

A investigação da eficácia da psicoterapia com crianças e jovens: da investigação de resultados a os processos de mudança

Efficacy research in child and adolescents psychotherapy: from outcome studies to change processes

ISABEL SÁ¹

RESUMO

Este artigo faz um ponto da situação relativamente ao conhecimento sobre a eficácia da psicoterapia com crianças e jovens, fazendo uma revisão dos principais estudos de meta-análise e da avaliação dos tratamentos apoiados empiricamente. De seguida discute algumas das limitações dos resultados obtidos com este tipo de investigação para a prática clínica (questões de generalização), salientando particularmente as diferenças entre os dois contextos e as dificuldades que se colocam à avaliação do significado das mudanças conseguidas nas crianças e jovens. Na segunda parte do artigo, a autora aponta algumas das tendências que começam a surgir na investigação recente em psicoterapia e que procuram responder à questão: como funciona a psicoterapia. Nomeadamente, é realçado o papel da análise dos moderadores e mediadores em psicoterapia para a compreensão dos processos de mudança nas intervenções psicossociais com jovens.

PALAVRAS-CHAVE:

Psicoterapia infantil; Investigação da eficácia; Métodos de avaliação; Processos de mudança

1. Investigadora Auxiliar da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa. E-mail: isabel.sa@fpce.ul.pt

ABSTRACT

This article presents the body of evidence on child and adolescent's psychotherapy outcomes, reviewing the most prominent meta-analytic studies and the empirically supported treatments. Next, some limitations of this kind of research for the clinical practice (generalization issues) are presented, focusing particularly in the differences between the two settings and the difficulties in the assessment of the clinical significance of improvement in children and adolescents. In the second part, the author identifies and examines several important directions for future research in child and adolescent psychotherapy. Specifically, are considered the importance of research on the mechanisms of change (mediators of treatment outcome), and the conditions of clinical practice under which interventions are especially useful, (moderators of intervention).

Key Words:

Child psychotherapy; Outcome research; Clinical significance; Change processes

1. A EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA INFANTIL

Alargando o axioma de Gordon Paul sobre a investigação da psicoterapia com adultos, Saxe, Cross e Silverman (1988) afirmam que a psicoterapia infantil se deve basear na investigação sobre a eficácia da intervenção, não em geral, mas sobre a eficácia específica de: "a) que terapia; b) em que condições, c) para que crianças, d) em que nível de desenvolvimento, e) com que perturbações, f) em que condições ambientais e g) com que intervenções concomitantes com os pais, família, meio ou sistemas"(p. 803).

Prout (1992) realça alguns problemas que se colocam à investigação sobre a eficácia da psicoterapia infan-

til, com base no trabalho de Bergin e Garfield, apresentado nos três volumes do *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, que sublinha a complexidade metodológica dos estudos e a diversidade de questões e variáveis.

Uma das questões refere-se à dificuldade em definir a própria psicoterapia, uma vez que esta difere segundo a orientação teórica do terapeuta, a duração da intervenção e o formato (individual ou em grupo). Outra questão prende-se com as limitações à generalização dos resultados encontrados devido definições pouco claras da sintomatologia e das características dos participantes nos estudos que podem representar amostras clínicas ou amostras de conveniência (por exemplo, população escolar).

Outra dificuldade que se coloca aos investigadores é o controlo de variáveis respeitantes aos terapeutas como a idade, o sexo, a experiência, a orientação teórica, a competência, o estilo e as características de personalidade. O resultado de uma intervenção pode ser afectado por qualquer um destes aspectos, bem como pela adequação cliente-terapeuta.

Colocam-se também problemas à comparação entre os estudos de resultado que se referem à decisão sobre quais são as medidas apropriadas da mudança terapêutica. Como decidir o que é uma intervenção eficaz? Pela redução de sintomas, pelo aumento da adaptação em casa, na escola ou com colegas, pelos relatos das criança que se manifestam sentir-se melhor ou mais feliz, pelos relatos das pessoas que rodeiam a criança e que acham que tudo corre melhor?

Outras questões metodológicas, por exemplo, prendem-se com a definição do grupo de controlo apropriado para os que recebem tratamento. Os estudos têm utilizado quer pessoas em lista de espera quer os que abandonam a terapia, mas serão estes grupos clinicamente comparáveis aos experimentais?

Nos estudos com crianças coloca-se ainda outro problema que é distinguir os efeitos da terapia dos efeitos do desenvolvimento já que alguns problemas tendem a desaparecer com a maturidade. Ao mesmo tempo, problemas indicativos de uma determinada perturbação emocional podem des-

aparecer com o desenvolvimento e reaparecer sob outra forma, aquilo que Kazdin (1988) designa por “substituição desenvolvimentista do sintoma”.

Apesar das dificuldades enumeradas existe um número considerável de estudos sobre a eficácia da terapia com crianças e adolescentes que importa analisar detalhadamente para definirmos o estado dos nossos conhecimentos nesta área e orientarmos as futuras investigações para as questões mais pertinentes. A seguir são apresentadas as principais conclusões que podemos retirar destes estudos, bem como as suas características metodológicas e limitações.

Estudos de resultado

Durante 40 anos, entre 1953 e 1993, realizaram-se inúmeras revisões de estudos sobre a eficácia da terapia infantil. O primeiro grande esforço para avaliar a terapia infantil foi realizado por Levitt (1957) que examinou 18 estudos sobre os resultados da psicoterapia, contrastando as percentagens totais de crianças tratadas e não tratadas que tinham melhorado. Foi estimado que 78% das crianças tratadas tinham melhorado no *follow-up*, enquanto que 72.5% das não tratadas também tinham melhorado. Levitt concluiu, tal como Eysenck nos estudos com adultos, que estes resultados não apoiavam a hipótese de que a psicoterapia facilitava a recuperação de perturbações emocionais.

Mais recentemente, a abordagem de meta-análise tem sido utilizada para sumariar a literatura sobre a eficácia. Esta abordagem combina os resultados dos estudos de eficácia avaliando a magnitude do efeito dos tratamentos. Na meta-análise, cada resultado de eficácia de um estudo controlado é tratado como uma unidade da magnitude do efeito ou “tamanho do efeito” (TE). Este é calculado subtraindo a média do grupo controlo à média do grupo tratado e dividindo a diferença pelo desvio-padrão do grupo controlo: $TE = (M_t - M_c) / SD_c$. O tamanho do efeito é um resultado estandardizado que indica quantas unidades de desvio-padrão um grupo tratado difere de um grupo controlo.

