**Название:** Психодинамическая психотерапия детей и подростков: обновленный повествовательный обзор доказательной базы

**Авторы:** Миджли, Ник; О’Киффи, Салли; Френч, Лорна; Кеннеди, Эйлис

**Источник:** Journal of Child Psychotherapy, 2017; v. 43 (3), p307, 23p

**ISSN:** 0075417X

**Тип документа:** Статья

**Язык:** английский

Аннотация: В то время как доказательная база психодинамической психотерапии взрослых на данный момент достаточно существенна, все еще не хватает исследований, которые бы оценили эффективность психодинамической психотерапии детей и молодых людей. Те исследования, которые уже проводились, тоже не имеют широкой известности. Чтобы помочь исправить второй пункт, в 2011 году мы провели обзор доказательной базы психодинамической психотерапии детей и подростков, в которой были рассмотрены 35 исследований, что вместе составило предварительную доказательную базу для этого типа терапии ряда детских расстройств. Настоящее исследование – это обновленный обзор публикаций, вышедших между мартом 2011 года и ноябрем 2016 года. В течение этого периода вышли 23 дополнительных исследования, из которых 5 являлись отчетами о рандомизированных контролируемых исследованиях, 3 были квази-экспериментальными контролируемыми исследованиями, и 15 – исследованиями-наблюдениями. Хотя в большинстве исследований речь шла о детях со смешанными диагнозами, в нескольких исследованиях рассматривались специфические диагностические группы, включая детей с депрессией, тревожными и разрушительными расстройствами. В то время как качество исследований было смешанным, некоторые были хорошо организованы и по ним были написаны качественные отчеты, с указанием на обещающие открытия. Тем не менее, требуются последующие высококачественные исследования, с тем, чтобы лучше понять эффективность психодинамической психотерапии для ряда разнообразных расстройств, и чтобы убедиться, что службы могут предлагать ряд видов терапии для детей и молодых людей, основанных на доказательных исследованиях.

**Номер доступа:** JCPTX.043.0307A

**Постоянная ссылка на статью:** http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pph&AN=JCPTX.043.0307A&authtype=shib&site=eds-live

**Для копирования:** <A href="http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pph&AN=JCPTX.043.0307A&authtype=shib&site=eds-live">Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base</A>

**База данных:** PEP Archive

**Психодинамическая психотерапия детей и подростков:
обновленный повествовательный обзор доказательной базыNaN**

Ник Миджли, автор, \*Автор-корреспондент. Email: Nick.Midgley@annafreud.org; Национальный детский и семейный центр Анны Фрейд, Лондон, Великобритания.

Салли О’ Киффи, автор; Национальный детский и семейный центр Анны Фрейд, Лондон, Великобритания.

Лорна Френч, автор; Национальный детский и семейный центр Анны Фрейд, Лондон, Великобритания.

Эйлис Кеннеди, автор; Национальный детский и семейный центр Анны Фрейд, Лондон, Великобритания.

В то время как доказательная база психодинамической психотерапии взрослых на данный момент достаточно существенна, все еще не хватает исследований, которые бы оценили эффективность психодинамической психотерапии детей и молодых людей. Те исследования, которые уже проводились, тоже не имеют широкой известности. Чтобы помочь исправить второй пункт, в 2011 году мы провели обзор доказательной базы психодинамической психотерапии детей и подростков, в которой были рассмотрены 35 исследований, что вместе составило предварительную доказательную базу для этого типа терапии ряда детских расстройств. Настоящее исследование – это обновленный обзор публикаций, вышедших между мартом 2011 года и ноябрем 2016 года. В течение этого периода вышли 23 дополнительных исследования, из которых 5 являлись отчетами о рандомизированных контролируемых исследованиях, 3 были квази-экспериментальными контролируемыми исследованиями, и 15 – исследованиями-наблюдениями. Хотя в большинстве исследований речь шла о детях со смешанными диагнозами, в нескольких исследованиях рассматривались специфические диагностические группы, включая детей с депрессией, тревожными и разрушительными расстройствами. В то время как качество исследований было смешанным, некоторые были хорошо организованы и по ним были написаны качественные отчеты, с указанием на обещающие открытия. Тем не менее, требуются последующие высококачественные исследования, с тем, чтобы лучше понять эффективность психодинамической психотерапии для ряда разнообразных расстройств, и чтобы убедиться, что службы могут предлагать ряд видов терапии для детей и молодых людей, основанных на доказательных исследованиях.

**Вступление**

Психодинамическая психотерапия детей и подростков – это подход к работе с молодыми людьми, который использует психоаналитические идеи, одновременно интегрируя идеи из других дисциплин, включая психологию развития, теорию привязанности и нейронауку (Lanyado and Horne, 2009; Alvarez, 2012; Kegerreis and Midgley, 2014). Несмотря на то, что термин «психодинамическая терапия» включает в себя целый ряд подходов, большинство из них разделяют то, что Кеджерис и Миджли (2014) описывают так:

…*центральная идея… что поведение, эмоции и реакции имеют внутреннюю логику и смысл – то, как проблемы ребенка, несмотря на то, что они очевидным образом не помогают, все же создают своего рода эмоциональный смысл. Их корни лежат во внутреннем мире ребенка, который строился из его самого раннего опыта и отношений*

 (Kegerreis and Midgley, 2014: 38).

По определению Ассоциации детских психотерапевтов, профессиональной организации детских психотерапевтов, работающих в психодинамическом подходе, в Великобритании, те, кто использует этот подход,…:

*… обучаются тому, чтобы внимательно наблюдать ребенка или молодого человека и отвечать на то, что они могут сообщать своим поведением и игрой. Через отношения с психотерапевтом и постоянный сеттинг ребенок или молодой человек может начать чувствовать себя способным выражать свои самые беспокоящие мысли и чувства. Смешанные, напуганные, раненные, гневные или болезненные чувства могут постепено быть выражены словами, а не через действия. Терапевт может помочь ребенку понять свой собственный опыт и развить собственную индивидуальность и потенциал*

 (Ассоциация детских психотерапевтов, 2016).

В 2011 году мы опубликовали критический обзор доказательных исследований в психодинамической психотерапии детей и подростков (Midgley and Kennedy, 2011). Этот обзор предлагает резюме и критическую оценку современной литературы, которая отвечает запросу исследования, и занимает важное место в исследованиях благодаря синтезу открытий из всех соответствующих исследований, с тем, чтобы установить, насколько эти исследования могут быть последовательно обобщенными для разных слоев населения, сеттингов и терапий. В обзорной статье 2011 года мы выделили 34 исследования, опубликованные до марта 2011 года, которые формально оценивали результаты терапии детей в возрасте от 3х до 18 лет. Из этих исследований 9 были рандомизированными контролируемыми исследованиями (РКИ), 3 имели свойства квази-экспериментальных исследований, 8 были контролируемыми наблюдениями и 14 были исследованиями-наблюдениями без контрольных групп. Психодинамическую терапию в группе или в формате диады, или терапию детей до трех лет предыдущее исследование не рассматривало, хотя доказательное исследование психодинамической психотерапии младенцев с родителями рассматривалось в мета-анализе, проведенням Барлоу и др. (2015).

Принимая во внимание практические и клинические смыслы обзора 2011 года, с осторожностью можно озвучить следующие выводы:

* Существующие исследования психодинамической терапии детей и подростков указывают на то, что такая терапия может быть эффективной для ряда детских расстройств, что было измерено валидированными, стандартизированными исследовательскими инструментами.
* Там, где были проведены прямые сравнения с другими формами терапии, выводы были смешанными, но психодинамическая терапия детей и подростков во всех статьях выглядит настолько же эффективной, как и другие виды терапии.
* Есть некоторые указания на то, что психодинамическая терапия, возможно, имеет паттерн влияния, отличный от других видов терапии. Например, в сравнении с системной семейной терапией, депрессивные дети восстанавливались быстрее в семейной терапии, в то время как в психодинамической терапии улучшения у детей наступали медленнее, но были более устойчивыми, у некоторых молодых людей улучшения продолжались после лечения.
* Похожий паттерн более постепенного улучшения, но с продолжающимся улучшением после окончания терапии, был обнаружен в исследовании детей с эмоциональными расстройствами, были представлены доказательства возможного эффекта долгосрочного влияния после окончания в психодинамической терапии.
* Кажется, что некоторые дети более чувствительны к психодинамической психотерапии, чем другие. Там, где возрастные группы сравнивались напрямую, оказалось, что младшие дети реагируют лучше, чем те, кто постарше, и вероятность улучений во время терапии снижалась с возрастом.
* Но также есть исследования, которые предполагают, что старшие дети и подростки тоже могут получать пользу от психодинамической психотерапии.
* Некоторые расстройства оказались более чувствительными к психодинамической терапии, чем другие. Дети с эмоциональными или интернализирующими расстройствами, кажется, реагируют лучше, чем дети с разрушительными или экстернализирующими расстройствами.
* Дети и подростки с разрушительными расстройствами более сложны во взаимодействии, и они с большей вероятностью оставляют психодинамическую терапию, но там, где они вовлечены в лечение, есть доказательства того, что оно может быть эффективным. Появляются доказательные исследования терапии детей и молодых людей с депрессией, что в Великобритании привело к тому, что психодинамическую психотерапию стали рассматривать как основанную на доказательных исследованиях в путеводителе по депрессии детей и подростков NICE (NICE, 2005) и как вариант лечения в Практических параметрах депрессивных расстройств Американской академии детской и подростковой психиатрии (Birmaher et al., 2007). В случаях, которые можно считать менее сложными, либо благодаря сеттингу, либо благодаря критериям отбора, показали себя эффективными краткосрочные и даже минимальные интервенции.
* Когда дети проявляют более выраженные трудности, например, расстройства поведения или более серьезные эмоциональные расстройства, может быть важной интенсивность терапии.
* Были некоторые указания на потенциально негативный эффект, например в случаях, когда психодинамическую психотерапию ребенка проводили без параллельной работы с родителями, это могло оказывать негативное влияние на функционирование семьи и более интенсивная работа могла в некоторых случаях усилить чувство «стигмы» подростка.

