanie to obejmuje raporty z badań oraz prace oparte na metaanalizach. Dążąc do uchwycenia aktualnego stanu badań skupiłem się na ostatnim pięcioleciu. Niewielka liczba odnalezionych prac uniemożliwia wyprowadzenie uogólniających wniosków. Pozwala jednak na konstatację, że psychoterapia jest ważnym i aktualnym problemem badawczym.

Dominujący udział badań nad efektywnością psychoterapii nie zaskakuje w kontekście rozwoju opieki nad zdrowiem. Bieżący kierunek rozwoju wymaga empirycznej weryfikacji skuteczności stosowanych w leczeniu metod. Nie zaskakuje też przewaga badań nad efektywnością terapii behawioralnej i poznawczo-behawioralnej. Empiryczne dowodzenie efektywności psychoterapii zaczęto właśnie w tych jej kierunkach.

Trudno porównywać wyniki badań posługujących się różnymi metodami, nawet jeśli prowadzone są z udziałem pacjentów podobnie diagnozowanych. Publikowane dane wskazują przy tym na efektywność psychoterapii, niezależnie od sposobu jej pomiaru. Autorzy metaanaliz, opierając się na ponownych obliczeniach i własnej interpretacji, wykazują tendencyjność badaczy w ocenie korzyści z badanego sposobu postępowania. Nie wydaje się, by ta skłonność była wyłączną cechą badaczy efektywności psychoterapii. Ciekawe jest przy tym, że nawet takie badania, w których stosowano skomplikowane procedury randomizacji i „zaślepienia” w celu porównania efektów różnych modalności psychoterapii i farmakoterapii — nie prowadziły do jednoznacznych wyników. Wydaje się, że podstawowy dla tych wątpliwości jest problem indywidualnej kwalifikacji do określonego leczenia. Praktyka kliniczna wskazuje, że na ostateczny wynik leczenia wpływają okoliczności i czynniki, których mnogość i różnorodność nie zawsze umożliwia ich uwzględnienie i adekwatną ocenę. Z tego powodu ciekawym nurtem badań wydaje się ten, który dąży do ustalenia mediatorów i moderatorów efektów psychoterapii.

Wnioski

- Badania nad psychoterapią w leczeniu dzieci i młodzieży są prowadzone, chociaż publikacje nie są liczne.

- Najczęściej badana jest efektywność psychoterapii.
- Nie ma jednoznacznych wniosków z badań nad efektywnością psychoterapii w leczeniu dzieci i młodzieży, chociaż krytyczne metaanalizy wskazują na jej skuteczność i podstawy do zalecania.
- Badania nad znaczeniem celów pośredniczących słabo potwierdzają hipotezy patogenetyczne zaburzeń emocjonalnych u dzieci i młodzieży.
- Obiecujący wydaje się nurt badań nad mediatorami i moderatorami efektów psychoterapii.

