

Psicoterapia baseada em evidências em crianças e adolescentes

Evidence-based psychotherapies for children and adolescents

GABRIEL FERREIRA PHEULA¹, LUCIANO RASSIER ISOLAN²

1 Especialista em Psiquiatria da Infância e Adolescência pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

2 Mestrando em Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e aluno do Curso de Especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

Recebido: 07/09/2006 – Aceito: 18/10/2006

Resumo

Contexto: O termo tratamentos baseados em evidências refere-se a intervenções que possuem evidência de eficácia em pesquisas empíricas. Tratamentos psicológicos baseados em evidências têm sido identificados como um objetivo principal nos Estados Unidos, e, atualmente, há uma clara orientação em direção à sua indicação para os transtornos psiquiátricos mais prevalentes. **Objetivo:** Revisar a efetividade de intervenções psicossociais para as principais formas clínicas dos transtornos mentais na infância e adolescência, e os desafios para a pesquisa em tratamentos baseados em evidência. **Métodos:** Revisão bibliográfica do banco de dados Medline, de 1985 a 2005, e revisão de artigos encontrados em capítulos de livros e artigos de revisão. **Resultados:** Psicoterapias com suporte empírico em depressão, ansiedade, transtornos do comportamento disruptivo e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Conclusão:** Houve um progresso importante na pesquisa em psicoterapia na infância e adolescência, que se reflete na quantidade de estudos e na identificação de tratamentos baseados em evidências. O desafio atual engloba a generalização de tais achados para a prática clínica.

Pheula, G.F.; Isolan, L.R. / Rev. Psiq. Clín. 34 (2); 74-83, 2007

Palavras-chave: Eficácia, psicoterapia, ensaios clínicos controlados, pesquisa em terapia na infância e adolescência, terapias com suporte empírico.

Abstract

Background: Evidence-based treatments refer to interventions that have empirical research on their behalf. Evidence-based psychological therapy have been identified as a national goal in United States, and there is now clear guidance regarding referral for major mental health conditions. **Objective:** Review the effectiveness of psychosocial interventions for all major forms of mental health problems in childhood and adolescence, and the challenges to research Evidence-Based treatments. **Methods:** Computerized search of Medline database from 1985 to 2005 and review bibliographies of book chapters and review articles. **Results:** We present empirically based psychological treatments for depression, anxiety, disruptive behavior disorder, attention deficit hyperactivity and autism. **Conclusion:** Considerable progress has been made in child and adolescent psychotherapy research, as reflected in the quantity of studies and the identification of evidence-based treatments. The actual challenge include generalization to clinical practice.

Pheula, G.F.; Isolan, L.R. / Rev. Psiq. Clín. 34 (2); 74-83, 2007

Key-words: Efficacy, psychotherapy, controlled clinical trials, child and adolescent therapy research, empirically supported therapies.

Introdução

Tratamentos baseados em evidências referem-se a intervenções que apresentam evidência empírica de sua eficácia. Evidência significa que a intervenção foi comparada a um grupo controle ou outro tratamento ativo, sendo demonstradas resposta terapêutica e melhora da psicopatologia (Kazdin, 2004).

A prática baseada em evidência não está relacionada com nenhuma orientação teórica específica. Dentro desse paradigma, qualquer intervenção deve ser fundamentada por evidências objetivas e cientificamente comprovadas. A melhor evidência é aquela obtida por meio de ensaios clínicos randomizados (ECR). Nos ECR, um paciente com algum problema especificado é randomicamente designado para o tratamento em pesquisa ou uma outra condição, como lista de espera, intervenção placebo ou tratamento comprovado cientificamente. Embora de menor relevância, podem ser valorizadas evidências provenientes de estudos observacionais, experiências pessoais ou opiniões de especialistas renomados (*experts*). A partir daí, são elaboradas diretrizes práticas (*guidelines*) contendo um *ranking* de evidências científicas (Ollendick e King, 2004).

O movimento da psicoterapia baseada em evidências refere-se ao esforço em identificar, testar, desenvolver e, sobretudo, estimular a disseminação e o uso de técnicas validadas em pesquisas científicas (Ollendick e King, 1998). Atualmente, estima-se em mais de quinhentos o número de técnicas psicoterápicas descritas, o que exige uma avaliação criteriosa de sua eficácia (Kazdin, 2000). Vários termos semelhantes têm sido utilizados para definir tratamentos baseados em evidências, incluindo tratamentos com validação empírica, tratamentos com suporte empírico, prática baseada em evidências e tratamentos que funcionam (Kazdin, 2000).

Foi feita uma pesquisa no Medline nos últimos 20 anos (1985-2005) com os termos *child(ren)*, *adolescent(s)* e os seguintes: *clinical trial*, *psychotherapy* e *treatment*. O intervalo de tempo foi determinado assim, pois em 1985 foi realizada a primeira meta-análise de avaliação de psicoterapias na infância (Casey e Berman, 1985). Além disso, foram pesquisados artigos de revisão, além de suplementos de periódicos publicados relacionados ao assunto.

Aspectos históricos da pesquisa em psicoterapia na infância e adolescência

Os primeiros relatos de casos de psicoterapia na infância foram descritos por Freud e Mary Corey Jones. Freud, em 1909, descreveu o tratamento de um menino de 5 anos, o pequeno Hans, que apresentava fobia de cavalos, por meio de consultas com o pai do paciente (Freud, 1955). Mary Corey Jones, em 1924, usou as técnicas de modelagem e condicionamento no tratamento de

um menino de 2 anos com fobia de coelhos brancos (Jones, 1924).

A partir da década de 1960, foram publicados artigos que procuraram comprovar a eficácia das psicoterapias, mediante estudos experimentais. Levitt (1963) concluiu que as taxas de melhora em crianças recebendo psicoterapia foram iguais às que não fizeram nenhum tratamento. Na década de 1970, a disseminação da terapia comportamental trouxe o conceito de manejo de sintomas focais para as psicoterapias e instituiu o método científico nessa área, com o desenvolvimento de teste de hipóteses, aplicação de experimento e discussão de resultados (Hibbs *et al.*, 1997).

Hoje, após quatro décadas de pesquisa em psicoterapia, já existe um reconhecimento da eficácia da psicoterapia no tratamento de transtornos emocionais e comportamentais na infância e adolescência (Jensen *et al.*, 2005). Atualmente, a pesquisa tem se expandido na investigação de outras áreas, como os mecanismos de mudança em psicoterapia (Weersing e Weisz, 2002), a comparação entre técnicas diferentes, a efetividade em ambientes clínicos de tratamentos com eficácia comprovada (Ollendick, 1999), além da disseminação de achados de estudos para a comunidade clínica geral (Shirk, 2004).