Destacamos quatro estudos de meta-análise sobre a psicoterapia infantil, de índole geral, e que responderam afirmativamente à questão sobre a eficácia da psicoterapia com crianças e jovens (para uma revisão mais detalhada e por tipo de problema ver Fonagy, Target, Cottrell, Phillips, e Kurtz (2002)).

O estudo de Casey e Berman (1985) é uma revisão de 75 estudos do resultado da psicoterapia com crianças, realizados entre 1952 e 1983, e centrou-se em estudos com participantes com uma média de idades de 13 anos, incluindo terapias comportamentais, cognitivo-comportamentais e não comportamentais e restringiu-se a estudos que incluíam grupos controlo de crianças provenientes da mesma

população. Os resultados desta meta-análise apontaram para um tamanho do efeito positivo de 0,71, ou seja, a criança que recebe tratamento está melhor do que 76% das crianças não tratadas. Não encontraram diferenças significativas entre intervenções comportamentais e não comportamentais, nem entre tratamentos que incluíam ou não terapia pelo jogo, entre tratamentos administrados em grupo ou individualmente ou entre intervenções que incluíam ou não um componente de intervenção com pais. Não se demonstra assim a superioridade de uma forma ou tipo de tratamento sobre as outras.

No entanto existem diferenças na eficácia do tratamento quando são tidas em conta as características do cliente, o conteúdo e as fontes da avaliação do resultado. A terapia era menos eficaz para problemas de ajustamento social e mais eficaz para problemas somáticos, impulsividade /hiperactividade e fobias. Parece, portanto, que a terapia é igualmente eficaz para todos os problemas alvo identificados excepto para o ajustamento social. Os efeitos associados a medidas de avaliação do medo/ansiedade e de desempenho cognitivo são significativamente maiores do que as medidas relativas à personalidade e ao auto-conceito. Diferenças semelhantes surgem relativamente à fonte de informação: as medidas obtidas junto de observadores independentes, terapeutas, pais e do desempenho das

crianças produzem efeitos maiores do que as obtidas junto dos professores e das próprias crianças.

Este estudo indica que a terapia infantil é eficaz e que todos os tratamentos são igualmente eficazes independentemente da experiência, da orientação teórica, da modalidade, do contexto e do tipo de tratamento, ou da década em que os serviços foram prestados.

Weisz, Weiss, Alicke e Klotz (1987) incluíram na meta-análise que realizaram estudos com crianças entre os 4 e os 12 anos e adolescentes entre os 13 e os 18 anos. Analisaram 108 artigos, publicados entre 1952 e 1983, que comparavam o tratamento com um grupo controlo para perturbações típicas da infância, excluindo a deficiência mental, os problemas de leitura e escrita e outros relacionados com a aprendizagem escolar e com problemas físicos. Os autores procuraram responder a quatro questões centrais: (1) O nível de eficácia obtido com as crianças é semelhante ao dos adolescentes? (2) Existem diferenças na eficácia entre intervenções comportamentais e não comportamentais? (3) Os tratamentos são igualmente eficazes para os diferentes problemas? (4) A eficácia varia consoante o nível de treino do terapeuta?

Os resultados indicam que o efeito obtido para as crianças foi superior ao dos adolescentes. O efeito das intervenções comportamentais é superior às não comportamentais. Não se

observaram diferenças entre o tipo de problema (excesso de controlo vs. défice de controlo). Os terapeutas com mais experiência eram particularmente eficazes no tratamento de problemas de excesso de controlo (por exemplo, fobias, timidez) mas não eram mais eficazes que outros terapeutas no tratamento de problemas de défice de controlo (por exemplo, agressividade e impulsividade) (Weisz, Weiss, Alicke, & Klotz, 1987).

Por sua vez, a meta-análise realizada por Kazdin, Bass, Ayers e Rodgers (1990), incluiu estudos com jovens entre os 4 e os 18 anos publicados entre 1970 e 1988. A maioria das crianças foi referida por problemas de comportamento e grande parte dos estudos usaram a modificação do comportamento e as abordagens cognitivo-comportamentais. A média dos TE dos estudos que comparavam tratamento e grupos controlo sem tratamento era de 0,88; a média de TE para a comparação do tratamento com grupo controlo activo era de 0,77. Por último, a meta-análise de Weisz, Weiss, Han, Granger, e Norton (1995) analisou estudos publicados entre 1967 e 1993 envolvendo crianças dos 2 aos 18 anos. Os resultados obtidos confirmam os de estudos anteriores: a terapia com crianças é eficaz sendo que a média do TE foi de 0,71.

Em conjunto, estas quatro meta-análises resumem os resultados de mais de 300 estudos de intervenções terapêuticas, realizados entre 1952 e

1993 e envolvendo crianças e jovens entre os 2 e os 18 anos. Os dados indicam que, em média, uma criança quando finaliza uma intervenção encontra-se significativamente melhor do que 76% a 81% das crianças que não foram submetidas a intervenção.

Podemos retirar duas conclusões importantes desta análise global da eficácia da terapia infantil: (1) a psicoterapia com crianças obtém resultados que excedem qualquer mudança resultante de não receber tratamento; e (2) a magnitude dos efeitos é semelhante à das intervenções com adultos.

Outras conclusões podem ser retiradas destes estudos, mas devem ser consideradas como secundárias porque são encontradas de forma menos consistente do que as anteriores. Nomeadamente, quando surgem diferenças entre o tipo de intervenção estas favorecem as técnicas comportamentais; os efeitos da intervenção mantêm-se geralmente após o tratamento até ao *follow up* (aproximadamente cinco a sete meses depois); as intervenções tendem a ser mais eficazes com adolescentes do que com as crianças, embora ambas sejam eficazes; a terapia individual parece ser mais eficaz do que a de grupo; e as intervenções são tão eficazes para problemas anti-sociais como emocionais (Kazdin, 2003, 2004).

No entanto, as meta-análises apresentam limitações importantes. Em primeiro lugar, para responder à questão inicial de identificar quais as inter-

venções psicossociais específicas são eficazes para problemas específicos não chega demonstrar a eficácia global das intervenções com crianças (Lonigan, Elbert, & Johnson, 1998). Em segundo lugar, os estudos são conduzidos em condições e contextos que dificultam a generalização dos resultados para a prática clínica em contextos naturais e, frequentemente, os participantes nos estudos envolvem crianças com níveis não clínicos de perturbação.