Piśmiennictwo

1. Namysłowska I, red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004.
2. Raport Sekcji Psychiatrii UEMS. Profil psychiatrii. *Psychiatr. Pol.* 2007; 41, 6: 863–869
3. CMKP. Program specjalizacji w psychiatrii. http://www.cmkp.edu.pl/programy_pdf/psychiatria%20podst.pdf, 4–5.
4. CMKP. Program specjalizacji w psychiatrii. http://www.cmkp.edu.pl/programy_pdf/Psychiatria_dzieci_i_mlodziemy_program_podstawowy_2006.pdf, 9.
5. Minister zdrowia. Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z dnia 30 sierpnia 2009 r. *Dz.U.* z dnia 31 sierpnia 2009 r., nr 140, poz. 1146.
6. Czabała JC, Mroziak B. Stosowanie psychoterapii w Polsce. *Psychoter.* 1996; 4(99): 19–29.
7. Alanen YO. Schizofrenia. Jej przyczyny i dostosowane do potrzeb leczenie. Warszawa: IPiN; 2000.
8. Orwid M, Bomba J, Badura W, Pajor Z, Mellibruda L. 5-year follow-up study of adolescent schizophrenics. Psychopathological dynamics and results of group psychotherapy. W: *Jorstad J, Ugelstad E, red. Schizophrenia 75*. Oslo: Universitetsforlaget; 1976; s. 373–386.
9. Wood JJ, McLeod BD, Piacentini JC. One-year follow-up of family versus child CBT for anxiety disorders: exploring the roles of child age and parental intrusiveness. *Child Psychiatr. Hum. Dev.* 2009; 40, 2: 301–316.
10. Baruch G, Vrouva I. Collecting routine outcome data in a psychotherapy community clinic for young people: Findings from an ongoing study. *Child Adolesc. Ment. Health* 2010; 15, 1: 30–36.
11. Deakin EK, Nunes MLT. Effectiveness of child psychoanalytic psychotherapy in a clinical outpatient setting. *J. Child Psychother.* 2009; 35, 3: 290–301.
12. Dubicka B, Goodyer I, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, White L, Ford C, Barrett B, Harrington R. The adolescent depression antidepressant and psychotherapy trial (ADAPT). *Eur. Neuropsychopharmac.* 2008; 18: 4–181.
13. Goodyer IM, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, Breen S, Ford C, Barrett B, Leech A, Rothwell J, White L, Harrington R. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial. *Health Techn. Assessm.* 2008; 12, 14: 3–60.
14. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, Burns B, Domino M, McNulty S, Vitiello B, Severe J, Casat C, Kolker J, Riedal K, Feeny N, Findling R, Stull S, Baab S, Weller EB, Robins M, Weller RA, Jessani N, Waslick B, Sweeney M, Dublin R, Walkup J, Ginsburg G, Kastelic E, Koo H, Kratochvil C, May D, LaGrone R, Vaughan B, Albano AM, Hirsch GS, Podnieszinski E, Reinecke M, Leventhal B, Rogers G, Jacobs R, Pathak S, Wells J, Arszman S, Danielyan A, Rohde P, Simons A, Grimm J, Frank S, Emslie G, Kennard B, Hughes C, Mayes

- TL, Rosenberg D, Benazon N, Butkus M, Bartoi M, Posner K, Rochon J. The Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch. Gen. Psychiatr.* 2007; 64,10: 1132–1144.
15. Rosa-Alcázar AI, Olivares-Olivares PJ, Iniesta M. Los tratamientos psicológicos en la fobia social infantil y adolescente: una revisión cualitativa. *Anuario Psicol.* 2009; 40, 1: 23–42.
 16. Gar NS, Hudson JL. Changes in maternal expressed emotion toward clinically anxious children following cognitive behavioral therapy. *J. Exper. Child Psychol.* 2009; 104, 3: 346–352.
 17. Wilansky-Traynor P, Manassis K, Monga S, Shaw M, Merka P, Levac A-M, Kleiman V. Cognitive behavioural therapy for depressed youth: Predictors of attendance in a pilot study. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.* 2010; 19, 2: 81–87.
 18. Trowell J, Joffe I, Campbell J, Clemente C, Almqvist F, Soininen M, Koskenranta-Aalto U, Weintroub S, Kolaitis G, Tomaras V, Anastasopoulos D, Grayson K, Barnes J, Tsiantis J. Childhood depression: A place for psychotherapy — an outcome study comparing individual psychodynamic psychotherapy and family therapy. *Europ. Child Adolesc. Psychiatr.* 2007; 16, 3: 157–167.
 19. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol. Bul.* 2006; 132, 1:132–149.
 20. Bachmann M, Bachmann Ch, Rief W, Mattejat F. Eine systematische Auswertung der Ergebnisse von Metaanalysen und Reviews. Teil I: Angststörungen und depressive Störungen. *Zeit. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* 2008; 36, 5: 309–320.
 21. Watanabe N, Hunot V, Omori M, Churchill R, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among children and adolescents: A systematic review. *Acta Psychiatr. Scand.* 2007; 116, 2: 84–95.
 22. de Groot J, Cobham V, Leong J, McDermott B. Individual versus group family-focused cognitive behavioral therapy for childhood anxiety: pilot randomized controlled trial. *Austral. New Zeal. J. Psychiatr.* 200; 41, 12: 990–997.
 23. Suveg C, Hudson JL, Brewek G. Cognitive-behavioral therapy for anxiety-disordered youth: Secondary outcomes from a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J. Anx. Disord.* 2009; 23, 3: 341–349.
 24. Chiu AW, McLeod BD, Har K, Wood JJ. Child-therapist alliance and clinical outcomes in cognitive behavioral therapy for child anxiety disorders. *J. Child Psychol. Psychiatr. Allied Discip.* 2009; 50, 6: 751–758.
 25. Nakamura BJ, Pestce SL, Chorpita BF. Differential sequencing of cognitive-behavioral techniques for reducing child and adolescent anxiety. *J. Cognit. Psychother.* 2009; 23, 2: 114–135.
 26. Legerstee JS, Tulen JHM, Dierckx B, Treffers PDA, Verhulst FC, Utens EMWJ. CBT for childhood anxiety disorders: differential changes in selective attention between treatment responders and non-responders. *J. Child Psychol. Psychiatr.* 2010; 51, 2: 162–172.
 27. Alfano CA, Pina AA, Villalta IK, Beidel DC, Ammerman RT, Crosby LE. Mediators and moderators of outcome in the behavioral treatment of childhood social phobia. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 48, 9: 945–953.
 28. Crawley SA, Beidas RS, Benjamin CL, Martin E, Kendall PC. Treating socially phobic youth with CBT: Differential outcomes and treatment considerations. *Beh. Cogn. Psychother.* 2008; 36, 4: 379–389.
 29. Storach EA, Merlo LJ, Keeley ML, Grabill K, Milsom VA, Geffken GR, Ricketts E, Murphy TK, Goodman WK. Somatic symptoms in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: associations with clinical characteristics and cognitive-behavioral response. *Beh. Cogn. Psychother.* 2008; 36, 3: 283–297.
 30. Ishikawa S-I, Okajima I, Matsuoka H, Sakano Y. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child Adolesc. Ment. Health* 2007; 12, 4: 164–172.