Critérios para definição de psicoterapias baseadas em evidências

Lonigan *et al.* (1998), revisando estudos de seguimento de pacientes submetidos à psicoterapia, constataram que crianças que receberam a intervenção estudada apresentaram, em média, 80% de melhora dos sintomas na avaliação de seguimento, taxa significativamente superior à encontrada em crianças sem nenhum tratamento. Assim, começaram a ser estudadas quais técnicas seriam mais eficazes para um transtorno psiquiátrico específico.

A Academia Americana de Psicologia determinou, em 1995, a criação de uma força tarefa destinada a definir diretrizes para intervenções psicoterápicas em determinados transtornos psiquiátricos (American Psychological Association, 1995). Foram reunidos profissionais de diversas orientações teóricas, a fim de não haver ênfase a nenhuma técnica específica. Posteriormente, foram estabelecidos critérios para definição de tratamentos baseados em evidência. Para ser considerada de eficácia bem estabelecida, a intervenção deveria ter um dos seguintes critérios: pelo menos dois experimentos realizados por investigadores diferentes, demonstrando eficácia positiva quando comparados com placebo psicológico ou outro tratamento alternativo. As amostras deveriam ter, no mínimo, nove pacientes, desde que houvesse a certeza de que os efeitos foram devidos à intervenção, e não por fatores confundidores, nem pela passagem do tempo. Além disso, os experimentos deveriam ter sido conduzidos com os manuais e

as características da amostra, claramente especificadas (Ollendick e King, 2004).

Tratamentos com provável eficácia foram aqueles que incluíram, como controles, grupos sem tratamento ativo, como listas de espera, ou tratamentos que não foram replicados, ou quando foram usadas amostras pequenas (entre três e nove pacientes) (Ollendick e King, 2004). Os resultados foram publicados em um suplemento do *Journal of Clinical Child Psychology*, em 1998.

Desde essa época, outros autores têm publicado revisões críticas sobre tratamentos baseados em evidência (Lonigan *et al.*, 1998; Christophersen e Mortweet, 2001; Fonagy *et al.*, 2002). Uma revisão recente listou todos os livros e suplementos de periódicos publicados sobre o assunto (Herschell *et al.*, 2004). Alguns autores incluíram outras categorias, como tratamentos promissores (Spirito, 1999), em que era necessário que a intervenção possuísse pelo menos um estudo controlado, com qualquer metodologia.

Em 2002, a Hawaii Empirical Basis to Services Task Force (Chorpita *et al.*, 2002) apresentou maior valorização dos estudos de efetividade, dividindo em intervenções de níveis 1 a 3, de forma decrescente. A classificação dos tratamentos variou em função do grau de delineamento metodológico dos seguintes aspectos: divisão dos pacientes randomizada; uso de grupo controle, de lista de espera até outros tratamentos ativos; poder adequado, isto é, amostra necessária para detectar tamanho de efeito adequado; avaliação dos resultados feita por avaliadores cegos para a intervenção; tratamentos manualizados; técnicas de intervenção descritas com

clareza; estudo prospectivo; características da amostra claramente definidas; e existência de estudos de seguimento a longo prazo e de avaliação de efetividade em ambientes clínicos.

A tabela 1 mostra o grau de evidência das psicoterapias baseadas em evidência na infância e adolescência para os transtornos psiquiátricos, de acordo com a American Psychological Association (Hibbs, 2001), que divide em tratamentos bem estabelecidos e com eficácia provável. A tabela 2 apresenta a classificação do Hawaii Empirical Basis to Services Task Force (Chorpita *et al.*, 2002), que classifica em níveis, de 1 a 3.

A seguir, serão apresentados aspectos metodológicos da pesquisa em psicoterapia. Após, serão revisados os tratamentos baseados em evidências em psicoterapia da infância e adolescência para transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo, transtornos de ansiedade, depressão e autismo.

Aspectos metodológicos da pesquisa em psicoterapia

A questão dos mediadores nos ensaios clínicos

Atualmente, há pouca dúvida quanto à eficácia da psicoterapia em transtornos emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes. Um foco de pesquisa recente é a identificação de mecanismos de mudança em psicoterapia, isto é, “como a psicoterapia funciona?” (Weersing e Weisz, 2002). A falta de estudos na área de fatores mediadores do tratamento é responsável pelo

Tabela 1. Intervenções psicossociais com evidência empírica na infância e adolescência, segundo a American Psychological Association (Hibbs, 2001)

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

Bem estabelecidas: treinamento de manejo comportamental dos pais, modificação comportamental em sala de aula

Transtorno de ansiedade e fobias

Bem estabelecidas: modelagem participante, práticas de reforço

Provável eficácia: terapia cognitivo-comportamental (TCC) com e sem manejo familiar de ansiedade, dessensibilização imaginada e *in vivo*, modelagens filmada e ao vivo, TCC com auto-instrução

Transtorno depressivo

Provável eficácia: TCC em grupo

Transtornos de conduta e oposição

Bem estabelecidas: treinamentos de pais e de pais com modelagem por videoteipe

Provável eficácia: treinamento de manejo da raiva com e sem inoculação de estresse, treino de assertividade, terapia multissistêmica, terapia de interação pais-criança, treino em habilidade de resolução de problemas, terapia racional-emotiva, terapia de *time-out* associada a sinal

Enurese

Bem estabelecida: modificação comportamental

Encoprese

Provável eficácia: modificação comportamental

Autismo

Nenhuma intervenção preencheu critérios de eficácia

Tabela 2. Intervenções psicossociais com evidência empírica na infância e adolescência, segundo a Hawaii Empirical Basis to Services Task Force (Chorpita, 2002)**Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade**

Nível 1: terapia comportamental

Transtorno de ansiedade e fobias

Nível 1: TCC, exposição, modelagem

Nível 2: TCC com participação dos pais, psicoeducação, TCC de família

Transtorno depressivo

Nível 1: TCC

Nível 2: TCC com participação dos pais, terapia interpessoal, relaxamento

Transtornos de conduta e oposição

Nível 1: treinamento de pais

Nível 2: treino de manejo da raiva, treino de assertividade, terapia multissistêmica, treino em habilidade de resolução de problemas, terapia racional-emotiva

Autismo

Nível 3: treino de comunicação funcional associado à análise comportamental, programa de intervenção direcionado ao cuidador

grande número de críticas sobre a real validade externa das psicoterapias baseadas em evidência. Ainda não está claro se os efeitos estatisticamente significativos encontrados em estudos podem ser transportados para a prática clínica (Kendall e Grove, 1988). Em tratamentos multimodais, cujos manuais incluem várias intervenções teóricas, aplicadas em momentos diferentes, não se sabe se todas as intervenções causam melhora clínica (Weersing e Weisz, 2002).