Ряд выводов про природу и качество исследований в этой области был сделан в предыдущей обзорной статье (Midgley and Kennedy, 2011). Ключевые пункты, которые там обсуждались, - это то, что исследования стремятся к работе с гетерогенными клиническими группами, сравнительному разнообразию проведенных интервенций, сравнительно небольшому количеству примеров и значительным методологическим ограничениям, что усложняет уверенные выводы из этих исследований. Более того, исследования часто не ссылаются друг на друга, не опираются на данные друг друга и составлены таким образом, как будто они не предполагают осмысленное сравнение результатов, ограничивая таким образом объединение знаний про доказательные исследования этого типа терапии детей и подростков.

С тех пор, как в 2011 году был опубликован обзор, продолжается оживленная дискуссия в этом поле, про науку и политику основанной на доказательных исследованиях практики, как в более широкой литературе про психическое здоровье детей (см., например, Kennedy, 2015), так и относительно поля психодинамической детской психотерапии в частности (Kegerreis, 2016; Rustin, 2016). Сюда относятся и дебаты про наиболее подходящие способы оценки эффективности терапии, и в частности о предпочтении рандомизированных контролируемых исследований (РКИ). Несмотря на осторожность мнений относительно возможности создания руководства по психодинамической терапии, после 2011 года были опубликованы несколько пособий по разным видам психодинамической психотерапии детей (например, Göttken and von Klitzing, 2013; Hoffman et al., 2015; Cregeen et al., 2016), и кроме того, были опубликованы еще два обзора доказательных исследований психодинамической терапии детей, в каждом из которых фокус несколько отличался от других, и они пришли к несколько разным выводам. Принимая во внимание важность этих обзоров, мы уделим каждому из них более пристальное внимание.

Обзор Палмер и др.. (2013) представляет большой интерес, потому что он включает много тех же исследований, что и статья 2011 года, и, тем не менее, приходит к несколько иным выводам. Как таковой, он иллюстрирует ту идею, что даже если использовать системный подход, можно прийти к несколько иным выводам на основе тех же исследований. Это, возможно, было следствием разных критериев выборки в двух обзорных статьях (см. ниже), но также отражает тот факт, что даже систематические обзоры включают в себя вынесение суджений, и таким образом результаты исследований могут быть интерпретированы по-разному.

Палмер и ее коллеги поставили себе цель определить, описать и сделать обзор исследований, опубликованных до мая 2012 года, оценивая действенность и/или эффективность психодинамической терапии детей и подростков с проблемами психического здоровья посредством высоко-систематического обзора соответствующих баз данных. В отличие от нашего обзора 2011 года, обзор Палмер включал исследования, которые оценивали психодинамическую групповую терапию или терапию в формате родитель-ребенок, и также включал «исследования, изучающие эффективность терапии, интегрирующей значительные психодинамические компоненты в мультимодальном подходе» (там же: 154), такие как стационарное лечение со знанием психодинамического похода, или же семейная терапия на основе теории привязанности (Diamond, 2014). Они обосновали более широкий диапазон исследования тем, что различия между разными модальностями терапии более не являются настолько ясными, как раньше, и многие виды терапии, такие как терапия на основе ментализации, широко интегрируют психодинамический подход с элементами других эффективных терапий. Чтобы улучшить прозрачность процесса обозрения, Палмер и ее коллеги также использовали РКИ-ОШКП (RCT-PQRS), оценочную шкалу качества психотерапии для рандомизированных контролированных исследований (Gerber et al., 2011), эта шкала была разработана, чтобы оценивать качество РКИ, она состоит из 24 пунктов, относящихся к организации исследования, отчетности и исполнению.

Основываясь на своем обзоре, Палмер и ее коллеги (2013) пришли к следующим ключевым выводам (там же: 175):

* В настоящее время существуют некоторые доказательства в поддержку использования психодинамической психотерапии для детей, чьи проблемы либо интернализированы, либо смешаны, но содержат элемент тривоги и эмоционального расстройства.
* Также есть доказательство того, что поддержка и участие родителей является важным аспектом такой терапии.
* Есть доказательства того, что поведенческие проблемы более резистентны как минимум к классическому, ориентированному на инсайт, психодинамическому подходу.
* В соответствии с объединением семейного и индивидуального подходов в одну группу, доказательства более сильны для младших детей, где родители практически всегда включаются в терапию, и где диадическая терапевтическая модель, исследующая динамики отношений родитель-ребенок может оказать особую помощь.

Авторы заключают обзор заявлением, что в свете ограничений доказательной базы для когнитивной поведенческой терапии (КПТ) тяжелых детских расстройств, все еще требуется дальнейшее исследование эффективности альтернативних методов лечения, включая психодинамическую терапию. Но, несколько противореча самим себе, они предполагают, что:

*…техники, которые появились как часть этого подхода, будут использоваться и в дальнейшем (они эффективны, и клиницисты, будучи прагматичными людьми, будут продолжать их исследовать и использовать), но они будут все сильнее поглощаться альтернативными моделями, и уникальный подход, предложенный Фрейдом и описанный в этой статье, возможно, более не будет существовать.*

 (Palmer et al., 2013: 175)

В том же году, когда был опубликован обзор Палмер и др.., Аббасс и его коллеги опубликовали метаанализ, который конкретно фокусировался на доказательных исследованиях краткосрочной психодинамической психотерапии (КСППТ) детей и подростков (это индивидуальная терапия длительностью менее 40 сессий) (Abbass et al., 2013). Для того, чтобы обнаружить разницу между терапевтическими группами в исследованиях результатов, требуется значительная статистическая сила. Принимая мета-аналитический подход, авторы смогли объединить результаты ряда разных исследований, таким образом помогая решать проблему слабой статистической силы, которая ослабляет многие исследования результатов психодинамической психотерапии. Несмотря на то, что авторы включили меньшее количество исследований (11), это все были рандомизированные контролируемые исследования, которые в общем считаются «золотым стандартом» в исследовании результатов психотерапии. Авторы провели анализ чувствительности и оценили риски тенденциозности в каждом исследовании, включенном в обзор. Ключевые выводы исследования Аббасса и его колег следующие:

* 11 исследований включают 655 пациентов с широким спектром состояний, включая депрессию, тревожные расстройства, нервную анорексию и пограничное расстройство личности.
* Наблюдался сильный (g = 1.07, 95% CI: 0.80–1.34) объем влияния внутри группы, что позволяет предположить, что терапия может быть эффективной.
* Эти результаты усиливались в последующих исследованиях по сравнению с исследованиями сразу после терапии (в целом, g = 0.24, 95% CI: 0.00– 0.48), что позволяет предположить, что тенденция к увеличению нарастает.
* КСПП не выделяли из преимущественно сильных компараторов терапии, но были отмечены некоторые внутригрупповые различия.
* Как и в других обзорах, описанных здесь, авторы отметили, что гетерогенность была высокой среди большинства анализов, что предполагает, что эти данные следует интерпретировать с осторожностью.

Наверное наиболее любопытное открытие, которое было общим для всех трех обзорных статей, - это то, что была обнаружена поддержка эффекта долгосрочного влияния после окончания психодинамической психотерапии, благодаря котрому польза терапии продолжает увеличиваться после окончания терапии. Такой же вывод был сделан и в более широком обзоре консультирования и терапии детей и молодых людей (McLaughlin et al., 2013), хотя он преимущественно и основывался на обзоре тех же исследований.

В то время как эти открытия предполагают, что модальность этой терапии потенциально эффективна для помощи в целом спектре психологических проблем, с длительным эффектом, сложно следать уверенные выводы, потому что литературы очень мало, и не хватает исследований высокого качества. Большинство исследований имеют малую выборку, многие из них проводились в натуралистическом сеттинге, без подходящих контрольных групп и ограничения обобщаемости. Недостаточно количество высококачественных исследований, которые бы использовали сравнимые виды терапии, чтобы объединить результаты и сделать уверенные выводы про действенность и эффективность психодинамической психотерапии для каждого расстройства (Abbass et al., 2013; Palmer et al., 2013). Тем не менее, наша статья 2011 года завершается замечанием, что количество исследований действенности и эффективности психодинамической терапии детей и подростков возрастает из десятилетия в десятилетие, начиная с 1970х, и что во время написания обзора в 2011 году проводились исследования, которые оценивали психодинамическую терапию детей со специфическими диагностическими группами, и что в этих работах использовали более точные методы исследования. С того времени большинство этих исследований были завершены, и через шесть лет продолжаются доказательные исследования этой модальности терапии. Примечательно, что недавно было опубликовано исследование IMPACT, самое крупное исследование психоаналитической психотерапии подростков, что стало ключевым моментом в доказательных исследованиях этого типа терапии.

Принимая во внимание быстрое развитие в этой области, есть необходимость в обновленном обзоре доказательных исследований. Таким образом, целью этой обзорной статьи является представить более современную информацию про доказательные исследования психодинамический психотерапии детей и подростков, опубликованные после марта 2011 года, с использованием той же методологии, что и в нашей предыдущей работе. В частности, цели нашего обзора следующие:

1. Определить и описать исследования эффективности/действенности психодинамической психотерапии детей и подростков, опубликованные после марта 2011 года.
2. Изучить результаты в разных клинических группах детей и подростков.
3. Оценить, насколько эти новые исследования поддерживают, опровергают или дополняют выводы, которые мы сделали в более раннем обзоре (2011).
4. Дополнительной целью этого исследования, не представленной в предыдущем обзоре, было оценить качество каждого исследования, включеного в обзор, по Шкале качества данных (Becker and Curry, 2008).