1.1 A identificação de tratamentos apoiados empiricamente

Os esforços mais recentes procuram complementar estas revisões mais globais procurando identificar tratamentos específicos que se revelaram eficazes para tipos específicos de problemas: os tratamentos empiricamente suportados.

O critério utilizado pelos grupos de trabalho da *American Psychological Association* (e.g., Chistophersen & Motweet, 2001) envolve dois níveis de suporte empírico. O critério mais rigoroso é utilizado para identificar tratamentos “bem estabelecidos”. Para assim serem considerados, os tratamentos devem ser apoiados quer por estudos com um *design* de grupo quer em estudos de caso único. Nos estudos com grupos, devem existir pelo menos dois estudos demonstrando que o tratamento é superior à medição, a um placebo psicológico ou a

um tratamento alternativo ou demonstrando que o tratamento é tão eficaz como um tratamento já bem estabelecido num estudo com um poder estatístico adequado. Se a prova se baseia em estudos de caso único, devem existir pelo menos nove estudos experimentais comparando o tratamento alvo com um tratamento alternativo¹.

Além das exigências do *design* de grupo ou de caso único, um tratamento bem estabelecido também deve (a) ser apoiado por, pelo menos, dois investigadores ou equipas de investigação independentes; (b) ter amostras de clientes claramente caracterizadas, e (c) usar um manual terapêutico detalhado sobre os conteúdos e os materiais das sessões, o plano e o número previsto de sessões e os procedimentos a adoptar pelo terapeuta.

O segundo critério de reconhecimento é a categoria do provavelmente eficaz. Esta categoria exige (a) dois estudos que revelem que o tratamento alvo é superior a uma lista de espera de controlo ou (b) pelo menos três estudos de caso único. Esta categoria também exige a utilização de um manual e de amostras de clientes claramente definidas mas não exige a replicação por investigadores independentes.

Weisz e Jensen (2001) apresentam os resultados obtidos para quatro das mais frequentes perturbações da

infância e da adolescência. Neste estudo foram identificados tratamentos bem estabelecidos para os medos e fobias, a hiperactividade com défice de atenção e as perturbações do comportamento, sendo que no caso da depressão e perturbação da ansiedade só se conhecem tratamentos provavelmente eficazes (para uma revisão dos estudos ver Weisz & Jensen, 2001).

Podemos concluir que existem realmente tratamentos apoiados empiricamente para alguns dos problemas apresentados pelas crianças e jovens (para uma revisão detalhada dos tratamentos apoiados empiricamente ver também, Christophersen & Mortweet, 2001; Kazdin & Weisz, 2003). Este resultado é uma informação essencial para os profissionais, para os potenciais clientes e para a sociedade em geral. Uma criança referida para tratamento com um dos problemas apresentados na lista deve poder usufruir de um dos tratamentos apoiados empiricamente para esse problema específico. Isto não significa que outro tipo de intervenções não possa ser bem sucedido, mas que é difícil defender a sua aplicação como primeira escolha (Kazdin, 2004).

No entanto, como Kazdin (2004) salienta, a lista de tratamentos testados empiricamente é bastante reduzida, especialmente tendo em conta os mais

1. O termo "caso único" refere-se a experiências em que o tratamento é alternadamente aplicado e retirado e os efeitos do tratamento são inferidos das mudanças no comportamento do cliente associadas; este *design* pode ser aplicado a um único indivíduo ou a um grupo.

de 550 tipos de intervenções terapêuticas. Mas o objectivo não é criar uma longa lista de tratamentos possíveis; uma pequena lista de intervenções que se revelaram eficazes é perfeitamente aceitável. Por fim, este mesmo autor realça que a lista de intervenções apoiadas empiricamente é dominada pelas intervenções cognitivo-comportamentais (Kazdin, 2004). Provavelmente este facto resulta de a maioria dos estudos investigarem técnicas cognitivo-comportamentais. Além disso, as investigações sobre as intervenções empiricamente suportadas devem respeitar vários aspectos metodológicos (utilização de manuais, distribuição aleatória dos participantes pelos grupos), estas características são mais comuns em estudos mais recentes onde predominam as técnicas cognitivo-comportamentais.

O trabalho de identificar intervenções empiricamente testadas é fundamental e o facto de considerar os tratamentos ao longo de um contínuo (desde claramente eficazes, provavelmente eficazes ou promissores) incentiva a investigação daqueles menos bem estabelecidos. No entanto, não podemos esquecer que embora algumas intervenções não reúnam as condições para pertencer aos tratamentos validados, podem continuar a ser os melhores tratamentos disponíveis (por exemplo, as intervenções comportamentais para crianças autistas).

A investigação de tratamentos apoiados empiricamente enfatiza a

técnica de intervenção, no entanto, muitas outras variáveis podem afectar os resultados da intervenção: a eficácia do terapeuta e as condições de aplicação. As intervenções empiricamente testadas referem-se a intervenções que produzem mudanças em condições laboratoriais bem controladas que diferem muito da prática clínica em contextos mais naturalistas. Nos seus estudos, os investigadores geralmente centram-se em amostras com perturbações menos severas e sem comorbilidade, utilizam intervenções estruturadas, manualizadas e, por vezes, com formatos rígidos, treinam especificamente os terapeutas nas técnicas que vão utilizar, monitorizam a forma como o tratamento é administrado e asseguram a adesão do terapeuta (Kazdin, 2003).

Um dos objectivos deste tipo de investigação era o de proporcionar uma base empírica sólida à prática clínica. Contudo, observa-se uma grande discrepância entre a forma como se estuda o tratamento em investigação e como se pratica em contexto clínico. Estas diferenças limitam a generalização dos resultados à prática clínica. As diferenças incluem o tipo (geralmente cognitivo-comportamental, uma só técnica para um só problema) e duração do tratamento (breve e em grupo, manualizado, supervisionado), o tipo de disfunções infantis estudadas (menos graves, em termos de severidade e cronicidade dos sintomas; sem a presença de comorbilida-

de e défices noutras áreas de funcionamento, nem patologia familiar), o contexto em que se realiza a intervenção e a implicação e participação de outras pessoas, como pais, professores e colegas da criança (Kazdin, 2003, 2004). Estes aspectos colocam sérias limitações à generalização dos resultados para situações clínicas reais. Os estudos que vão ser apresentados na secção seguinte procuram ultrapassar este problema.