Vários fatores podem ser responsáveis pela eficácia dos tratamentos. Fatores não-específicos, como psicoeducação, vínculo e postura de suporte, podem causar mudança de comportamento e melhora terapêutica (Kazdin, 2000a). Além disso, a eficácia pode estar relacionada com maior intensidade da intervenção, como a que ocorre em comparações com lista de espera, ou em tratamentos com abordagem familiar combinada com individual (Jensen *et al.*, 2005).

A pesquisa de mediadores envolve quatro passos, aplicados em seqüência, e apenas o primeiro existe em ensaios clínicos randomizados de psicofarmacologia (Weersing e Weisz, 2002). Inicialmente, é feito o teste de eficácia, ou seja, a comprovação estatística de que o tratamento funciona. A segunda fase é o teste da especificidade da intervenção, quando é visto se o tratamento atua no mecanismo causador da doença (Scott e Sechrest, 1989). Caso não haja relação, uma possível eficácia encontrada pode estar associada com melhora em outro fator etiológico do transtorno. O terceiro passo é o teste da psicopatologia, ou seja, o fator específico da intervenção atua na melhora da evolução do transtorno. Como exemplo, foi verificado que, em adolescentes deprimidos que receberam a terapia cognitivo-comportamental, a melhora clínica não teve relação com mudança nas distorções cognitivas (Kolko *et al.*, 2000). A última parte é o teste de mediador, em que todos os

possíveis confundidores são controlados e separados, e pode ser comprovado que a melhora dos sintomas foi devida à intervenção específica da psicoterapia (Holmbeck, 1997).

Revisões atuais têm demonstrado que, embora 63% dos ensaios clínicos em psicoterapia da infância e adolescência tenham identificado os fatores causadores de mudanças terapêuticas, apenas 10% aplicaram todas as fases do teste de mediação, a fim de descartar todos os possíveis confundidores (Weersing e Weisz, 2002).

A predominância da pesquisa em terapia cognitivo-comportamental

Cerca de 50% dos estudos de psicoterapia em crianças e adolescentes investigaram técnicas cognitivo-comportamentais (Durlak *et al.*, 1995). A justificativa é a atual popularidade dessa teoria, associada ao fato de propiciar maior facilidade com aspectos de metodologia de pesquisa, como uso de questionários estruturados, tratamentos manualizados e medidas objetivas de avaliação.

Wierzbicki e Pekarik (1993) verificaram que 40% a 60% das crianças e adolescentes abandonam a psicoterapia precocemente. Tal fato deve-se, provavelmente, à alta prevalência de transtornos externalizantes. Tais pacientes costumam responder melhor a terapias focadas em sintomas específicos e orientadas para o ganho de habilidades, características encontradas freqüentemente nas terapias cognitivo-comportamentais (Beutler *et al.*, 1991).

Kendall *et al.* (2000) enfatizaram a utilidade das técnicas cognitivo-comportamentais nessa faixa etária, em virtude de acessarem as necessidades específicas do momento do desenvolvimento psicológico, por serem orientadas para resolução de problemas, enfatizarem o processamento de informação e sua ligação com emoções específicas, focarem domínios sociais e interpes-

soais, utilizarem tarefas e possibilitarem a verificação de melhora em situações práticas e de *performance*. Além disso, apresentam tendências focal e educativa proeminentes, facilitando a adesão.

No entanto, outros autores ressaltaram a complexidade da psicopatologia na infância e adolescência. Terapias breves frequentemente não possuem estudos de seguimento a longo prazo. Pacientes mais graves e com alta prevalência de comorbidades costumam necessitar de abordagens combinadas e multimodais. Terapias manualizadas não permitem flexibilidade do terapeuta e podem diminuir o seu senso de competência pessoal. Além disso, a terapia dinâmica, em seu escopo teórico, não é direcionada pelo terapeuta, e sim pelo paciente. Logo, é necessária uma discussão maior das abordagens teóricas, uma vez que nem sempre os métodos utilizados em pesquisa quantitativa estão em concordância com a prática clínica em psicoterapia (Piper, 2004).

Implicações para o treinamento em psicoterapia

Alguns autores, recentemente, têm avaliado as implicações da pesquisa em psicoterapia no treinamento de especialistas. Em 2000, a Academia Americana de Psicologia determinou que os programas de treinamento em psicoterapia deveriam dar ênfase aos aspectos metodológicos de pesquisa e ao uso de técnicas baseadas em evidências (American Psychological Association, 2000). Tais aspectos passaram a fazer parte do cadastramento e da credibilidade de programas de treinamento. Ao mesmo tempo, foi verificada a tendência de separação entre serviços de pesquisa e de treinamento, pois menos de 25% destes não faziam nenhuma menção às terapias baseadas em evidências (Herschell *et al.*, 2004).

Não existem pesquisas que avaliaram o impacto do uso de terapias baseadas em evidências no treinamento de psicoterapeutas. Houve várias críticas relacionadas a pouca efetividade de tais tratamentos, uma vez que experimentos com amostras muito delimitadas e com uso de manuais podem ser pouco aplicáveis em ambientes clínicos. A clínica terciária geralmente apresenta alta taxa de comorbidade diagnóstica e problemas múltiplos, características que exigem alto nível de flexibilidade (Herschell *et al.*, 2004). Além disso, existem evidências de que terapeutas com mais treinamento e supervisão, nos moldes tradicionais, tendem a ter pacientes mais satisfeitos e com menores taxas de abandono (Stein e Lambert, 1995).

Com base nisso, Piper (2004) sugeriu temas que devem ser avaliados, a fim de integrar aspectos de psicoterapia relacionados à pesquisa, ao treinamento de especialistas e outros assuntos, como envolvimento de terceiros pagadores (sistemas de saúde e convênios). Tais aspectos deverão ser objeto de estudo que defina o seu impacto e incluem o estudo de fatores não-específicos de melhora, a pesquisa de subpopulações que respondam melhor a determinadas intervenções, a real necessidade

da padronização e manualização de tratamentos, o foco em sintomas específicos, com possibilidade de análise quantitativa de fatores, a ênfase em terapias breves, a combinação de psicoterapia e psicofármacos, além da utilização de abordagens de grupo. A avaliação desses fatores pode adicionar aspectos de custo-benefício às psicoterapias com validação empírica.