**Методы обзора**

Поскольку эта статья является обновленим статьи 2011 года, методы обзора в этом исследовании соответствуют методам Миджли и Кеннеди (2011). Мы придерживались стратегии исследования, которая была обозначена в боее ранней публикации (Kennedy, 2004), охватывая период с марта 2011 года по ноябрь 2016 года, и включая первые онлайн-публикации (таким образом, даты выхода статьи могут выходить за пределы непосредственного периода поиска). Были просмотрены ключевые психологические и психиатрические базы данных, с использованием тех же поисковых терминов, что и в публикации 2004 года. Типами публикаций, которые мы включили, были: клинические эксперименты, экспериментальные, последующие, лонгитюдные, проспективные исследования и исследования результатов лечения. Единственное отличие методов обзора по сравнению с предыдущей обзорной статьей заключалось в добавлении систематической оценки качества каждого исследования, как описано более детально ниже.

 **Критерии включения и исключения**

Критерии включения и исключения для этого обзора следовали критериям обзора 2011 года, а именно:

1. *Возраст.* Исследования детей и подростков включали такие, где большинство участников были в возрасте от 3 до 18 лет, и не было ни одного участника старше 25 лет. Исследования, которые занимались детско-родительской работой, были исключены.
2. *Интервенции.* Включались исследования, в которых рассматривалась психодинамическая или психоаналитическая психотерапия. Включались длительные и краткосрочные виды терапии. Включались исследования, где исследователи определяли терапию как психодинамическую или психоаналитическую, и исключались такие, где не уточнялось, что терапия была психодинамической или психоаналитической.
3. *Фокус исследований.* Включались исследования, если они в первую очередь были направлены на оценку результатов терапии. Исключались исследования, направленные на процесс терапии и отчеты по клиническим случаям.
4. *Качество исследований.* Не исключались исследования на основании качества, но каждое исследование, которое отвечало критериям включения для этого обзора, оценивалось согласно его качеству.
5. *Другие критерии.* Систематически включались публикации на английском языке, хотя если во время поиска определялись исследования на других языках, их тоже включали. Включались дополнительные исследования, если они определялись по ключевым информантам. Включались неопубликованные исследования, но они не определялись как таковые.

**Извлечение данных**

Исследования, которые отвечали критериям включения для этого обзора, были обобщены, и их результаты представлены в таблице извлечения данных (Таблица 1А, см. Приложение). Предпринималась критическая оценка каждого иследования. Исследования были оценены по качеству с использованием разработанного с этой целью опросника, оценивающего исследования по 14 методологическим признакам, которые оцениваются как соответствующие (1) или несоответствующие или неясные (0). Один пункт имеет возможный рейтинг от 0 до 2, основанный на анализе «от намерения до терапии» (intention-to-treat analysis, ITT) (2 = анализ от намерения до терапии; 1 = анализ доступных случаев; 0 = анализ завершенных случаев). ITT влючает всех субъектов согласно их рандомизированной терапевтической задаче, что обеспечивает подобие терапевтических групп. Эти рейтинги обеспечивают качество доказательной шкалы (КДШ), когда более высокий балл говорит о более высоком качестве исследования (Becker and Curry, 2008). Требования к «высокому качеству» исследования включают: достаточно большую выборку, чтобы выявить разницу между группами; случайное распределение ветвей терапии; слепая результирующая оценка распределения терапии; использование стандартизированных измерителей результатов; использование терапии по пособию; верность терапии оценивается независимыми оценщиками; длительный период перед повторным исследованием. Из этих критериев следует, что большинство натуралистических исследований до и после результатов будут оцениваться ниже, чем рандомизированное контролируемое исследование, потому что несколько свойств «высококачественного исследования» (например, случайное распределение) не присущи натуралистическим исследованиям результатов.

Второй автор оценил рейтинг исследований, и во второй раз их оценил третий автор. Межрецензионная надежность между оценщиками оказалась отличной. Рейтинги исследований представлены в Таблице 2А (см. Приложение).

**Открытия этого обзора: результаты для детей и молодых людей**

23 исследования соответствовали критериям включения в данную обзорную статью. Ниже следует критическое обсуждение этих статей относительно специфических диагностических групп, которые в них описаны.

**Смешанные диагнозы**

Большинство исследований, включенных в эту обзорную статью, были натуралистическими, и поэтому они описывали результаты детей, предъявлявших целый ряд трудностей и получавших психодинамическую психотерапию.

Единственное исследование смешанных диагнозов с РКИ было проведено в Германии. В этом исследовании изучали результаты психодинамического лечения в стационаре, у подростков, которые отвечали критериям смешанных поведенческих и эмоциональных расстройств в начале исследования. 68 подростков (от 14 до 19 лет) участвовали в эксперименте, и были рандомизированы на тех, кто получал психодинамическое лечение в стационаре, и тех, кто находился в списках ожидания, после чего они тоже получали стационарное лечение (Salzer et al., 2013). Авторы описывают организацию исследования как «гибридное РКИ действенности и эффективности», целью которого было соединить в себе сильные стороны РКИ и исследования эффективности. В терапевтической группе были значительно более высокие показатели ремиссии (OR = 26.41), и значительно лучшие результаты по Опроснику преимуществ и недостатков (SDQ; Goodman, 1997) (d = 0.90). Этот эффект остался неизменным при последующем измерении показателей через шесть месяцев. Терапевтическая группа не имела значительно более высоких показателей, чем контрольная группа, по Индексу общей серьезности расстройств (GSI), индикатору психологического дистресса. Это перовое контролируемое исследование выборки со значительной коморбидностью, которое представляет предварительные доказательства пользы в использовании психодинамической терапии для молодых людей с комплексними трудностями.

Другие исследования смешанных диагнозов использовали натуралистический и наблюдательный подходы. Стефини и коллеги провели исследование на гетерогенной выборке 71 детей и подростков (6-18 лет), которые отвечали критериям умственного расстройства по определению МКБ-10. Учасники имели ряд представленных проблем (51% проблем внутреннего характера, 11% проблем внешнего характера, 38% смешанных диагнозов). Они получали длительную психодинамическую психотерапию в среднем по 82 сессии (SD = 52.6) (Stefini et al., 2013). Три четверти участников получили надежные и клинически значимые изменения (ES = 1.95), измеренные Шкалой серьезности нарушения детей и подростков (SIS-CA). Дальнейшие успехи были получены в повторном исследовании через год, где выяснилось, что 87% достигли хороших результатов по SIS-CA. На исходном уровне, 22.5% испытуемых были оценены как такие, которые имеют надежную привязанность. В конце терапии количество детей с надежной привязанностью розросло до 63.4%, и эта цифра поднялась до 76.6% через год после окончания лечения. Авторы пришли к выводу, что можно поддержать гипотезу, что длительная психоаналитическая терапия может смещать привязанность клиента в сторону надежного типа. Учасники как с надежной, так и ненадежной привязанностью успешно получили помощь в психоаналитической терапии в этом исследовании, но тем, чья привязанность была ненадежной, потребовалось больше сессий, чем тем, кто был надежно привязан. Исследование имело ограничения вследствие отсутствия контрольной группы, и, примечательно, исследование также использовало меру привязанности, разработанную специально для этого исследования: Гейдельбергский рейтинг стиля привязанности для детей и подростков (HASR-CA), – вместо существующей и валидизированной меры привязанности, что усложняет возможность сделать уверенные выводы из этого исследования. Требуются дальнейшие исследования с использованием валидированных измерителей привязанности.

Еще одно исследование-наблюдение было проведено на выборке 218 участников в возрасте от 14 до 24 лет (Edlund and Carlberg, 2016), которые получали психодинамическую психотерапию в натуралистическом сеттинге. Авторы докладывают, что участники показали значительное улучшение в общем функционировании с большими размерами изменений, измеренных шкалами CGAS (d = 1.54) и GAF (d = 2.02), а также снижение серьезности симптома со средне-большой эффективностью, измеренной SCL-90 (d = 0.76) в конце терапии. Те, кто получал более длительную терапию, показали больше улучшений, чем те, чья терапия была короче по времени. Это было натуралистическое исследование, рассматривавшее случаи из клиники в Швеции между 2002 и 2009 годами. Тем не менее, важно отметить ограничения этого исследования, так как не было контрольной группы, участники не проходили повторных тестирований через некоторое время после окончания терапии, и исследователи исключали из анализа участников, которые посетили менее шести сессий.

Еще одно натуралистическое исследование с выборкой в 207 участников от 4 до 12 лет (Edlund et al., 2014) выяснило, что психодинамическая психотерапия связана со значительным улучшением в функционировании, согласно с измерениями по шкале CGAS, с большим размером эффективности (d = 1.35). Авторы утверждают, что 40% участников получили клинически значимые изменения по шкале CGAS. Размеры эффективности были большими для всех диагностических групп (тревога; дефицит внимания и разрушительное поведение; глубинные расстройства развития; расстройства адаптации). Улучшения были измерены по субшкалам SDQ, и размер эффективности оказался низко-средний (d = 0.21–0.50). Младшие дети (от 4 до 6 лет) показали больше улучшений в общем функционировании в конце терапии, чем старшие дети (10-12 лет). Исследование было натуралистичным, проводилось ретроспективно, с использованием баз данных клинических исследовний. Это было неконтролируемое исследование, без контрольной группы и без опроса через некоторое время после окончания терапии, что ограничивает меру того, насколько могут быть сделаны какие-либо уверенные выводы из этого исследования.