1.2 Estudos sobre a efectividade da psicoterapia infantil

Como vimos, uma limitação importante da maioria dos estudos incluídos nas análises anteriormente apresentadas é serem realizados em clínicas de investigação e ensino, usando situações análogas e não no contexto da prática clínica. Assim, a generalização dos resultados pode ser limitada.

A diferenciação entre eficácia e efectividade tem sido introduzida para distinguir a prova dos resultados na investigação em clínicas *versus* utilidade no campo (Weisz & Jensen, 2001). Por eficácia referimo-nos à probabilidade que uma dada intervenção produza efeitos benéficos sob condições ideais. Estas condições podem incluir o tratamento de voluntários recrutados em contextos laboratoriais, com o tratamento a ser conduzido por terapeutas que são investigadores formados ou supervisionados. O

termo efectividade refere-se à probabilidade de uma intervenção produzir efeitos benéficos em clientes típicos, tratados pelo terapeuta comum sob condições usuais da prática clínica.

Weisz et al. (1992) apontam algumas hipóteses explicativas para a superioridade encontrada na eficácia dos estudos experimentais e os resultados obtidos na prática clínica: as condições da prática clínica estão muito longe de ser as ideais. Num estudo posterior, Weisz et al. (1995) testaram dez hipóteses sobre a superioridade dos estudos experimentais. Das dez só três foram confirmadas. A primeira hipótese confirmada é a de que a terapia de investigação é mais eficaz porque emprega mais procedimentos comportamentais do que a clínica; a segunda hipótese confirmada é que a terapia de investigação obtém melhores resultados porque o contexto é mais apelativo e motivante para os participantes; a terceira hipótese, igualmente confirmada, é a de que a referida superioridade se deve a que a terapia de investigação tem como alvo crianças cujos problemas são menos graves e com famílias menos disfuncionais (amostras análogas e recrutadas) do que os que recorrem à clínica. Não se confirmaram as hipóteses que explicavam a superioridade dos estudos de investigação com base em: fundamentarem-se em estudos mais recentes e com melhor metodologia de intervenção e avaliação; os clínicos serem menos eficazes que os investi-

gadores-terapeutas; os terapeutas-investigadores terem uma formação especial, antes das intervenções, nos métodos que vão utilizar; a investigação tender a centrar-se apenas num tipo de problema enquanto que a clínica é mais difusa abordando múltiplos problemas; a investigação ser mais estruturada do que a clínica.

Outros autores (Olivares et al., 1997; citado em Hernández, 1997) apontam, igualmente, para diferenças quanto aos objectivos e às hipóteses colocadas nos dois contextos. As primeiras referem-se a que o principal interesse do clínico é a resolução do problema da criança e da sua família e, deste modo, vai empregar todos os procedimentos necessários a obter mudanças clínica e socialmente relevantes. Para o investigador o principal objectivo é o teste de hipóteses, o potencial benefício para a criança e a família não são, por princípio, o principal objectivo. No que se refere às hipóteses, enquanto que as do investigador permanecem constantes durante o processo, as do clínico podem ir-se modificando em função dos resultados e da informação que vai obtendo.

Segundo Weisz, Donenberg, Han, e Weiss (1995) uma forma de capitalizar estas diferenças será através da colaboração entre investigadores e clínicos de três formas: (a) enriquecer as bases de dados dos investigadores com dados sobre os efeitos dos tratamentos em contextos clínicos; (b) identificar aspectos da terapia em

laboratório responsáveis pelos resultados positivos e aplicá-los à prática clínica; (c) exportar os tratamentos testados no laboratório para a clínica e avaliar os seus efeitos nas crianças e jovens que recorrem aos serviços.

Para além desta necessidade de a investigação em psicoterapia ter em conta variáveis importantes para a aplicação clínica dos resultados obtidos, é necessário vencer algumas resistências dos clínicos a levarem em consideração os dados da investigação. Weisz et al. (1995) inventariaram alguns dos obstáculos, quer de atitude quer práticos, que se colocam à colaboração entre o laboratório e a clínica. Segundo estes autores, uma das atitudes que mais barreiras cria é a crença de que uma discussão franca e aberta acerca dos resultados da terapia prejudique esta disciplina causando a desconfiança por parte do público. Outro potencial obstáculo é a crença de que a psicoterapia é uma arte e não uma ciência e, portanto, não necessita de ter em conta os dados da investigação. Outra ideia bastante disseminada, é a crença de que a actual prática clínica “vai bem e recomenda-se” mas de uma forma que a investigação não consegue medir. Os clínicos também desvalorizam os dados da investigação considerando que esta se centra em casos simples e em tratamentos manualizados que não são relevantes para os casos complexos acompanhados na clínica. A já reconhecida devoção a uma modalidade terapêutica,

conceptual e pessoalmente atraente, coloca o dilema de abandono ou não dessa modalidade face aos mais recentes dados da investigação. Restam depois as questões mais pragmáticas como a relutância das entidades financiadoras em pagar os esforços de reestruturação com bases mais científicas; a falta de clínicos com treino suficiente na utilização de métodos empiricamente validados; a dificuldade em encontrar ou aprender intervenções eficazes para a diversidade de problemas acompanhados na clínica e a ausência de tratamentos eficazes para alguns problemas (Weisz et al., 1995).

1.3 Questões relativas à avaliação

Kazdin (2004) salienta, igualmente, como uma questão negligenciada pelos investigadores a avaliação do resultado da intervenção. A redução dos sintomas observados no início da intervenção é obviamente central na avaliação do seu resultado. No entanto, os problemas que a pessoa apresenta provavelmente envolvem muitos outros domínios para além dos sintomas. Por exemplo, o funcionamento pró-social é provavelmente um domínio a avaliar no caso das crianças cujo ajustamento depende das suas competências na interacção com os companheiros. Ou seja, considerar apenas a redução de sintomas é um retrato incompleto dos efeitos da intervenção.

Além disso, é igualmente impor-

tante avaliar a relevância clínica do tratamento e o seu impacto (Kazdin, 2004; Kendall & Choudhury, 2003). Estes referem-se ao valor ou importância prática do efeito de uma intervenção, ou seja, se trás alguma verdadeira diferença para o dia-a-dia das pessoas envolvidas. O Quadro 1 apresenta vários critérios de avaliação da relevância clínica (Kazdin, 2004).