Outros desafios para a pesquisa de psicoterapias baseadas em evidências

No momento, existem vários desafios relacionados à identificação, ao desenvolvimento e à disseminação de tratamentos psicoterápicos baseados em evidências em crianças e adolescentes, como a manualização de tratamentos e a efetividade das técnicas psicoterápicas (Ollendick, 1999).

A manualização de tratamentos permite a descrição minuciosa do experimento, condição necessária para aplicação em pesquisa quantitativa. No entanto, Seligman (1995) ressalta que isso impede a correção de técnicas durante o tratamento, prática comum na clínica. Além disso, a rigidez dos manuais pode prejudicar a relação terapêutica e enfatizar excessivamente o uso de uma técnica psicoterápica específica (Bickman, 2002). Uma solução possível é a combinação de várias técnicas, mantendo o caráter focal, mas com menor rigidez quanto à determinação de intervenção em cada sessão. Assim, a percepção de *feedback* do paciente passa a ser maior. O uso de *checklists* de sintomas ajuda a manter o caráter de pesquisa quantitativa (Carroll e Nuro, 2002).

Tem sido freqüente a busca em parâmetros de efetividade, ou seja, a capacidade de o tratamento funcionar na prática clínica real, em vez de apenas eficácia, isto é, evidência de benefício em situações estruturadas de pesquisa (Ollendick, 1999). Pacientes incluídos em protocolos de pesquisa costumam ter maior aderência à intervenção, alta motivação, problemas focais, alta receptividade à monitoração intensiva e ao uso de técnicas comportamentais. Tais características não ocorrem com freqüência em pacientes clínicos (Weisz *et al.*, 1999). O Hawaii Empirical Basis to Services Task Force (Chorpita *et al.*, 2002) foi pioneiro em tentar identificar a existência de parâmetros de efetividade em ensaios clínicos, como adesão ao tratamento, treinamento do terapeuta, tempo de seguimento após intervenção, custo estimado e aspectos epidemiológicos, como idade, sexo e etnia dos pacientes.

Também há um esforço atual para a disseminação dos achados de estudos (Shirk, 2004). O objetivo é integrar a pesquisa com a prática clínica. Para isso, tem-se enfatizado a divulgação de resultados de estudos em programas de educação continuada e em diretrizes publicadas em periódicos (Piper, 2004).

Discussão sobre os tratamentos baseados em evidências em crianças e adolescentes

Transtornos de ansiedade e fobias

Em relação a fobias específicas, tratamentos considerados bem estabelecidos são a modelagem participante e as técnicas de reforço (Hibbs, 2001; Kazdin, 2003). Na modelagem é feita uma exposição ao estímulo ansiogênico, com a suposição de que a ansiedade diminua por meio do aprendizado pela observação. O paciente observa, de forma repetida, a interação de outras pessoas com o estímulo fóbico, verificando a ausência de conseqüências danosas (Bandura *et al.*, 1969). Na modelagem participante, há participação ativa do paciente nas atividades. Blanchard (1970) verificou que a modelagem participante foi superior à modelagem simples e à modelagem com informação. O fator mediador de melhora foi a diminuição do estado de alerta. A modelagem participante foi considerada mais efetiva do que as demais técnicas, bem como mais eficaz que a dessensibilização sistemática, a qual preconiza a melhora da fobia por condicionamento clássico (Wolpe, 1954). A modelagem ao vivo e a modelagem por meio de filmes foram superiores a controles sem tratamento, sendo consideradas tratamento com provável eficácia.

As técnicas de reforço, também chamadas de manejo de contingência, são baseadas no condicionamento operante, ou seja, a melhora seria ocasionada por técnicas de reforço aplicadas adequadamente (Mineka e Thomas, 1999). Existem evidências de que sejam mais eficazes do que modelagem ao vivo e estratégias verbais de autocontrole (Sheslow *et al.*, 1983; Menzies e Clarke, 1993; Silverman *et al.*, 1999).

Estudos de efetividade mostraram que, englobando todos os estudos, a técnica de exposição gradual com manejo de contingência surtiu mais efeito que a de modelagem (2,02 *vs.* 0,55) (Chorpita *et al.*, 2002). A eficácia da exposição gradual está estabelecida entre pacientes de 3 a 17 anos. Outros tratamentos para fobias com evidência em estudos controlados com nenhum tratamento incluem a dessensibilização sistemática ao vivo e por imagens, modelagem ao vivo e por filmes, além de intervenções cognitivo-comportamentais com auto-instrução (Hibbs, 2001). Um estudo recente não constatou benefício adicional da participação dos pais nas técnicas de exposição gradual (Ost *et al.*, 2001).

Em transtornos mais complexos, como em comorbidades de transtornos de ansiedade de separação, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada, foi necessária a elaboração de programas com múltiplos componentes. Inicialmente, desenvolveu-se um programa de treino verbal de auto-instrução focado nos sintomas, o qual foi superior à terapia cognitivo-comportamental padrão (Kanfer *et al.*, 1975). Nesse programa, os pacientes foram ensinados a desenvolver pensamentos positivos para enfrentar seus pensamentos automáticos ansiosos.

Posteriormente, desenvolveu-se o Coping Cat Program, por Kendall (2000a). O programa adicionou métodos de reestruturação cognitiva específicos para cada transtorno, além de treino de habilidades sociais e manejo de contingência. O tratamento foi superior ao da lista de espera, e a diminuição dos pensamentos automáticos negativos, associada à melhor capacidade de pensamentos funcionais, foram os fatores mediadores de melhora (Treadwell e Kendall, 1996).

Barrett e Shortt (2003) desenvolveram o Family Anxiety Management (FAM). O programa englobou sessões com a família, no qual eram ensinadas técnicas de reforço negativo dos sintomas, além de identificação de sintomas de ansiedade. No final, eram realizadas sessões apenas com os pais, para ensino de técnicas de resolução de problemas. Em comparação com o Coping Cat e lista de espera, o FAM foi mais eficaz em melhorar a esquiva fóbica (Barrett *et al.*, 1996). Ambos os tratamentos foram igualmente eficazes em melhorar a detecção de sinais de ansiedade. Em um estudo semelhante, a abordagem familiar associada foi mais efetiva, caso os pais dos pacientes também tivessem um transtorno de ansiedade (Cobham *et al.*, 1998).