Одно исследование 28 молодых людей, которые получали психодинамическую психотерапию, выяснило, что подростки, их родители и терапевты отмечали значительное уменьшение симптоматики к окончанию терапии, сравнительно с исходными мерами соматических, ментальних и социальных сложностей. Сила этого исследования в том, что изменения были отмечены с разнообразных точек зрения (Seiffge-Krenke and Nitzko, 2011). Авторы докладывают о состоянии участников в списке ожидания, но не докладывают о результатах контрольной группы, и таким образом, несмотря на то, что исследование указывает на эффективность терапии, нельзя сделать вывод, что эти улучшения превосходили то, что могло бы наблюдаться в результате спонтанной ремиссии.

Две публикации стали результатом натуралистического исследования подростков, которые получали психодинамическую психотерапию в амбулаторной клинике в Израиле. Выборка состояла из 72 подростков (в возрасте от 15 до 18 лет), и группа для сравнения состояла из не-клинической контрольной группы жителей этого территориального сообщества. Авторы докладывают, что подростки в терапии стали менее ригидными в межличностных паттернах поведения, и у них наблюдалось значительное улучшение симптомов. Подобных изменений не наблюдалось на выборке жителей территориального сообщества (Atzil-Slonim et al., 2011). Во второй опубликованной статье по этому исследованию внимание уделялось изменениям подростков во внутренних репрезентациях отношений с родителями. Авторы утверждают, что внутренние репрезентации подростков отношений с родителями значительно изменились в ходе терапии, поскольку терапевтическая группа стимулировала увеличение числа «близких и поддерживающих взаимодействий» и сокращение репрезентаций брошенности (Atzil-Slonim et al., 2013). Ограничения этого исследования состоят в отсутствии клинической контрольной группы, что делает невозможной фиксацию потенциально возможных спонтанных изменений среди пациентов клиники. Авторы также исключили из анализа тех пациентов, кто бросил терапию.

Натуралистическое исследование, проведенное через некоторое время после окончания терапии, которое опиралось на больничные отчеты в детском психиатрическом отделении, рассмотрело результаты всех детей до 16 лет между 1996 и 2005 годами, которые получали индивидуальную психотерапию. Их выборка составила 118 детей (в возрасте от 4 до 15 лет), и группу для сравнения из 118 детей того же возраста и пола, которые получали другие виды психосоциальной помощи (Ryynänen et al., 2015). В то время как это исследование не было специфически о психодинамической терапии, 93% терапевтов работали в психодинамическом подходе. Авторы выяснили, что дети с интернализированными проблемами лучше всего отвечали на психотерапию, в то время как интервенции в связи с домашним насилием и защитой детей ассоциировались с худшими прогнозами среди пациентов психотерапии. Поскольку это исследование основывалось на больничных отчетах, оно отражает рутинную клиническую практику, и тем не менее выводы, которые можно сделать, ограничены, поскольку, хотя 93% терапевтов определялись как психодинамические терапевты, мера, в которой они пользовались психодинамической моделью в этих случаях, неизвестна, потому что соответствие терапии требованиям психодинамической терапии не измерялось. Еще одно ограничение этого исследования состоит в том, что изучение длительных последствий проводилось на больничных отчетах про последующее психиатрическое лечение. Таким образом, неизвестно, искали ли клиенты в будущем помощи где-либо еще, или у них в будущем возникали проблемы, с которыми они не обращались за помощью.

Небольшое по масштабу исследование ставило себе целью изучить выполнимость целей терапии и ее клиническую пользу с помощью Измерителя результатов на основе поставленных целей (GBOM; Law, 2009), коллаборативного измерителя для пациентов и клиницистов для совместного использования, чтобы устанавливать адекватные и достижимые цели в терапии. Цели оцениваются по шкале 0-10, где 0 отражает ситуацию, когда пациент вообще не взаимодействовал с целью, а 10 отражает полностью осуществленную цель. 34 участника, получающие психоаналитическую психотерапию (индивидуальную или групповую) в сеттинге CAMHS в Великобритании использовали измеритель GBOM (Emanuel et al., 2014). Среднее значение улучшения было 3.2 пункта по шкале, что достигло статистической значимости. Это предполагает, что психоаналитическая терапия принесла этим молодым людям пользу в рамках их собственных целей, поставленных перед терапией. Тем не менее, важно отметить, что это исследование не ставило перед собой специальной цели сделать отчет по результатам психоаналитического лечения, поскольку фокус был на отчете о целесообразности использования GBOM, поэтому на данном этапе непонятно, что должно считаться клинически значимым изменением на этом измерителе. Более того, отсутствие контрольной группы делает невозможным понимание, какие спонтанные улучшения могли наблюдаться у тех, кто не получал терапию.

Еще одно исследование-наблюдение было проведено для того, чтобы исследовать психодинамическую психотерапию на выборке из 30 детей и подростков (Krischer et al., 2013). Авторы докладывают о значительных улучшениях по шкале CBCL, со средними значениями эффекта, хотя по оценкам родителей, качество жизни не улучшилось в течение терапии. Но у этого исследования была маленькая выборка, и не было контрольной группы.

Недавно было опубликовано исследование-наблюдение, в котором авторы описывают результаты 23 детей и подростков, которые получали еженедельную психодинамичпескую психотерапию, и их родители получали поддерживающие сессии каждые две недели паралельно с терапией их детей (Gatta et al., 2016). Через год после окончания терапии было обнаружено статистически значимое снижение количества интернализированных симптомов. Авторы также оценивали семейные взаимодействия в течение терапии, из чего они выяснили, что семейные взаимодействия остались почти неизменными через год. Исследование было пилотным, на небольшом масштабе, без контрольной группы, что ограничивает выводы, которые могут быть из него сделаны.

Одно исследование включало в себя пост-экспериментальные проверки через длительный период после окончания терапии с 8 клиентами мужского пола, которые получали психоаналитическую психотерапию в подростковом возрасте с рядом проблем психического здоровья (Sugar and Berkovitz, 2011a). Они заполнили опросник между 20 и 30 годами после начала их подростковой психоаналитической психотерапии. Авторы пишут, что у некоторых участников опроса были хорошие результаты и удовлетворительная зрелость, а у тех, чьи результаты были хуже, были также хуже отношения с терапевтом, более серьезные симптомы и физическое заболевание в подростковом возрасте. Преимуществом этого исследования является долгосрочная пост-экспериментальная проверка, но это было неконтролированное исследование и авторы не использовали стандартизированных измерителей резульататов, что усложнаяет выведение сильных выводов из этого исследования.

**Депрессия**

Три исследования в обзоре специально фокусировались на психодинамической психотерапии в лечении депресии.

Самое большое и лучше всего организованное РКИ-исследование психоаналитической психотерапии на сегодня – это исследование IMPACT; это прагматическое исследование, которое сравнивает два специализированных вида терапии, КСППТ и КПТ (краткосрочную психоаналитическую психотерапию и когнитивно-поведенческую терапию) с краткой психосоциальной интервенцией (КПСИ), в лечении депрессии подростков (в возрасте от 11 до 17 лет) (Goodyer et al., 2017). 465 участников, которые отвечали критериям от средней до сильной депрессии, были приглашены в исследование. Участники имели клинические направления, таким образом эта выборка отражает клиентов, которых регулярно направляют в национальную медицинскую службу Великобритании, где 47% молодых людей, получающих КСППТ, имеют один или более диагноз коморбидного расстройства (чаще всего это генерализированное тревожное расстройство, социофобия, посттравматическое стрессовое расстройство и оппозиционно-вызывающее расстройство), у 35% есть зарегистрированная попытка суицида в течение жизни, и 54% имели эпизоды самоповреждения несуицидального характера.

Молодые люди во всех трех ответвлениях исследования, как выяснилось, имели длительное уменьшение депрессивных симптомов. КСППТ оказалась настолько же эффективной, как и КПТ, и КПСИ по критерию сохранения депрессивных симптомов через год после окончания терапии. Не было значительной разницы в общей цене между тремя группами терапии к концу исследования. Хотя не было обнаружено превосходства КСППТ над другими видами терапии в долгосрочной перспективе, 85% подростков, получавших КСППТ, более не соответствовали диагностическим критериям депрессии через год после окончания терапии, по сравнению с 75% и 73% КПТ и КПСИ. Эта разница не считается статистически значимой, но она указывает на эффективность КСППТ по отношению к долгосрочной ремиссии депресиии.

У молодых людей, получавших КСППТ, наблюдались дополнительные улучшения, включая сокращение симптомов тревожности у 59%, сокращение обсессивно-компульсивных симптомов у 43%, сокращение дефектов функционирования у 45%, что по количеству сходно с улучшениями, которые наблюдались после двух других направлений терапии. Только 4% молодых людей в КСППТ терапии вернулись к прежним симптомам через год, по сравнению с 11.6% после КПСИ и 16.5% после КПТ. Тем не менее, это исследование не было направлено на сравнение диагностических ремиссий у терапевтических групп, и эта разница не является статистически значимой. Но, все-таки, результаты этого исследования на сегодня являются самым сильным доказательством долгосрочной эффективности психоаналитической психотерапии в лечении подростковой депрессии, что можно наблюдать на ряде симптомов. Сильной стороной этого исследования является большая выборка, долгосрочная пост-экспериментальная проверка, использование стандартизированных измерителей результатов, тот факт, что оценивающие результаты специалисты не имели данных про то, результаты какого вида терапии они оценивают, и что верность терапии оценивалась независимыми оценщиками.

В обзорной статье 2011 рассматривалось РКИ Тровелла и др.. (Trowell et al., 2007), где проводили сравнение психодинамической психотерапии и семейной терапии для лечения депрессии детей и подростков. С тех пор было опубликована статья, в которой описаны второстепенные темы для анализа по тем же данным. Этот второстепенный анализ был посвящен влиянию психодинамической психотерапии и семейной терапии на самооценку и социальную адаптацию (Kolaitis et al., 2014). Авторы обнаружили значительные улучшения депрессивных состояний, самооценки и социальной адаптации в конце терапии и через шесть месяцев после окончания в двух направлениях терапии, и сделали предположение, что оба типа терапии равно-эффективны для этих сфер. Авторы также нашли значительную взаимосвязь между типом терапии и социальной адаптации с друзьями, выяснив, что социальная адаптация с друзьями сильнее улучалась у тех, кто получал психодинамическую психотерапию, а не у тех, кто был в направлении семейной терапии.