Geralmente, o método comparativo é o mais utilizado mas, cada vez mais, é necessário avaliar o impacto do tratamento em dimensões que são importantes para a vida quotidiana, bem como a satisfação do cliente. Uma medida da percepção e das atitudes, durante e após a intervenção psicológica, é geralmente referida como satisfação do cliente ou do consumidor com os serviços. A maioria dos estudos nesta área avaliaram as percepções dos pais e só poucos examinaram as percepções da própria criança e do adolescente.

Podem-se distinguir cinco níveis de avaliação dos resultados (Kazdin & Kendall, 1998): nível sintomático ou diagnóstico; nível de adaptação; o nível dos mecanismos de mudança; o nível transaccional e o nível de utilização dos serviços e satisfação com os mesmos.

Na maioria dos estudos a redução dos sintomas é o principal critério de um bom resultado. No caso das crianças o mais aconselhável é utilizar métodos de medida diferentes e recorrer a vários informantes. Geralmente,

Quadro 1. Métodos de avaliação da mudança clínica em estudos sobre a eficácia da intervenção

Tipo/Método	Definição	Critério / Medidas
Comparativo	O desempenho do cliente é avaliado relativamente ao desempenho de outros (amostra normativa, amostra de pacientes) (métodos normativos) ou relativamente ao seu desempenho passado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Semelhança com exemplos normativos no final da intervenção. 2. Diferença estatística numa medida com os dados de uma amostra disfuncional. 3. Dimensão da mudança entre pré e pós teste. 4. Já não atingir o critério para uma perturbação psiquiátrica. 5. Eliminação completa do problema ou sintoma.
Avaliação Subjectiva	Impressões, avaliações, opiniões do cliente ou daqueles que com ele interagem	Classificações de: <ol style="list-style-type: none"> 1. Funcionamento actual. 2. Se o problema inicial se mantém ou afecta o funcionamento. 3. Se as mudanças produzidas pelo tratamento fazem a diferença.
Impacto social	“Mudança numa medida que é reconhecida ou considerada como importante na vida diária; geralmente não é um inventário nem uma medida estandardizada.”	Mudança reflectida em medidas como prisão, falta às aulas, faltas ao emprego, hospitalização e custo.

os pais notam mudanças no comportamento das crianças que não são apreciadas pelos professores.

Um segundo nível de avaliação importante refere-se à adaptação ao contexto psicossocial. Centrarmo-nos apenas na mudança dos sintomas baseando a avaliação em medidas altamente reactivas ao tratamento pode conduzir a uma sobrestimação dos efeitos dessa intervenção. A avaliação de uma intervenção deve ser

feita em termos do grau em que ela removeu o obstáculo que a perturbação criou ao funcionamento diário da pessoa.

O terceiro nível de avaliação dos resultados refere-se aos processos, ou seja, às capacidades cognitivas e emocionais, que subjazem quer à psicopatologia quer à adaptação. Kazdin e Kendall (1998) realçam que o futuro do desenvolvimento de intervenções e da investigação da sua eficácia reside

na especificação dos mecanismos e processos através dos quais o tratamento atinge os seus objectivos, processos e mecanismos esses que se relacionam com o desenvolvimento, surgimento e escalada da perturbação infantil.

Algumas das capacidades importantes para o resultado desenvolvimentista das perturbações psicológicas incluem a regulação do afecto, a compreensão das emoções, a representação de si próprio, a compreensão dos estados mentais em si e nos outros, a formação de ligações emocionais e as tendências atribucionais. A perturbação pode igualmente envolver os pais, por exemplo, o uso inapropriado de práticas educativas. A avaliação destas áreas coloca questões importantes, como o tipo de tarefas de avaliação a utilizar e a distinção entre competência e desempenho actual.

Os estudos sobre as intervenções são uma óptima oportunidade para explorar mecanismos causais. Os ganhos obtidos devem correlacionar-se e ser uma função da mudança nos processos mediadores hipotetizados. Recolher provas ao nível dos processos lança a ponte entre a investigação sobre as causas das perturbações e os estudos sobre a eficácia das intervenções.

O quarto nível refere-se aos aspectos transaccionais do desenvolvimento. A psicopatologia do desenvolvimento pressupõe a existência de interacções transaccionais entre o estado mental e as predisposições

comportamentais da criança e as reacções do meio à criança, ao longo do tempo. No caso das crianças o contexto mais importante é o mais próximo (funcionamento dos pais e da família). Muitas intervenções eficazes têm por objectivo mudanças nos processos transaccionais, como por exemplo, o treino de pais. Uma boa ilustração de como os factores transaccionais podem moderar os resultados da intervenção é indicado pelas “barreiras à intervenção” resultantes das dificuldades dos pais levarem a cabo as tarefas práticas e emocionais de se envolver na terapia com o seu filho.

O último nível, refere-se à diminuição do recurso aos serviços e à satisfação com esses mesmos serviços.

Uma outra área negligenciada é a avaliação das características das intervenções, particularmente aquelas que estão relacionadas com a sua adopção, uso ou disseminação. Avaliar estas características de uma intervenção pode ser irrelevante se ela não demonstrou produzir mudanças terapêuticas. No entanto, se vários tratamentos se revelaram eficazes pode ser importante distingui-los entre si. Kazdin (2003, 2004) salienta três critérios, que não se referem à eficácia terapêutica, para avaliar as intervenções.

A **disseminação** da intervenção refere-se à facilidade de alargar a intervenção a outros clínicos e clientes para além do contexto de investigação. Este critério pode estar rela-

cionado com a complexidade dos procedimentos (tipo de materiais, número de pessoas envolvidas), o tipo e a quantidade de treino necessário para implementar estes procedimentos, a probabilidade de adesão de quem os implementa e o grau em que um afastamento dos procedimentos prescritos põe em causa o seu nível de eficácia.

Os **custos** envolvidos na prestação do tratamento são um aspecto importante face a tratamentos igualmente eficazes. O custo não é uma questão com interesse científico na avaliação da intervenção mas fornece dados que podem influenciar a sua disseminação, a sua adopção e as políticas de financiamento. Alguns estudos examinaram o custo dos tratamentos de saúde, mas uma das comparações mais relevantes para a comparticipação dos tratamentos é a questão de se os serviços psicológicos reduzem a utilização de outros serviços médicos mais dispendiosos numa análise de custos-benefícios.

A **aceitação** de uma intervenção pelo público em geral é outro critério importante. O grau em que as pessoas que participam no tratamento (crianças, adolescentes, famílias, professores e profissionais de saúde) vêem o tratamento como razoável, justificável e aceitável. Os tratamentos melhor aceites podem ser os mais procurados, obtêm maior adesão e são levados a cabo mais correctamente do que os menos aceites.