Também há evidências de que psicoterapia cognitivo-comportamental em grupo pode ser eficaz para transtorno obsessivo-compulsivo na infância, com a melhora sendo mantida 6 meses após (Barrett *et al.*, 2004). A aplicação de terapia cognitivo-comportamental apenas com os pais também pode ser efetiva (Mendlowitz *et al.*, 1999), bem como abordagens com a escola (Dadds *et al.*, 1997).

Transtorno depressivo

O tratamento considerado de provável eficácia em crianças e adolescentes é a terapia cognitivo-comportamental em grupo (Kaslow e Thompson, 1998). Em crianças, Stark *et al.* (1987) aplicaram uma técnica psicoterápica de autocontrole, com habilidades de automanejo e auto-reforço, e compararam-na com treino comportamental em solução de problemas. Verificaram que a terapia com autocontrole apresentou melhora superior em relação ao autoconceito, embora ambos os tratamentos tenham apresentado igual melhora na sintomatologia. Os resultados foram mantidos 7 meses após (Stark *et al.*, 2000).

Em adolescentes, Lewinsohn *et al.* (1990) desenvolveram o Coping with Depression Course for Adolescents, um programa cognitivo-comportamental de grupo destinado a adolescentes acima de 14 anos, com sessões opcionais para os pais. Pacientes que receberam o tratamento tiveram melhora superior dos sintomas quando comparados à lista de espera, mas as sessões com os pais não trouxeram melhora adicional (Lewinsohn *et al.*, 1990). A manutenção do engajamento em atividades prazerosas e a vigilância ao reinício de distorções cognitivas foram mediadores de manutenção da melhora a longo prazo (Clarke *et al.*, 1992).

Brent *et al.* (1997) compararam a terapia cognitivo-comportamental com a terapia familiar sistêmica comportamental em adolescentes com depressão. Pacientes que receberam intervenção cognitivo-comportamental apresentaram melhora superior e mais rápida dos sintomas de depressão, mas a taxa de recaída foi igual em 2 anos, em comparação aos tratamentos ativos com um grupo que recebeu terapia de suporte (Clarke *et al.*, 1999). Kolko *et al.* (2000), avaliando os mediadores de melhora, verificaram que, a despeito da melhora clínica, a terapia cognitivo-comportamental não causou melhora das distorções cognitivas, nem a terapia familiar teve maior efeito em medidas de funcionamento familiar. Logo, a melhora clínica não se deveu à melhora nos mecanismos de ação propostos pela teoria cognitiva.

Quanto a outros tratamentos, Rossello e Bernal (1999) compararam a terapia interpessoal com a intervenção cognitivo-comportamental em adolescentes. A terapia interpessoal foca aspectos comuns do desenvolvimento, como separação dos pais, relacionamento com pares, figuras de autoridade e famílias monoparentais (Mufson e Dorta, 2003). Ambos os tratamentos mostraram-se igualmente eficazes.

Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade

De acordo com a American Psychological Association, o treinamento de manejo comportamental pelos pais, com intervenções comportamentais em sala de aula, são considerados de eficácia bem estabelecida (Pelham *et al.*, 1998). O treinamento de pais, desenvolvido principalmente por Barkley (1997), baseia-se no princípio do condicionamento operante, o qual preconiza que, com técnicas de reforço adequadas, há aumento na frequência de comportamentos adequados. A técnica demonstrou eficácia quando comparada a placebo psicológico (Carlson *et al.*, 1992) e lista de espera (Chorpita *et al.*, 2002). No entanto, os estudos apresentaram algumas limitações. Foram realizados apenas com meninos, sem diferenciação do subtipo do transtorno (desatento, hiperativo/impulsivo ou combinado) e os sintomas retornaram tão logo o tratamento foi descontinuado (Wolraich *et al.*, 1978). Também se demonstrou a eficácia de um programa que adicionou manejo de orientação a professores e aspectos da teoria de aprendizagem social (Weisz e Jung, 2004).

Recentemente, o estudo MTA randomizou 579 crianças a receber 14 meses de tratamento, entre os quais uso de psicoestimulante e tratamento comportamental, isolados ou em associação. Não houve melhora adicional do tratamento combinado, em relação ao uso isolado de psicostimulantes, exceto em comorbidade com transtorno de ansiedade (The MTA Cooperative Group, 1999). Logo, intervenções multimodais não costumam adicionar o benefício fornecido pela medicação em relação aos sintomas-chave do transtorno. Além disso, técnicas cognitivas não demonstraram eficácia (Abikoff *et al.*, 1988), bem como treino de habilidades sociais (Cousins e Weiss, 1993).

Transtornos de oposição e conduta

O transtorno desafiador de oposição e o transtorno de conduta apresentam o maior número de pesquisas experimentais realizadas, em comparação com qualquer outro transtorno mental da infância e adolescência (Chambless e Ollendick, 2001). O programa de treinamento parental elaborado por Patterson e Guillion (1968) apresentou um foco específico em sintomas de oposição e agressividade, tendo sido eficaz quando utilizado em pacientes com menos de 13 anos, e comparado a lista de espera, terapia de suporte e terapia familiar psicodinâmica (Alexander e Parsons, 1973; Bernal *et al.*, 1980). Quanto menor a idade do paciente, melhores os resultados costumam ser (Holden *et al.*, 1990).

Para crianças mais jovens, de até 8 anos, há evidência bem estabelecida para um programa de treinamento de pais em grupo, que utiliza auxílio de videotape. O programa, chamado Incredible Years, utiliza conceitos de aprendizagem social e auto-eficácia (Webster-Stratton e Reid, 2003). Apresentou uma eficácia levemente superior ao treinamento de pais padrão (Webster-Stratton *et al.*, 1988). A melhora foi diretamente relacionada com os seguintes mediadores: menos crítica por parte dos pais, menos estresse materno, comandos mais efetivos e habilidade paterna de resolução de problemas (Webster-Stratton, 1994).