Небольшое исследование было опубликовано в 2013 году, в нем описывались результаты 53 детей и молодых людей (от 3 до 21 лет), которые приняли участие в квази-рандомизированном исследовании (Weitkamp et al., 2014). Участников разделили на тех, кто получал психоаналитическую психотерапию и тех, кто пока был в списке ожидания. В конце терапии наблюдалось уменьшение депрессивной патологии в терапевтической группе, со значительным коэффициентом эффективности по отчетам детей (d = 0.81) и родителей (d = 1.09). Значительное уменьшение депрессивной патологии также было обнаружено в группе ожидания, судя по отчетам родителей (d = 0.64), но не по отчетам самих детей. В терапевтической группе также было отмечено улучшение качества жизни в пределах от среднего до высокого коэффициента эффективности (по отчетам детей d = 0.56; по отчетам родителей d = 0.83). По результатам опроса через год после окончания терапии, 53% терапевтической группы не имели никаких психиатрических расстройств, что предполагает потенциал стабильного долгосрочного эффекта психоаналитической психотерапии. Тем не менее, данные про качество жизни или про длительные психиатрические диагнозы не известны в группе ожидания. В то время как это исследование и далее поддерживает использование психоаналитической психотерапии для молодых людей с депрессией, нельзя сделать уверенного вывода из этого исследования, потому что его сила недостаточна, и данные доступны в ограниченном количестве, поскольку контрольная группа в списке ожидания и участники не были рандомизированы на терапевтические группы, и их помещение в группы зависело от доступности клиницистов.

Если их объединить с исследованиями, описанными в нашем обзоре 2011 года, эти дополительные исследования поддерживают точку зрения, что молодые люди с депрессией средней и высокой степени тяжести имеют как минимум настолько же хорошие результаты в психодинамической терапии, как и в других подходах, таких как КПТ и семейная терапия; и согласно с инструкцией Национального института качества охраны здоровья (НИКОЗ, NICE) КСППТ должна быть доступна как часть клинической помощи населению. Тем не менее, тот факт, что психодинамическую психотерапию не сравнивали с результатами у групп в списках ожидания или групп, которые не получали терапии в рандомизированных контролируемых исследованиях, ограничивает уверенность, с которой мы можем сделать вывод, что КСППТ является причиной наблюдаемых клинических изменений, что объясняет, почему психодинамическая терапия не фигурировала как эмпирически доказанное лечение в сетевом метаанализе, проведенням Жу и др.. (Zhou et al., 2015).

**Самоповреждения**

Единственное исследование в этом обзоре, которое рассматривало лечение, направленное на уменьшение самопрвреждений, сравнивало Терапию ментализации для подростков (MBT-A) с Обычной терапией (TAU). MBT-A длилась один год, соответствовала пособию, это была психодинамическая терапия, которая состояла в еженедельных индивидуальных сессиях и ежемесячных семейных сессиях. 80 участников были приглашены в это прагматическое РКИ (Rossouw and Fonagy, 2012). Авторы обнаружили значительное уменьшение самоповреждений и рискованного поведения в обеих группах (измеренное Опросником рискованного поведения и самоповреждений, RTSHIA; Vrouva et al., 2010). Эти уменьшения были значительно большими в группе MBT-A (с психодинамической психотерапией), где выздоровели 44%, по сравнению с 17% в группе TAU. В группе MBT-A также наблюдались умеренно более высокие показатели улучшения по шкалам депрессии, по сравнению с группой TAU (d = 0.49). Никакой разницы в показателях рискованного поведения между двумя группами не было отмечено спустя 12 месяцев, хотя важно отметить, что группа MBT-A изначально состояла из более склонных к риску участников, чем группа TAU. В целом, исследование обнаружило скромные показатели эффективности, но предполагает потенциал в этой терапии для уменьшения самоповреждений у молодых людей. Это было хорошо организованное исследование, и, тем не менее, у него была относительно небольшая выборка и оно является единственным исследованием психодинамического лечения самоповреждений у молодых людей. Для того, чтобы усилить доказательную базу по лечению самоповреждений, требуются исследования большего масштаба.

**Тревожные расстройства**

Два исследования проводились на выборках молодых людей с тревожными расстройствами, и оба были пилотными исследованиями с маленькими размерами выборки. Первое из этих исследований рассматривало мануализированную психодинамическую психотерапию, которая предоставлялась два раза в неделю в течение 12 недель (Milrod et al., 2013). Участвовали 10 детей от 8 до 16 лет, и у всех у них был диагноз тревожное расстройство. За исключением одного участника, который прекратил терапию раньше, все остальные участники более не подходили под критерии их исходного диагноза в конце терапии, и при измерении результатов были обнаружены клинически значимые улучшения, включая симптомы тревоги и общее функционирование. Эти достижения сохранились и при повторном тестировании через 6 месяцев после окончания терапии. Тем не менее, исследование было ограничено очень маленьким объемом выборки и отсутствием контрольной группы.

Ограничения предыдущего исследования в некоторой степени были устранены в следующем исследовании, в котором использовалась квази-экспериментальная организация. Участвовали 30 детей в возрасте от 4 до 10 лет, которые отвечали критериям тревожного расстройства. Для 18 предложили 20-25 сессий Психоаналитической детской терапии (PaCT), а 12 поместили в контрольную группу списка ожидания, после чего они также получили PaCT (Göttken et al., 2014). PaCT – это основанная на игре и ориентированная на эмоции мануализированная психоаналитическая терапия. По результатам анализа, 60% детей из терапевтической группы более не соответствовали диагностическим критериям тривожного расстройства, в то время как в группе ожидания ни один из участников не вошел в ремиссию до окончания ожидания. Улучшения, отмеченные родителями и учителями, были статистически значимими по субшкалам SDQ, как и интернализированные проблемы детей, измеренные Опросником Беркли Паппет (Berkeley Puppet Interview, BPI; Measelle et al., 1998). Через шесть месяцев после окончания терапии, эффект лечения удерживался согласно опросам родителей и учителей, хотя опрос самих детей не показал значительного результата терапии. Не было доказательств эффекта долгосрочного влияния после окончания психодинамической психотерапии в этом исследовании. Ограничения этого исследования были такими: маленькая выборка и то, что участники не были рандомизированы, направление в группу терапии или ожидания определялось доступностью терапевтов и оценщики результатов были в курсе принадлежности ребенка к той или иной группе (это не была слепая оценка), что создает определенный риск предубежденности в этом исследовании. Хотя эти исследования и предлагают предварительную поддержку исследования психоаналитической психотерапии в лечении тревожного расстройства у детей и подростков, эти исследования не были контролируемыми и проводились на малых выборках, так что невозможно сделать уверенных выводов про эффективность психоаналитического лечения тревожных расстройств.

**Расстройства деструктивного поведения**

Одно исследование рассматривало психоаналитическую психотерапию в лечении расстройств деструктивного поведения. В этом контролируемом исследовании-наблюдении участвовали 73 ребенка в возрасте от 6 до 11 лет, с оппозиционно-вызывающим расстройством и/или с расстройством дефицита внимания и гиперактивности (Laezer, 2015). Участников распределили на тех, кто получал психоаналитическую психотерапию, и тех, кто получал поведенческую терапию и/или медикаменты. Обе терапевтические группы продемонстрировали значительное уменьшение симптомов, и между двумя группами не было значительной разницы. Интересным результатом этого исследования было то, что большинство детей из бихевиорально-медикаментозной группы все еще получали медикаменты в исследовании после завершения основной терапии, при этом их результаты не были лучше, чем в группе психоаналитической психотерапии. Авторы отмечают, что обычно предполагают, что психоаналитическая психотерапия занимает больше времени, чем другие формы лечения, в то время как на самом деле медикаментозное лечение оказалось самым долговременным типом лечения, и предполагают, что психоаналитическая психотерапия может стать жизнеспособной альтернативой медикаментозному лечению. У этого исследования была относительно небольшая выборка и распределение по типам лечения было натуралистическим, поэтому результаты этого исследования следует рассматривать как предварительные, и в последующих исследованиях следует использовать организацию РКИ.

**Расстройства личности**

Два исследования были посвящены психодинамической психотерапии в лечении пограничного расстройства личности. Одно из них было исследованием-наблюдением над 28 участниками, которые получали психодинамическую психотерапию (Salzer et al., 2014). В конце лечения 39% участников вошли в ремиссию и у них наблюдались статистически значимые улучшения по ряду других шкал. Это исследование можно рассматривать как предварительную поддержку использования психодинамической психотерапии в лечении личностных расстройств. Тем не менее, принимая во внимание маленькую выборку, отсутствие контрольной группы и долгосрочного пост-экспериментального исследования, требуется дальнейшее исследование, чтобы сделать какие-либо выводы про эффективность этой терапии для этой клинической группы пациентов.

Второе исследование описывает трех девушек, которые получали лечение пограничного расстройства личности в подростковом возрасте, и потом прошли тестирование через 15-20 лет после окончания терапии. Авторы пришли к выводу, что эти три женщины считались достигшими ремиссии и вели «удовлетворяющую, успешную взрослую жизнь, несмотря на то, что не окончательно освободились от психопатологии» (Sugar and Berkovitz, 2011b: 6). Невозможно прийти к уверенным выводам из этого неконтролируемого исследования из-за маленькой выборки, отсуствия контрольной группы или стандартизированного измерения результатов.