2. DA INVESTIGAÇÃO DE RESULTADO À INVESTIGAÇÃO DOS PROCESSOS DE MUDANÇA

2.1 O papel dos moderadores e mediadores

Actualmente existem poucas dúvidas de que a psicoterapia pode ter um impacto benéfico na vida de crianças e jovens com problemas. Os estudos de meta-análise e os estudos clínicos controlados têm demonstrado a eficácia da psicoterapia quando comparada com condições controlo, como a lista de espera ou atenção/placebo. Sabemos até quais são os tratamentos mais eficazes para determinados problemas dos jovens. Apesar destes enormes avanços algumas questões fundamentais, sobre o funcionamento da psicoterapia, permanecem por responder: (a) sabemos pouco sobre a eficiência da psicoterapia, isto é, sobre a sua eficácia em situações clínicas não controladas nem laboratoriais, ou seja, como funciona em situações de prática clínica real; e (b) quando a psicoterapia é eficaz não sabemos porque é que ela é eficaz, isto é, quais são os processos que entram em acção para produzir as mudanças esperadas e desejadas.

Assim, nos últimos anos, clínicos e investigadores têm manifestado interesse em determinar os moderadores, ou condições que determinam quando uma intervenção é mais ou menos eficaz, e os mediadores (processos) atra-

vés dos quais a intervenção produz a mudança (Baron & Kenny, 1986; Holmbeck, 1997).

Segundo a definição de Baron e Kenny, (1986), “em termos gerais, as variáveis moderadoras são variáveis qualitativas (como, o sexo, a etnia, o estatuto sócio-cultural) ou quantitativas (como, o nível de motivação para a mudança) que afectam a direcção e/ou força da relação entre uma variável independente ou preditora e a variável dependente ou critério”(p. 1174). Ao examinarmos os moderadores da intervenção estamos interessados em isolar as condições que determinam quando uma intervenção é particularmente eficaz ou ineficaz.

Em termos de intervenção terapêutica, as variáveis moderadoras definem as condições que favorecem ou limitam a eficácia das intervenções. Saber para que indivíduos com que perturbações, com determinadas características pessoais ou sócio-demográficas, as intervenções são mais eficazes e adequadas e aqueles para quem as intervenções estudadas não são tão eficazes, permite especificar as pessoas para quem determinada intervenção é útil, fornecendo critérios, por exemplo, para um processo de triagem dos participantes numa determinada intervenção.

No caso das crianças e adolescentes, uma variável moderadora fundamental a ter em conta é o nível de desenvolvimento. O nível cognitivo, a capacidade de processamento da

informação, o conhecimento de base, a auto-regulação cognitiva e comportamental, a compreensão dos outros e do seu comportamento, a compreensão das emoções e os processos atribucionais podem constituir condições que colocam restrições ou, pelo contrário, potenciam determinado tipo de intervenção.

Quanto às variáveis mediadoras, Baron e Kenny (1986) definem-nas como “o mecanismo através do qual a variável independente em causa é capaz de influenciar a variável dependente em estudo” (p. 1173). A análise de modelos de mediação no contexto da investigação sobre a eficácia da intervenção é uma estratégia de investigação particularmente útil: permite-nos descobrir mecanismos causais da mudança. No fundo, o estudo destas variáveis tenta responder à questão de como é que a terapia funciona (Kendall & Choudhury, 2003).

Se já se determinou que um tratamento obtém um determinado efeito, a questão seguinte refere-se aos possíveis processos através dos quais o tratamento obteve o efeito desejado. O mediador dá conta, pelo menos em parte, do efeito do tratamento. Além disso, o mediador é visto como um antecedente causal do resultado de forma que mudanças do mediador estarão associadas a mudanças no efeito.

Como corolário destas ideias o nível de desenvolvimento pode ser o alvo da intervenção. Isto é, se a investigação sugere que as crianças que

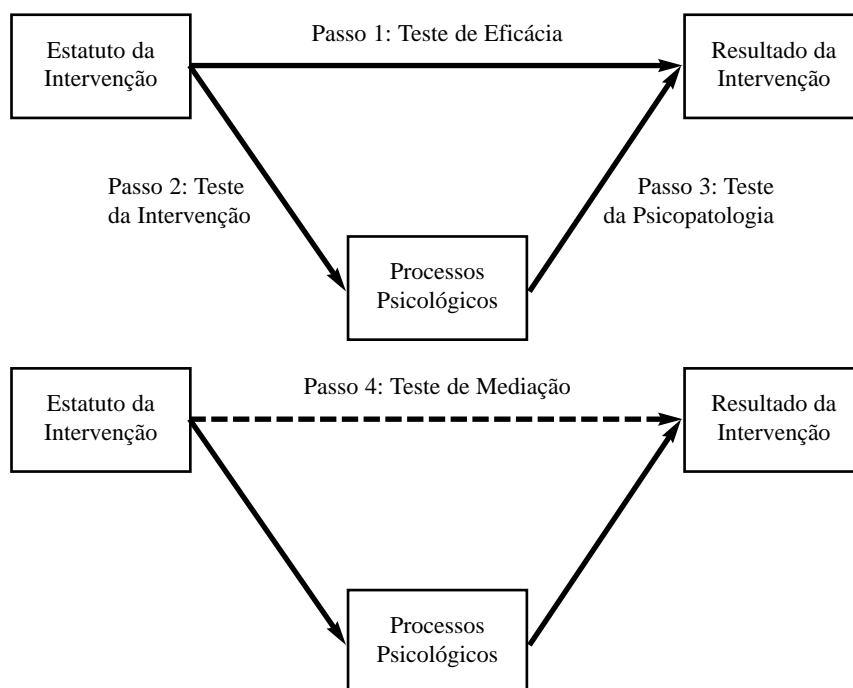
não conseguiram realizar certas tarefas desenvolvimentistas estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de determinados sintomas, o nível de desenvolvimento da criança deve ser o alvo da intervenção.

A mediação moderada também é possível. Por exemplo, uma maior competência de descentração pode ser um importante mediador da eficácia do tratamento para a agressão mas só para os adolescentes. As implicações deste dado são que se calhar é necessário outro tipo de intervenção para as

crianças ou que o tratamento também resulta para as mais novas mas através de um processo diferente.