Quanto a pacientes com transtorno de conduta mais grave, incluindo componente de delinquência, outras técnicas têm sido avaliadas. Kazdin e Whitley (2003a) desenvolveram o treino em habilidade de resolução de problemas, específico para conduta agressiva, para pacientes de 7 a 13 anos. Quando aplicado com o treinamento de pais, apresentou maior eficácia no controle da agressividade do que qualquer outra técnica isolada, mas a habilidade de resolução de problemas teve maior efeito no controle da resposta à provocação (Kazdin *et al.*, 1992). Outras abordagens promissoras direcionadas ao paciente, como o treino de manejo da raiva (Lochman *et al.*, 1993), estão atualmente em desuso, por terem sido desenvolvidas para formato de grupo, o qual é contraindicado no transtorno de conduta com características de delinquência (Dishion *et al.*, 1999).

Para adolescentes delinquentes com história de detenção e envolvimento criminal, foi desenvolvida a terapia multissistêmica (Henggeler *et al.*, 1996), que utiliza princípios de terapia cognitivo-comportamental, teoria familiar sistêmica e ecologia social, definindo o comportamento anti-social como a resultante de múltiplas variáveis, o qual explica a necessidade de intervenção multimodal.

Pacientes e familiares que foram submetidos à intervenção apresentaram diminuição das taxas de delinquência, quando comparados a controles (Henggeler *et al.*, 1997). O seguimento de 3 anos mostrou que a melhora não se manteve com o mesmo número de prisões do que o grupo controle, e sem melhora mantida

da supervisão parental (Huey *et al.*, 2000). Tais achados levantaram a suposição de quais os fatores mediadores de melhora inicial. Huey *et al.* (2000) verificaram que a qualidade da monitoração parental e a ausência de acesso a pares desviantes foram os fatores responsáveis pela diminuição do comportamento criminal. Os mesmos achados foram encontrados por Eddy e Chamberlain (2000), na avaliação de um programa intensivo de tratamento de jovens em abrigos americanos, chamado de MTFC (Multidimensional Foster Care).

Transtorno autista

O tratamento psicossocial para autismo começou a ser estudado por Lovaas (1987). O autor desenvolveu um manual, que consiste em técnicas de modificação comportamental para comportamentos inapropriados, associado a ensinamento de habilidades cognitivas, de linguagem e autocuidado, sendo aplicado por 2 anos. Comparados com o grupo controle, os pacientes apresentaram melhora superior em escores de QI e habilidades acadêmicas mantidas a longo prazo (McEchin *et al.*, 1993). No entanto, o estudo apresentou limitações metodológicas importantes, como falta de randomização.

Atualmente, os programas desenvolvidos são mais relacionados a manejo de sintomas-alvo, principalmente comportamentos indesejáveis. Existem estudos controlados, com amostra pequena, que utilizaram uma técnica de treino de comunicação funcional associada à análise de comportamento (FCT/ABA), com limitações metodológicas importantes (Chorpita *et al.*, 2002). Um outro estudo controlado aplicou um programa de treinamento comportamental com o cuidador a pacientes autistas de um hospital-dia e evidenciou melhora no aspecto de suporte e aceitação pelos pais, possivelmente pelo componente de psicoeducação da intervenção (Jocelyn *et al.*, 1998).

Conclusão

O objetivo principal do desenvolvimento das técnicas baseadas em evidências é o uso consciente, distinto e criterioso das melhores evidências em decisões sobre o cuidado individual do paciente. Dentro desse paradigma, busca a integração entre a habilidade clínica individual e a melhor evidência científica disponível a partir de pesquisas sistemáticas. O movimento da psicoterapia baseada em evidências objetiva, acima de tudo, o esforço em identificar, testar, desenvolver e estimular a disseminação de técnicas validadas em pesquisas científicas.

Referências

- Abikoff, H.; Ganeles, D.; Reiter, G.; Blum, C.; Foley, C.; Klein, R.G. - Cognitive training in academically deficient ADHD boys receiving stimulant medication. *J Abnorm Child Psychol* 16:411-432, 1988.
- Alexander, J.F.; Parsons, B.V. - Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *J Abnorm Psychol* 81:219-225, 1973.
- American Psychological Association, Task Force on Psychological Intervention Guidelines. - *Template for developing guidelines: interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. American Psychological Association, Washington DC, 1995.
- American Psychological Association, Office of Program Consultation and Accreditation. - *Guidelines and principles for accreditation of programs in professional psychology*. American Psychological Association, Washington DC, 2000.
- Bandura, A.; Blanchard, E.B.; Ritter, B. Relative efficacy of desensitization and modeling approaches for inducing behavioral, affective, and attitudinal changes. *J Pers Soc Psychol* 5:16-23, 1969.
- Barkley, R.A. *Defiant children: a clinician's manual for assessment and parent training*. Guilford, New York, 1997.
- Barrett, P.M.; Shortt, A.L. Parental involvement in the treatment of anxious children. In: Kazdin, A.E.; Weisz, J.R. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford, New York, 2003.
- Barrett, P.M.; Dadds, M.R.; Rapee, R.M. Family treatment of childhood anxiety: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 64:333-342, 1996.
- Barrett, P.; Healy-Farrell, L.; March, J.S. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:46-62, 2004.
- Bernal, M.E.; Klinnert, M.D.; Schultz, L.A. Outcome evaluation of behavioral parent training and client-centered parent counseling for children with conduct problems. *J Appl Behav Anal* 13:677-691, 1980.
- Beutler, L.E.; Engle, D.; Mohr, D.; Daldrop, R.J.; Bergan, J.; Meredith, K.; Merry, W. Predictors of differential response to cognitive, experiential and self-directed psychotherapeutic procedures. *J Consult Clin Psychol* 59:333-340, 1991.
- Bickman, L. The death of treatment as usual: An excellent first step on a long road. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:195-199, 2002.
- Blanchard, E.B. Relative contributions of modeling, informational influences, and physical contact in extinction of phobic behavior. *J Abnorm Psychol* 76:55-61, 1970.
- Brent, D.A.; Holder, D.; Kolko, D.; Birmaher, B.; Baugher, M.; Roth, C.; Iyengar, S.; Johnson, B.A. A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch Gen Psychiatry* 54:877-885, 1997.
- Carlson, C.L.; Pelham, W.E.; Milich, R.; Dixon, J. Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Child Psychol* 20:213-232, 1992.
- Carroll, K.M.; Nuro, K.F. One size cannot fit all: a stage model for psychotherapy manual development. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:396-406, 2002.
- Casey, R.J.; Berman, J.S. The outcome of psychotherapy with children. *Psychol Bull* 98:388-400, 1985.
- Chambless, D.L.; Ollendick, T.H. Empirically supported psychological interventions: controversies and evidence. *Annu Rev Psychol* 52:685-716, 2001.
- Chorpita, B.F.; Yim, L.M.; Donkervoet, J.C.; Arensdorf, A.; Amundsen, M.J.; McGee, C.; Serrano, A.; Yates, A.; Burns, J.A.; Morelli, P. Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: a review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clin Psychol Sci Pract* 9:165-190, 2002.
- Christophersen, E.R.; Mortweet, S.L. Treatments that work with children: empirically supported strategies for managing childhood problems. American Psychological Association, Washington DC, 2001.
- Clarke, G.N.; Hops, H.; Lewinsohn, P.M. Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: prediction of outcome. *Behav Ther* 23:341-354, 1992.
- Clarke, G.N.; Rohde, P.; Lewinsohn, P.M.; Hops, H.; Seeley, J.R. Cognitive-behavioral treatment of adolescent depression: efficacy of acute group treatment and booster sessions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:272-279, 1999.
- Cobham, V.E.; Dadds, M.R.; Spence, S.H. The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *J Consult Clin Psychol* 66:893-905, 1998.
- Cousins, L.S.; Weiss, G. Parent training and social skills training for children with attention-deficit hyperactivity disorder. How can they be combined for greater effectiveness? *Can J Psychiatry* 38:449-457, 1993.