**Дети под опекой**

В одном исследовании рассматривались результаты детей, которые получили длительную психоаналитическую, ориентированную на отношения игровую терапию. Интервенция была длительной, она длилась «сколько потребуется» (Clausen et al., 2012: 47). В исследовании описываются результаты 20 детей, и делается вывод, что у них произошли статистически значимые уменьшения симптомов, связанных с психическим здоровьем, улучшились отношения с ровесниками, и уменьшилось количество школьных проблем. Эти открытия представляют некоторую поддержку использования длительной психоаналитически ориентированной терапии для детей под опекой, но это исследование ограничено маленьким объемом выборки, отстутствием контрольной группы и тем, что изменения измерялись на основании докладов терапевтов, что несет в себе риск предубежденности, с которой терапевты могли переоценить изменения.

**Физическое здоровье**

Единственное исследование, посвященное физическому здоровью, было пилотным рандомизированным контролируемым исследованием, в котором рассматривалась краткая психодинамическая психотерапия в лечении идиопатической головной боли (Balottin et al., 2014). Участники случайным образом были распределены на группы, одна из которых получала краткую психодинамическую психотерапию, а вторая – обычную медицинскую помощь. Авторы отмечают статистически значимое преобладание положительных результатов у терапевтической группы что касается частоты, интенсивности и длительности приступов головной боли, и улучшения по шкалам CGI, по оценке лечащего врача. Исследование предполагает предварительную поддержку преимущества краткой психодинамической психотерапии для лечения головных болей по сравнению с обычной медицинской помощью. Поскольку это было пилотное исследование, объем выборки был небольшим (N = 33), что подчеркивает потребность в достаточно сильном исследовании, которое основывалось бы на этом предварительном исследовании. Исследование имело краткий пост-экспериментальный период длительностью в 6 месяцев, что далее ограничивает его результаты, так что о долгосрочных преимуществах терапии ничего не известно. Тем не менее, результаты этого исследования предполагают, что психодинамическая психотерапия может быть эффективной при лечении проблем физического здоровья, и в то же время эта сфера остается недоисследованной, и упомянутое исследование – единственное в своем роде за период последних пяти лет.

**Оценка качества исследования**

Больнинство исследований (78%) соответствовали этому названию, потому что в них была ясно выраженная гипотеза и/или цели, подходящие для статистического анализа. Высокий процент исследований (61%) обозначили первичные и вторичные результаты. Несмотря на это, только четыре исследования (24%) описали процесс с определением объема выборки, и только четыре исследования были достаточно сильними, чтобы обозначить разницу между группами.

Шесть исследований (26%) были рандомизированы, отвечая критерию того, что каждый участник имел непредсказуемую, независимую возможность получить любую интервенцию. Тем не менее, только три из этих исследований содержали достаточно подробное описание процесса, чтобы определить, что распределение участников на типы терапии не могло определяться исследовательской командой.

Семь исследований (30%) имели активную группу для сравнений, три из них были обычной терапией (Rossouw and Fonagy, 2012; Salzer et al.,2013; Balottin et al., 2014), в то время как остальные четыре сравнивали психоаналитическую терапию с другими терапевтическими подходами, включая когнитивную поведенческую терапию, семейную терапию и психосоциальные интервенции (Kolaitis et al.,2014; Laezer, 2015; Ryynänen et al., 2015; Goodyer et al.,2017). Среди оставшихся исследований 4 (17%) имели пассивную группу для сравнения, поскольку у них были контрольные группы из списков ожидания (Edlund et al., 2014; Göttken et al.,2014; Weitkamp et al., 2014; Edlund and Carlberg, 2016), еще в 2 исследованиях (9%) были использованы группы для сравнения из территориального сообщества (Atzil-Slonim et al., 2011, 2013), а в 10 исследованиях (44%) не было контрольных групп, или их результаты не были описаны (Seiffge-Krenke and Nitzko, 2011; Sugar and Berkovitz, 2011a, 2011b; Clausen et al., 2012; Krischer et al.,2013; Milrod et al., 2013; Stefini et al.,2013; Emanuel et al., 2014; Salzer et al., 2014; Gatta et al.,2016). Открытие того, что только треть исследований задействовали подходящую активную группу для сравнения, пожалуй, не удивительно, учитывая, что многие исследования были наблюдательными и проводились в натуралистических условиях.

Следующий критерий касался того, представили ли авторы базовые демографические и клинические данные по исследуемому диагнозу, и исследования получали ноль баллов, если они не включали группу для сравнения. Большинство исследований (65%) не описали базовых данных по исследуемому диагнозу. Почти половина исследований использовали мануализированную терапию (44%), в то время как в меньшем количестве была дана оценка соответствию методам лечения (30%).

В то время как РКИ оценивались как исследования с наивысшим качеством, любопытным образом только одно из них отвечало требованию коллатерального отчета, когда в дополнение к самоотчету ребенка или подростка добавлялась оценка результатов родителем, опекуном или учителем. Семь исследований не отвечало этому требованию, что отражает ситуацию, когда коллатеральный отчет используют в более натуралистических исследованиях и исследованиях-наблюдениях, но это то, чего недостает большинству РКИ. Восемь (35%) исследований отвечали требованию к анализу «от намерения до терапии» (intention-to-treat analysis). Наименее редко выполняемое требование к этим исследованиям было использование слепой оценки, которую применили только в трех (13%) исследованиях.

**Дискуссия**

Этот обновленный обзор выделил пять рандомизированных контролируемых исследований (в одном из которых представлен вторичный анализ РКИ, первый из которых описан в предыдущей обзорной статье), опубликованных с момента предыдущего обзора. Одно из этих РКИ, исследование IMPACT (Goodyer et al., 2017), является на сегодня самым крупным исследованием, включающим направление психодинамической терапии и у детей, и у взрослых (n = 465). В этом исследовании выяснилось, что 85% подростков, получавших КСППТ, более не отвечали критериям депрессии через год после окончания терапии, по сравнению с 75% и 73% в направлениях КПТ и КПСИ соответственно. Этот результат мог бы предположить оценку психодинамической психотерапии как возможной терапии для детей и молодых людей с разнообразными клиническими диагнозами, где она обещает улучшение, и где интервенция оправдана. Еще четыре рандомизированных контролируемых исследования, опубликованных с момента последнего обзора (Rossouw and Fonagy, 2012; Salzer et al., 2013; Balottin et al., 2014; Kolaitis et al., 2014), имели относительно маленькие объемы выборки (n = 33, 72, 80 и 66 соответственно), но все они показали потенциальные преимущества психодинамического лечения пациентов с комплексными и трудными симптомами (самоповреждение и депрессия; подростки с коморбидными диагнозами; идиопатические головные боли), что указывает на необходимость дальнейших рандомизированных исследований на больших выборках подростков, что помогло бы более точно определить, подходит ли такой тип лечения молодым людям с подобными сложными состояниями. Из оставшихся исследований, 3 имели квази-экспериментальную организацию, 12 были исследованиями-наблюдениями без контрольных групп, и 3 были исследованиями-наблюдениями с группами сравнения. Такая организация исследования ограничивает выводы, котоыре можно сделать относительно эффективности интервенции. В то же время есть повод предполагать, что психодинамическая психотерапия может являться полезной интервенцией для детей и молодых людей с рядом клинических диагнозов. Большинство исследований было посвящено детям и молодым людям со смешанными диагнозами (12 из 23), большинство из оставшихся исследований рассматривали участников с тревогой или депрессией, и одно исследование было посвящено самоповреждениям с коморбидной депрессией.

Исследования, включенные в этот обзор, были оценены по качеству исследования, и этот дополнительный анализ выяснил, что самое высокое качество исследования было у РКИ, которые изучали психоаналитическую терапию депрессии, самоповреждений, головных болей и подростков со значительной коморбидностью. На выборках детей и подростков с тревогой, разрушительным поведением и личностными расстройствами не было проведено достаточно высококачественных исследований. Оценочные шкалы качества исследований указывают на недостаток рандомизированных, достаточно сильных исследований, которые бы определили значимую разницу между условиями лечения, и были бы проведены при участии независимой слепой оценки результатов.

Важно отметить, что возрастающее число исследований имеют интегративный характер, рассматривают психодинамические техники параллельно с другими подходами (Rothschild-Yakar et al., 2013; Müller et al., 2015). Такие исследования делают обзор доказательств эффективности специфических модальностей лечения менее прямолинейным; но они также отражают потенциал более интегративных подходов, которые могут использовать сильные стороны разных подходов.

Одной из преград для дальнейшего исследования и оценки психодинамической психотерапии как терапии для детей и молодых людей является относительная недостаточность финансирования исследований как видов психологической терапии, так и терапевтической интервенции, и в частности интервенций, направленных на детей и молодых людей (MQ, 2015). Среди исследований разных видов психологической терапии психодинамическая психотерапия является наименее финансируемой (1.96% всех исследований, которые получают финансирование в Великобритании, по сравнению с 27.55% у КПТ), и это неизбежно ограничивает масштабы предпринимаемых попыток оценить ее эффективность (MQ, 2015). В тех редких случаях, когда психодинамическая психотерапия оценивалась в рамках высококачественного, адекватно организованного РКИ, она оказывалась настолько же клинически и финансово эффективной, как и другие виды терапии (Goodyer et al., 2017), что усиливает позиции психодинамической психотерапии для дальнейшей оценки ее как терапевтической модальности для разнообразных клинических состояний и разных возрастных спектров.