Pegando nesta conceptualização, Weersing e Weisz (2002), apresentam quatro fases para a investigação em psicoterapia que considera que a mediação se estabelece se forem demonstradas quatro relações lógicas entre tratamento, mediador e resultado. Segundo estes autores cada um destes passos analíticos coloca uma questão diferente sobre os efeitos da psicoterapia como se pode ver na Figura 1.

Figura 1. A análise mediacional como forma de testar teorias psicológicas (Adaptado de Weersing & Weisz, 2002).



O primeiro passo numa análise mediacional é o de testar a relação entre a participação num tratamento e a melhoria em termos de sintomas ou funcionamento da pessoa. Este passo avalia a eficácia da intervenção comparativamente a uma condição de controlo. Se a intervenção não é mais eficaz do que a condição de controlo a procura de mecanismos subjacentes não faz sentido. Mas se o tratamento se revela eficaz então o próximo passo é a descoberta de como o tratamento atinge esses resultados benéficos.

No segundo passo da análise o que se procura é avaliar a relação entre a intervenção e a mudança no mediador hipotetizado. Se o tratamento afecta o processo específico de mudança testado a análise mediacional prossegue para o terceiro passo.

O terceiro passo avalia o nível de significância do caminho entre o mediador e o resultado da intervenção. Esta análise pode ser vista como fornecendo um teste parcial da teoria psicopatológica em que se baseia a intervenção. Por exemplo, no caso da depressão a teoria cognitiva pressupõe que esta perturbação resulta de distorções cognitivas negativas acerca do próprio, do mundo em que vive e do futuro. Estabelecer uma relação entre a mudança nas distorções cognitivas e sentimentos de desamparo e a mudança nos sintomas depressivos ajuda, não só a estabelecer a cadeia causal dos efeitos do tratamento, mas também a validar a teoria cognitiva da

depressão. As mudanças nos processos mediadores devem logicamente preceder as mudanças no resultado final do tratamento.

No último passo da análise, a relação original entre tratamento e resultado, estabelecida no teste de eficácia, é examinada ao mesmo tempo que se controlam as relações entre tratamento e processo e entre processo e resultado final. Se a mudança no mecanismo, hipotetizado como possível mediador, realmente medeia a relação entre a intervenção e o resultado, o anterior caminho significativo entre o tratamento e o resultado deve ser significativamente reduzido ou até completamente eliminado quando se controlam os outros caminhos no modelo.

Assim ao demonstrar a mediação, é possível, em princípio, demonstrar que a terapia funciona e que o faz através dos processos especificados nas teorias de intervenção e psicopatologia subjacentes à intervenção utilizada.

Na perspectiva de quem procura intervir com crianças e adolescentes, importa investigar as variáveis moderadoras e mediadoras que ocorrem ao longo do desenvolvimento e testar as relações entre elas e as variáveis alvo propostas em diferentes modelos de intervenção. Isto porque, o nível de desenvolvimento é um aspecto incontornável dos pacientes mais jovens e, como foi referido, ele pode jogar com moderador ou mediador em diferentes circunstâncias e contextos.

Por exemplo, a investigação na área

da Psicopatologia do Desenvolvimento é fundamental para a compreensão dos percursos e resultados futuros da psicopatologia infantil, uma vez que a frequência e a natureza da maioria das perturbações mudam com a idade.

O conhecimento dos preditores desenvolvimentistas tem várias implicações para a intervenção. Se sabemos, com base em estudos longitudinais, que um conjunto específico de défices na infância está associado a patologia mais severa mais tarde, podemos tratar a forma menos severa da perturbação antes de termos de lidar com a forma mais severa posterior. O conhecimento de que crianças com determinadas trajectórias podem estar em risco de desenvolver determinados sintomas, aponta para a necessidade de identificar estas crianças e realizar uma intervenção preventiva. Desta forma, este conhecimento permite identificar oportunidades para “proteger” a criança em risco de desenvolver problemas no futuro.

Por outro lado, tem sido salientado que as crianças podem partilhar o mesmo diagnóstico mas não o mesmo processo patogénico (Shirk & Russell, 1996), ou seja, a mesma perturbação pode ser produzida através de diferentes caminhos. Igualmente, os mesmos acontecimentos desenvolvimentistas podem conduzir a diferentes ajustamentos e um dado processo patológico apresentar-se-á de forma diferente ao longo do desenvolvimento. Assim, segundo Shirk e

Russell (1996) a principal tarefa para os investigadores da psicoterapia infantil é a identificação dos processos psicológicos básicos pressupostos quer pelas intervenções, quer pelas teorias sobre as diferenças no desajustamento infantil.

Estas reflexões sugerem que é fundamental incluir medidas do nível de desenvolvimento nos estudos sobre eficácia das intervenções e usá-las para avaliar efeitos de moderação. Para isso precisamos de ter instrumentos sensíveis em termos desenvolvimentistas para avaliar as variáveis relevantes, conhecer as suas trajectórias desenvolvimentistas e perceber as relações de moderação e mediação existentes entre as variáveis em estudo.

2.2. Os processos de mudança

Em síntese, a maioria da investigação em psicoterapia utiliza estudos comparativos. Este tipo de investigação é, sem dúvida, importante mas contribui para os “mitos da uniformidade desenvolvimentista” (Kendall, Lerner, & Craighead, 1984) que precisam de ser analisados. Existe pouca investigação sobre os moderadores da intervenção, ou seja, sobre as condições de que depende a eficácia da intervenção.

É provável que muitas características das crianças influenciem os efeitos do tratamento, como a idade, o género, a severidade do problema, se é crónico ou não e as áreas de funcionamento que abrange. Igualmente,

várias influências relacionadas com o início ou o curso de uma perturbação em particular (por exemplo, factores protectores e de risco) podem determinar o resultado da intervenção. O mesmo pode acontecer com factores sócio-culturais, como a etnia, o nível sócio-cultural, etc.. Estes podem ter um impacto no momento e na forma como os problemas das crianças são identificados, nos padrões de risco e protecção, nas características dos sintomas e no seu curso (Kazdin, 2004).

Os problemas da criança estão muito associados a características dos pais, da família e dos contextos (Sá, 2005). Assim, diferenças na psicopatologia parental, conflitos familiares e famílias economicamente desfavorecidas podem ter um papel central na manutenção dos problemas infantis ou colocar obstáculos à administração da intervenção.