- Dadds, M.R.; Spence, S.H.; Holland, D.E.; Barrett, P.M.; Laurens, K.R. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 65:627-635, 1997.
- Dishion, T.J.; McCord, J.; Poulin, F. When interventions harm: peer groups and problem behavior. *Am Psychol* 9:755-764, 1999.
- Durlak, J.Á.; Wells, A.M.; Cotten, J.K.; Johnson, S. Analysis of selected methodological issues in child psychotherapy research. *J Clin Child Psychol* 24:141-148, 1995.
- Eddy, J.M.; Chamberlain, P. Family management and deviant peer association as mediators of the impact of treatment condition on youth antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 68:857-863, 2000.
- Fonagy, P.; Target, M.; Cottrell, D.; Phillips, J.; Kurtz, Z. *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. Guilford, New York, 2002.
- Freud, S. Analysis of a phobia in a five-year-old boy (1909). In: *Standard editions of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Hogarth Press, London, 1955.
- Henggeler, S.W.; Cunningham, P.M.; Pickrel, S.G.; Schoenwald, S.K.; Brondino, M.J. Multisystemic therapy: an effective violence prevention approach for serious juvenile offenders. *J Adolesc* 19:47-61, 1996.
- Henggeler, S.W.; Melton, G.B.; Brondino, M.J.; Scherer, D.G.; Hanley, J.H. Multisystemic therapy with violent and chronic juvenile offenders and their families: the role of treatment fidelity in successful dissemination. *J Consult Clin Psychol* 65:821-833, 1997.
- Herschell, A.D.; McNeil, C.B.; McNeil, D.W. Clinical child psychology's progress in disseminating empirically supported treatments. *Clin Psychol Sci Pract* 2004; 11:267-288, 2004.
- Hibbs, E.D. Evaluating empirically based psychotherapy research for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10(Suppl 1):3-11, 2001.
- Hibbs, E.D.; Clarke, G.; Hechtman, L.; Abikoff, H.B.; Greenhill, L.L.; Jensen, P.S. Manual development for the treatment of child and adolescent disorders. *Psychopharmacol Bull* 33(4):619-629, 1997.
- Holden, G.W.; Lavigne, V.V.; Cameron, A.M. Probing the continuum of effectiveness in parent training: characteristics of parents and preschoolers. *J Clin Child Psychol* 19:2-8, 1990.
- Holmbeck, G.N. Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *J Consult Clin Psychol* 65:599-610, 1997.
- Huey, S.J.; Henggeler, S.W.; Brondino, M.J.; Pickrel, S.G. Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *J Consult Clin Psychol* 68:451-467, 2000.
- Jensen, P.S.; Weersing, R.; Hoagwood, K.E.; Goldman, E. What is the evidence for evidence-based treatments? A hard look at our soft underbelly. *Ment Health Serv Res* 7(1):53-74, 2005.
- Jocelyn, L.J.; Casiro, O.G.; Beattie, D.; Bow, J.; Kneisz, J. Treatment of children with autism: a randomized controlled trial to evaluate a caregiver-based intervention program in community day-care centers. *J Dev Behav Pediatr* 19:326-334, 1998.
- Jones, M.C. A laboratory study of fear: The case of Peter. *Pedagogical Seminary* 31:308-315, 1924.
- Journal of Clinical Child Psychology*. Special issue: empirically supported psychosocial interventions for children. 27:138-226, 1998.
- Kanfer, F.H.; Karoly, P.; Newman, A. Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues. *J Consult Clin Psychol* 43:251-258, 1975.
- Kaslow, N.J.; Thompson, M.P. Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *J Clin Child Psychol* 27(2):146-155, 1998.
- Kazdin, A.E. Developing a research agenda for child and adolescent psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 57:829-37, 2000a.
- Kazdin, A.E. Psychotherapy for children and adolescents. *Annu Rev Psychol* 54:253-276, 2003.
- Kazdin, A.E. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents: strategies, strengths, and limitations. In: Remschmidt, H.; Belfer, M.L.; Goodyer, I. *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Springer, Berlin, 2004.
- Kazdin, A.E.; Siegel, T.C.; Bass, D. Cognitive problem-solving skills training and parent management training in the treatment of antisocial behavior in children. *J Consult Clin Psychol* 60:733-747, 1992.
- Kazdin, A.E.; Whitley, M.K. Treatment of parental stress to enhance therapeutic change among children referred for aggressive and antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* 71(3):504-15, 2003.
- Kendall, P.C.; Grove, W.M. Normative comparisons in therapy outcome. *Behav Assessment* 10:147-158, 1988.
- Kendall, P.C. Guiding theory for therapy with children and adolescents. In: Kendall, P.C. *Child & adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. Guilford Press, New York, 2000a.
- Kendall, P.C.; Chu, B.C.; Pimentel, S.S.; Choudhury, M. Treating anxiety disorders in youth. In: Kendall, P.C. *Child & adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. Guilford Press, New York, 2000.
- Kolko, D.; Brent, D.; Baugher, M.; Bridge, J.; Birmaher, B. Cognitive and family therapies for adolescent depression: treatment specificity, mediation and moderation. *J Consult Clin Psychol* 68:603-614, 2000.
- Levitt, E.E. Psychotherapy with children: a further evaluation. *Behav Res Ther* 60:326-329, 1963.
- Lewinsohn, P.M.; Clarke, G.N.; Hops, H. Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behav Ther* 21:385-401, 1990.
- Lochman, J.E.; Cole, J.D.; Underwood, M.K.; Terry, R. Effectiveness of a social relations intervention program for aggressive and nonaggressive, rejected children. *J Consult Clin Psychol* 61:1053-1058, 1993.
- Lonigan, C.J.; Elbert, J.C.; Bennett Johnson, S. Empirically supported psychosocial interventions for children. *J Clin Child Psychol* 27(2):138-145, 1998.
- Lovaas, O.I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *J Consult Clin Psychol* 55:3-9, 1987.
- McEachin, J.J.; Smith, T.; Lovaas, O.I. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *Am J Ment Retard* 97:381-384, 1993.
- Mendlowitz, S.L.; Manassis, K.; Bradley, S.; Scapillato, D.; Miezitis, S.; Shaw, B.F. Cognitive behavioral group treatments in childhood anxiety disorders: the role of parental involvement. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1223-1229, 1999.
- Menzies, R.G.; Clarke, J.C. A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia. *Behav Res Ther* 7:359-367, 1993.
- Mineka, S.; Thomas, C. Mechanisms of change in exposure therapy for anxiety disorders. In: Dalgleish T.; Power, M. *Handbook of cognition and emotion*. Wiley, New York, 1999.
- Mufson, L.; Dorta, K.P. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. In: Kazdin, A.E.; Weisz, J.R. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford, New York, 2003.
- Ollendick, T.H. Empirically supported treatments: promises and pitfalls. *Clin Psychol* 52:1-3, 1999.
- Ollendick, T.H.; King, N.J. Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders. *J Clin Child Psychol* 27:156-167, 1998.
- Ollendick, T.H.; King, N.J. Empirically supported treatment for children and adolescents: advances toward evidence-based practice. In: Barrett, P.M.; Ollendick, T.H. *Handbook of interventions that work with children and adolescents*. Wiley, New York, 2004.
- Ost, L.G.; Svensson, L.; Hellstrom, K.; Lindwall, R. One-session treatment of specific phobias in youths: a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 69:814-824, 2001.
- Patterson, G.R.; Guillion, M.E. *Living with children: new methods for parents and teachers*. Research Press, Champaign, 1968.
- Pelham, W.E.; Wheeler, T.; Chronis, A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. *J Clin Child Psychol* 27(2):190-205, 1998.
- Piper, W.E. Implications of psychotherapy research for psychotherapy training. *Can J Psychiatry* 49(4):221-229, 2004.
- Rossello, J.; Bernal, G. The efficacy of cognitive, behavioral, and interpersonal treatments for depression in Puerto Rican adolescents. *J Consult Clin Psychol* 67:734-745, 1999.
- Scott, A.G.; Sechrest, L. Strength of theory and theory of strength. *Eval Program Plann* 12:329-336, 1989.
- Seligman, M.E.P. The effectiveness of psychotherapy. *Am Psychol* 50: 965-974, 1995.
- Sheslow, D.V.; Bondy, A.S.; Nelson, R.O. A comparison of graduated exposure, verbal coping skills, and their combination in the treatment of children's fear of the dark. *Child Fam Behav Ther* 4:33-45, 1983.
- Shirk, S.R. Dissemination of Youth EST: Ready for Prime Time? *Clin Psychol Sci Pract* 11:308-312, 2004.