**Выводы**

С момента публикации предыдущего систематического обзора в этом сборнике в 2011 году произошли значительные подвижки относительно оценки эффективности психодинамической детской психотерапии как вида терапии. Публикация ряда пособий по терапии, описывающих психодинамические интервенции для разных возрастов и разных детских расстройств (например, Göttken and von Klitzing, 2013; Hoffman et al., 2015; Cregeen et al., 2016) – это важный шаг вперед. За этот период были опубликованы результаты четырех новых рандомизированных исследований, среди которых следует особо отметить исследование IMPACT (Goodyer et al., 2017), которое стало самым большим когда-либо проведенным рандомизированным исследованием психодинамической терапии детей и подростков. В общем числе было 14 рандомизированных исследований, которые включают психодинамическую психотерапию детей как направление терапии. Дополнительно, было выявлено 18 не-рандомизированных исследований, проведенных с момента последнего обзора 2011 года, что вместе составляет 44 не-рандомизированных оценочных исследований психодинамической психотерапии детей. Эта группа исследований указывает в некоторых случаях на предварительные результаты, а в иных случаях – на достаточные доказательства вероятного полезного влияния этой терапии, что требует более масштабного исследования с адекватно сильной организацией терапевтических экспериментов. Таким образом, может быть установлена более определенная доказательная база для психодинамической психотерапии детей как терапевтической модальности для детей и молодых людей с рядом представленных проблем и обстоятельств. В дополнение к этому, в будущем рандомизированные контролируемые исследования, вероятно, будут уделять внимание не только тому, работает ли терапия, но и тому, как она работает и в каких ситуациях (Green, 2015). Возрастание внимания к механизмам, лежащим в основе эффективности терапии и особым свойствам и обстоятельствам тех, кто вероятно будет подвергаться терапии, потенциально может дать информацию для развития новых подходов в психодинамической психотерапии детей и для обучения психодинамических детских психотерапевтов в будущем.

**Примечание**

NaNЭта статья изначально была опубликована с опечатками. Эта версия была исправлена. Пожалуйста, смотрите Список опечаток.

 (https://doi.org/10.1080/0075417X.2017.1349641)

**Литература**

1. Abbass , A.A. , Rabung , S. , Leichsenring , F. , Refseth , J.S. and Midgley , N. (2013) ‘ Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models’. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 52 ( 8 ): 863 - 7510.1016/j.jaac.2013.05.014
2. Alvarez , A. (2012) The Thinking Heart: Three Levels of Psychoanalytic Therapy with Disturbed Children. Hove: Routledge .
3. Association of Child Psychotherapists . (2016) What is child and adolescent psychotherapy?. (Retrieved November 22, 2016, from ). <http://childpsychotherapy.org.uk/child-psychotherapy/faqs>
4. Atzil-Slonim , D. , Shefler , G. , Gvirsman , S.D. and Tishby , O. (2011) ‘ Changes in rigidity and symptoms among adolescents in psychodynamic psychotherapy’. Psychotherapy Research, 21 ( 6 ): 685 - 9710.1080/10503307.2011.602753
5. Atzil-Slonim , D. , Shefler , G. , Slonim , N. and Tishby , O. (2013) ‘ Adolescents in psychodynamic psychotherapy: changes in internal representations of relationships with parents’. Psychotherapy Research, 23 ( 2 ): 201 - 1710.1080/10503307.2013.765998
6. Balottin , U. , Ferri , M. , Racca , M. , Rossi , M. , Rossi , G. , Beghi , E. , Chiappedi , M. and Termine , C. (2014) ‘ Psychotherapy versus usual care in pediatric migraine and tension-type headache: a single-blind controlled pilot study’. Italian Journal of Pediatrics, 40 ( 6 ): 1 - 7
7. Barlow , J. , Bennett , C. , Midgley , N. , Larkin , S. and Wei , Y. (2015) ‘ Parent-infant psychotherapy for improving parental and infant mental health: a systematic review’. Campbell Systematic Reviews, 6 : 1 - 8
8. Becker , S.J. and Curry , J.F. (2008) ‘ Outpatient interventions for adolescent substance abuse: a quality of evidence review’. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76 ( 4 ): 531 - 4310.1037/0022- 006X.76.4.531
9. Birmaher , B. , Brent , D. , Bernet , W. , Bukstein , O. , Walter , H. , Benson , R.S. , Chrisman , A. , Farchione , T. , Greenhill , L. , Hamilton , J. , Keable , H. , Kinlan , J. , Schoettle , U. , Stock , S. , Ptakowski , K.K. and Medicus , J. (2007) ‘ Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders’. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46 ( 11 ): 1503 - 2610.1097/chi.0b013e318145ae1c
10. Clausen , J.M. , Ruff , S.C. , Wiederhold , W.V. and Heineman , T.V. (2012) ‘ For as long as it takes: relationship-based play therapy for children in foster care’. Psychoanalytic Social Work, 19 ( 1–2 ): 43 - 5310.1080/15228878.2012.666481 (PSW.019.0043A)
11. Cregeen , S. , Hughes , C. , Midgley , N. , Rhode , M. and Rustin , M. (2016) Short-term Psychoanalytic Psychotherapy for Adolescents with Depression: A Treatment Manual. London: Karnac .
12. Diamond , G.M. (2014) ‘ Attachment-based family therapy interventions’. Psychotherapy, 51 ( 1 ): 15 - 1910.1037/a0032689
13. Edlund , J.N. and Carlberg , G. (2016) ‘ Psychodynamic psychotherapy with adolescents and young adults: Outcome in routine practice’. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 21 ( 1 ): 66 - 8010.1177/1359104514554311
14. Edlund , J.N. , Thorén , A. and Carlberg , G. (2014) ‘ Outcome of psychodynamic child psychotherapy in routine practice’. European Journal of Psychotherapy and Counselling, 16 ( 3 ): 228 - 4410.1080/13642537.2014.927381
15. Emanuel , R. , Catty , J. , Anscombe , E. , Cantle , A. and Muller , H. (2014) ‘ Implementing an aimbased outcome measure in a psychoanalytic child psychotherapy service: Insights, experiences and evidence’. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 19 : 169 - 8310.1177/1359104513485081
16. Gatta , M. , Sisti , M. , Sudati , L. , Miscioscia , M. and Simonelli , A. (2016) ‘ The Lausanne Trilogue Play within the outcome evaluation in infant mental health: a preliminary report’. Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 19 ( 1 ): 19 - 30
17. Gerber , A.J. , Kocsis , J.H. , Milrod , B.L. , Roose , S.P. , Barber , J.P. , Thase , M.E. , Perkins , P. and Leon , A.C. (2011) ‘ A quality-based review of randomized controlled trials of psychodynamic psychotherapy’. American Journal of Psychiatry, 168 ( 1 ): 19 - 2810.1176/appi.ajp.2010.08060843
18. Goodman , R. (1997) ‘ The strengths and difficulties questionnaire: a research note’. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 38 ( 5 ): 581 - 610.1111/jcpp.1997.38.issue-5
19. Goodyer , I.M. , Reynolds , S. , Barrett , B. , Byford , S. , Dubicka , B. , Hill , J. , Holland , F. , Kelvin , R. , Midgley , N. , Roberts , C. , Senior , R. , Target , M. , Widmer , B. , Wilkinson , P. and Fonagy , P. (2017) ‘ Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial’. Lancet Psychiatry, 4 ( 2 ): 109 - 1910.1016/S2215- 0366(16)30378-9
20. Göttken , T. and von Klitzing , K. (2013) Manual for Short-term Psychoanalytic Child Therapy (PaCT). London: Karnac .
21. Göttken , T. , White , L.O. , Klein , A.M. and von Klitzing , K. (2014) ‘ Short-term psychoanalytic child therapy for anxious children: a pilot study’. Psychotherapy, 51 ( 1 ): 148 - 5810.1037/a0036026
22. Green , J. (2015) ‘ Editorial: process to progress? Investigative trials, mechanism and clinical science’. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 56 : 1 - 310.1111/jcpp.2014.56.issue-1
23. Hoffman , L. , Rice , T. and Prout , T. (2015) Manual of Regulation-focused Psychotherapy for Children with Externalizing Behaviors: A Psychodynamic Approach. New York: Routledge .
24. Kegerreis , S. (2016) ‘ Further thoughts on research: a response to Michael Rustin’. Journal of Child Psychotherapy, 42 ( 2 ): 198 - 20710.1080/0075417X.2016.1191206
25. Kegerreis , S. and Midgley , N. (2014) ‘ Psychodynamic approaches’. In The Handbook of Counselling Children and Young People. London: Sage .
26. Kennedy , E. (2004) Child and adolescent psychotherapy: a systematic review of psychoanalytic approaches. London: North Central Health Strategic Health Authority .
27. Kennedy , E. (2015) ‘ Developing interventions in child and adolescent mental health services: do we really know what works for whom?’ Clinical Child Psychology and Psychiatry, 20 : 529 - 3110.1177/1359104515606528
28. Kolaitis , G. , Giannakopoulos , G. , Tomaras , V. , Christogiorgos , S. , Pomini , V. , Layiou-Lignos , E. , Tzavara , C. , Rhode , M. , Miles , G. , Joffe , I. , Trowell , J. and Tsiantis , J. (2014) ‘ Self-esteem and social adjustment in depressed youths: a randomized trial comparing psychodynamic psychotherapy and family therapy’. Psychotherapy and Psychosomatics, 83 ( 4 ): 249 - 5110.1159/000358289
29. Krischer , M.K. , Trautmann-Voigt , S. , Kaspers , S. , Voigt , B. , Flechtner , H.H. and Lehmkuhl , G. (2013) ‘ Effectiveness of psychodynamic psychotherapy in children and juveniles – results of a pilot study’. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 41 ( 2 ): 87 - 9710.1024/1422- 4917/a000216
30. Laezer , K.L. (2015) ‘ Effectiveness of psychoanalytic psychotherapy and behavioral therapy treatment in children with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder’. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 14 ( 2 ): 111 - 2810.1080/15289168.2015.1014991 (JICAP.014.0111A)
31. Lanyado , M. and Horne , A. (2009) The Handbook of Child and Adolescent Psychotherapy, 2nd ed. London: Routledge .
32. Law , D. (2009) Goal Based Outcomes (GBOs): Some useful information. London: CAMHS Outcome Research Consortium .
33. McLaughlin , C. , Holliday , D. , Clarke , B. and Ilie , S. (2013) Research on counselling and psychotherapy with children and young people: a systematic scoping review of the evidence for its effectiveness from 2003–2011. Leicester: BACP .
34. Measelle , J.R. , Ablow , J.C. , Cowan , P.A. and Cowan , C.P. (1998) ‘ Assessing young children's views of their academic, social, and emotional lives: an evaluation of the self-perception scales of the berkeley puppet interview’. Child Development, 69 ( 6 ): 1556 - 7610.1111/cdev.1998.69.issue-6
35. Midgley , N. and Kennedy , E. (2011) ‘ Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a critical review of the evidence base’. Journal of Child Psychotherapy, 37 ( 3 ): 232 - 6010.1080/0075417X.2011.614738 (JCPTX.037.0232A)
36. Milrod , B. , Shapiro , T. , Gross , C. , Silver , G. , Preter , S. , Libow , A. and Leon , A.C. (2013) ‘ Does manualized psychodynamic psychotherapy have an impact on youth anxiety disorders?’ American Journal of Psychotherapy, 67 ( 4 ): 359 - 66
37. MQ . (2015) MQ Landscape Analysis, April 2015. UK Mental Health Research Funding .
38. Müller , J.M. , Averbeck-Holocher , M. , Romer , G. , Fürniss , T. , Achtergarde , S. and Postert , C. (2015) ‘ Psychiatric treatment outcomes of preschool children in a family day hospital’. Child Psychiatry and Human Development, 46 ( 2 ): 257 - 6910.1007/s10578-014-0465-3
39. NICE . (2005) Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care. London: National Institute for Health and Care Excellence .
40. Palmer , R. , Nascimento , L.N. and Fonagy , P. (2013) ‘ The state of the evidence base for psychodynamic psychotherapy for children and adolescents’. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 22 ( 2 ): 149 - 21410.1016/j.chc.2012.12.001
41. Rossouw , T.I. and Fonagy , P. (2012) ‘ Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial’. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51 ( 12 ): 1304 - 1310.1016/j.jaac.2012.09.018
42. Rothschild-Yakar , L. , Lacoua , L. and Stein , D. (2013) ‘ Changes in patient measures as predictors of therapists’ ratings of treatment collaboration and change in eating disorder subgroups’. Assessment, 20 ( 6 ): 752 - 6310.1177/1073191111415366
43. Rustin , M. (2016) ‘ Grounded theory methods in child psychotherapy research’. Journal of Child Psychotherapy, 42 ( 2 ): 179 - 9710.1080/0075417X.2016.1191205
44. Ryynänen , T. , Alen , M. , Koivumaa-Honkanen , H. , Joskitt , L. and Ebeling , H. (2015) ‘ Implementation and outcome of child psychotherapy compared with other psychiatric treatments in a naturalistic clinical setting’. Nordic Journal of Psychiatry, 69 ( 3 ): 179 - 8710.3109/08039488.2014.954268
45. Salzer , S. , Cropp , C. , Jaeger , U. , Masuhr , O. and Streeck-Fischer , A. (2013) ‘ Psychodynamic therapy for adolescents suffering from co-morbid disorders of conduct and emotions in an in-patient setting: a randomized controlled trial’. Psychological Medicine, 44 : 2213 - 22
46. Salzer , S. , Cropp , C. and Streeck-Fischer , A. (2014) ‘ Early intervention for borderline personality disorder: psychodynamic therapy in adolescents’. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 60 ( 4 ): 368 - 8210.13109/zptm.2014.60.4.368
47. Seiffge-Krenke , I. and Nitzko , S. (2011) ‘ How effective are long-term psychoanalytic treatments in adolescents? A comparison between the evaluations of the patients, their parents and their therapists’. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 39 ( 4 ): 253 - 6410.1024/1422- 4917/a000117
48. Stefini , A. , Horn , H. , Winkelmann , K. , Geiser-Elze , A. , Hartmann , M. and Kronmüller , K.T. (2013) ‘ Attachment styles and outcome of psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents’. Psychopathology, 46 ( 3 ): 192 - 20010.1159/000341591
49. Sugar , M. and Berkovitz , I.H. (2011a) ‘ Male adolescent treatment outcome: a case series of eight men treated with psychoanalytic psychotherapy’. Adolescent Psychiatry, 1 ( 2 ): 169 - 78
50. Sugar , M. and Berkovitz , I.H. (2011b) ‘ Treatment outcome of three female adolescents with borderline personality disorder’. Adolescent Psychiatry, 1 ( 1 ): 6 - 1910.2174/2210676611101010006
51. Trowell , J. , Joffe , I. , Campbell , J. , Clemente , C. , Almqvist , F. , Soininen , M. , Koskenranta-Aalto , U. , Weintraub , S. , Kolaitis , G. , Tomaras , V. , Anastasopoulos , D. , Grayson , K. , Barnes , J. , and Tsiantis , J. (2007) ‘ Childhood depression: a place for psychotherapy’. European Child and Adolescent Psychiatry, 16 ( 3 ): 157 - 6710.1007/s00787-006-0584-x
52. Vrouva , I. , Fonagy , P. , Fearon , P.R.M. and Roussow , T. (2010) ‘ The risk-taking and self-harm inventory for adolescents: development and psychometric evaluation’. Psychological Assessment, 22 ( 4 ): 852- 6510.1037/a0020583
53. Weitkamp , K. , Daniels , J.K. , Hofmann , H. , Timmermann , H. , Romer , G. and Wiegand-Grefe , S. (2014) ‘ Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe depressive psychopathology: preliminary results of an effectiveness trial’. Psychotherapy, 51 ( 1 ): 138 - 4710.1037/a0034178
54. Zhou , X. , Hetrick , S.E. , Cuijpers , P. , Qin , B. , Barth , J. , Whittington , C.J. , Cohen , D. , Del Giovane , C. , Liu , Y. , Michael , K.D. , Zhang , Y. , Weisz , J.R. and Xie , P. (2015) ‘ Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis’. World Psychiatry, 14 ( 2 ): 207 - 2210.1002/wps.v14.2