Outra área de investigação importante, que começa a receber a atenção de alguns investigadores (e.g., Shirk & Russell, 1996) é a questão de como e porque funciona a psicoterapia. O conhecimento dos processos que provocam a mudança terapêutica é fundamental para a optimização da eficácia das intervenções. Para Kazdin (2004) trata-se de dar mais relevo à investigação explicativa sobre a investigação descritiva, isto é, incluir na investigação componentes que se centram explicitamente nos processos pelos quais se atingem os efeitos e as mudanças pretendidas. Estes componentes incluem desde a representação do problema à

escolha de estratégias de intervenção, do reconhecimento da necessidade de mudança até à manutenção do processo e à sua completa interiorização.

Tendo um vasto trabalho na área da caracterização e do estudo da eficácia da psicoterapia infantil, Kazdin (2003; 2004) estabelece uma lista de necessidades a ter em conta na teorização e na investigação para o desenvolvimento de intervenções eficazes com crianças e jovens.

Em primeiro lugar, a intervenção deve estar relacionada com o que sabemos sobre a origem, a manutenção, a finalização e a recorrência do problema clínico que é o alvo da intervenção.

Em segundo lugar, é fundamental o desenvolvimento de teorias sobre os processos e os mecanismos de mudança que possam depois ser empiricamente testadas. Pelo menos três passos são necessários para conduzir esta investigação: especificar os processos ou os factores responsáveis pela mudança, desenvolver medidas destes processos e demonstrar que estes processos se modificam antes de ocorrer a mudança terapêutica.

Em terceiro lugar, a investigação deve especificar com precisão o que o terapeuta faz com e para a criança (adolescente, pais, família) durante as sessões. Ou seja, deve fornecer uma operacionalização dos procedimentos, de preferência na forma de manuais, que identifique como se mudam os processos chave, pelo que o desenvolvimento dos manuais está relacionado

com a investigação sobre os mecanismos da mudança terapêutica.

Em quarto lugar, os estudos de resultado continuam a ser fundamentais para a validação das intervenções. No entanto, o desenvolvimento de tratamentos eficazes seria melhorado com os dados da investigação qualitativa que poderia gerar teorias e hipóteses, com base em situações clínicas, que iriam fundamentar estudos quantitativos sobre a sua eficácia e testar como, porquê e para quem o tratamento é eficaz.

Uma outra área de investigação importante é o estudo das condições específicas que promovem ou impedem os efeitos da intervenção. A análise de factores da criança, dos pais, da família e de outros contextos com os quais a intervenção interage permitiriam identificar as condições ou os

limites da sua aplicação. A identificação dos moderadores poderia influenciar a aplicação da intervenção com uma melhor triagem dos pacientes para intervenções que são mais provavelmente eficazes no seu caso.

Por último, neste processo de desenvolvimento de tratamentos eficazes, se um tratamento se revelou eficaz num determinado contexto é fundamental avaliar se estes ganhos se podem generalizar a outros problemas, populações e contextos. Numa sociedade multicultural torna-se cada vez mais importante ter em conta as especificidades sócio-culturais do contexto, em que as crianças e os jovens estão inseridos, e como ele determina o desenvolvimento da criança, as práticas e expectativas parentais e, conseqüentemente, o planeamento da intervenção.

REFERÊNCIAS

- Baron, R. & Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (6), 1173-1182.
- Casey, R. J., & Berman, J. S. (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Christopherson, E. & Mortweet, S. (2001). *Treatments that work with children. Empirically supported strategies for managing childhood problems*. Washington, DC: APA.
- Fonagy, P., Target, M., Cottrell, D., Phillips, J., & Kurtz, Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents*. N. Y.: The Guilford Press.
- Hernandez, M. J. (1997). Tratamiento psicológico infantil: aspectos básicos. In Manuel Jiménez Hernandez (Ed.), *Tratamiento psicológico de problemas infantiles* (pp. 15-51). Malaga: Ediciones Aljibe.

- Holmbeck, G. H. (1998). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child clinical and pediatric psychology literatures. In Alan Kazdin (Ed.), *Methodological issues and strategies in clinical research* (pp. 83-111). Washington, DC: APA.
- Kazdin, A. E. (1988). *Child psychotherapy. Developing and identifying effective treatments*. (1 ed.) New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, *54*, 253-276.
- Kazdin, A. E. (2004). Psychotherapy for children and adolescents. In Michael J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 543-589). New York: John Wiley & Sons.
- Kazdin, A. E., Bass, D., Ayers, W. A., & Rodgers, A. (1990). Empirical and clinical focus of child and adolescent psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 729-740.
- Kazdin, A. E. & Weisz, J. R. (2003). *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. N.Y.: The Guilford Press.
- Kendall, P. & Choudhury, M. (2003). Children and adolescents in cognitive-behavioral therapy: some past efforts and current advances, and the challenges in our future. *Cognitive Therapy and Research*, *27* (1), 89-104.
- Kendall, P., Lerner, R., & Craighead, W. (1984). Human development and intervention in child psychopathology. *Child Development*, *55*, 71-82.
- Levitt, E. E. (1957). Results of psychotherapy with children: an evaluation. *Journal of Counselling Psychology*, *21*, 189-196.
- Lonigan, C., Elbert, J., & Johnson, S. (1998). Empirically supported psychosocial interventions for children: an Overview. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27* (2), 138-145.
- Prout, H. T. (1992). Counselling and psychotherapy with children and adolescents: an overview. In Douglas T. Brown & H. Thompson Prout (Eds.), *Counselling and psychotherapy with children and adolescents: theory and practice for school and clinical settings* (pp. 3-36). Vermont: Clinical Psychology Publishing.
- Sá, I. (2005). Características da terapia com crianças e adolescentes: implicações para a prática clínica. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, *1*, 5-18.
- Saxe, L.; Cross, T.; & Silverman, N. (1988). Children's mental health. The gap between what we know and what we do. *American Psychologist*, *43* (10), 800-807.
- Shirk, S. R. & Russell, R. L. (1996). *Change processes in child psychotherapy. Revitalizing treatment and research*. Mew York: The Guilford Press.

- Target, M. & Fonagy, P. (1996). The psychological treatment of child and adolescent psychiatric disorders. In Anthony Roth & Peter Fonagy (Eds.), *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (pp. 263-320). New York: The Guilford Press.
- Weersing, V. R. & Weisz, J. R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (1), 3-29.
- Weisz, J., Donenberg, G., Han, S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 688-701.
- Weisz, J. R. & Jensen, A. L. (2001). Child and adolescent psychotherapy in research and practice contexts: Review of the evidence and suggestions for improving the field. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 10, 12-18.
- 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., Weiss, B., & Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578-1585.
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.