- Silverman, W.K.; Kurtines, W.M.; Ginsburg, G.S.; Weems, C.F.; Rabian, B.; Serafini, L.T. Contingency management, self-control, and educational support in the treatment of childhood phobic disorders: A randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 67:675-687, 1999.
- Spirito, A. Empirically supported treatments in pediatric psychology. *J Pediatr Psychol* 24:87-174 (special issue), 1999.
- Stark, K.D.; Reynolds, W.M.; Kaslow, N.J. A comparison of the relative efficacy of self-control therapy and a behavioral problem-solving therapy for depression in children. *J Abnorm Child Psychol* 15:91-113, 1987.
- Stark, K.D.; Sander, J.B.; Yancy, M.G. Treatment of depression during childhood and adolescence: cognitive-behavioral approaches for the individual and family. In: Kendall, P.C. *Child & adolescent therapy: cognitive-behavioral procedures*. Guilford Press, New York, 2000.
- Stein, D.M.; Lambert, M.J. Graduate training in psychotherapy: are therapy outcomes enhanced? *J Consult Clin Psychol* 63:182-196, 1995.
- The MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56:1088-1096, 1999.
- Treadwell, K.R.H.; Kendall, P.C. Self-talk in youth with anxiety disorders: content specificity and treatment outcome. *J Consult Clin Psychol* 64:941-950, 1996.
- Webster-Stratton, C. Advancing videotape parent training: a comparison study. *J Consult Clin Psychol* 62:583-593, 1994.
- Webster-Stratton, C.; Reid, M.J. The incredible years parent, teachers, and children training series: a multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. In: Kazdin, A.E.; Weisz, J.R. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. Guilford, New York, 2003.
- Webster-Stratton, C.; Kolpacoff, M.; Hollinsworth, T. Self-administered videotape therapy for families with conduct-problem children: comparison of two cost-effective treatments and a control group. *J Consult Clin Psychol* 56:558-566, 1988.
- Weersing, V.R.; Weisz, J.R. Mechanisms of action in youth psychotherapy. *J Child Psychol Psychiatry* 43(1):3-29, 2002.
- Weisz, J.R.; Jung, E. Individual and group psychotherapies for children and adolescents. In: Remschmidt, H.; Belfer, M.L.; Goodyer, I. *Facilitating pathways: care, treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Springer, Berlin, 2004.
- Weisz, B.; Catron, T.; Harris, V. The effectiveness of traditional child psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 67:82-94, 1999.
- Wierzbicki, M.; Pekarik, G. A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol Res Pract* 24:190-195, 1993.
- Wolpe, J. Reciprocal inhibition as the main basis of psychotherapeutic effects. *Arch Neurol Psychiatry* 72:205-226, 1954.
- Wolraich, M.; Drummond, T.; Salomon, M.K. Effects of methylphenidate alone and in combination with behavior modification procedures on the behavior and academic performance of hyperactive children. *J Abnorm Child Psychol* 6:149-161, 1978.