31. Schneider N, Korte A, Lenz K, Pfeiffer E, Lehmkuhl U, Salbach-Andrae H. Subjective evaluation of DBT treatment by adolescent patients with eating disorders and the correlation with evaluations by their parents and psychotherapists. *Zeit. Kinder Jugendpsychiatr. Psychother.* 2010; 38, 1: 51–57.
32. Lock J, Couturier J, Agras WS. Comparison of long-term outcomes in adolescents with anorexia nervosa treated with family therapy. *J. Amer. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.* 2006; 45, 6: 666–672.
33. Lock J, Fitzpatrick KK. Evidenced-based treatments for children and adolescents with eating disorders: Family therapy and family-facilitated cognitive-behavioral therapy. *J. Contemp. Psychother.* 2007; 37, 3: 145–155.
34. Sharkey L, Mc Nicholas F, Barry E, Begley M, Ahern S. Group therapy for selective mutism: A parents' and children's treatment group. *J. Beh. Ther. Exper. Psychiatr.* 2008; 39, 4: 538–545.
35. Jerrott S, Clark SE, Fearon I. Day treatment for disruptive behaviour disorders: Can a short-term program be effective? *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatr.* 2010; 19, 2: 88–93.
36. Shechtman Z, Leichentrirt J. The association of process with outcomes in child group therapy. *Psychother. Res.* 2010; 20,1: 8–21.
37. Weersing VR, Rozenman M, Gonzales A. Core components of therapy in youth: Do we know what to disseminate? *Behav. Modif.* 2009; 33, 1: 24–47.
38. Hervé MJ, Paradis M, Rattaz C, Lopez S, Evrard V, White-Koning M, Maury M. Predictors of outcome in infant and toddlers functional or behavioral disorders after a brief parent–infant psychotherapy. *Europ. Child Adolesc. Psychiatr.* 2009; 18, 12: 737–746.

Adres: Katedra Psychiatrii UJ CM
Kopernika 21a, 31-501 Kraków

Dofinansowanie naukowych wyjazdów zagranicznych

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympozjach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympozjach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD

3. Refundacja może być rozliczona jako:

a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)

b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.

4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:

a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału

b. informację o imprezie

c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia

d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu

5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.

6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.

7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.

8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.