**Приложение**

**Таблица 1А: Исследования 2011 – 2016 гг.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Авторы** | **N** | **Страна** | **Возраст** | **Тип проблемы** | **Организация исследования** | **Контрольная группа** | **Тип терапии** | **Измерение предварительных результатов** |
| AtzilSlonim et al. (2011) | 72 | Израиль | 15-18 | Смешанные диагнозы | Наблюдение  | Контрольная группа из территориального сообщества (неклиническая выборка) | Психодинамическая психотерапия | CCRT; Y-OQSR; TCS |
| AtzilSlonim et al. (2013) | 72 | Израиль | 15-18 | Смешанные диагнозы | Наблюдение  | Контрольная группа из территориального сообщества (неклиническая выборка) | Психодинамическая психотерапия | CCRT; Y-OQSR; TCS |
| Balottin et al. (2014) | 33 | Италия | 6-18 | Идиопатические головные боли | Рандомизированное контролируемое исследование | Обычное лечение | Краткая психодинамическая психотерапияч | Частота, интенсивность и длительность головных болей; EuroQoL; CBCL |
| Clausen et al. (2012) | 20 | США | 5-10 | Приемные дети | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психоаналитческая и игровая терапия, терапия отношений | ITQT; ETQT |
| Edlund and Carlberg (2016) | 218 | Швеция | 14-24 | Смешанные диагнозы | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психодинамическая психотерапия | CGAS; GAF; SCL-90 |
| Edlund et al. (2014) | 207 | Швеция | 4-12 | Смешанные диагнозы | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психодинамическая психотерапия | CGAS; SDQ |
| Emanuel et al. (2014) | 34 | Лондон | Не указано | Смешанные диагнозы | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психоаналитическая психотерапия (исследование включало индивидуальную и групповую терапию) | GBOM |
| Gatta et al. (2016) | 23 | Италия | 4-17 | Смешанные диагнозы | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психодинамическая психотерапия и поддержка родителей | CBCL |
| Goodyer et al. (2017) | 465 | Великобритания | 11-17 | Депрессия | Рандомизированное контролируемое исследование | Когнитивная поведенческая терапия; Краткая психосоциальная интервенция | Психоаналитическая психотерапия | MFQ, KSADS |
| Göttken et al. (2014) | 30 | Германия | 4-10 | Тревожные расстройства | Квазиэкспериментальное контролируемое исследование | Список ожидания | Психоаналитическая психотерапия | PAPA; SDQ; CBCL |
| Kolaitis et al. (2014) | 72 | Финляндия, Греция, Великобритания | 9-15 | Депрессия | Рандомизированное контролируемое исследование | Семейная терапия | Психодинамическая психотерапия | CDI; CFSEI; SAS-SR |
| Krischer et al. (2013) | 30 | Германия |  | Смешанные диагнозы | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психодинамическая психотерапия | CBCL |
| Laezer (2015) | 73 | Германия | 6-11 | Дефицит внимания и гиперактивность и/или оппозиционно-вызывающее расстройство | Квази-экспериментальное контролируемое исследование | Бихевиоральная терапия и/или медикаменты | Психоаналитическая психотерапия  | DISYPS-KJ; CPRS; CTRS; CBCL; TRF; IAQLiCA |
| Milrod et al. (2013) | 10 | США | 8-16 | Тревожные расстройства | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует | Психодинамическая психотерапия | PARS; CGAS; CGI |
| Rossouw and Fonagy (2012) | 80 | Лондон | 12-17 | Самоповреждение  | Рандомизированное контролируемое исследование | Обычная терапия подростков | Терапия подростков, основанная на ментализации (MBT-A) | RTSHIA |
| Ryynänen et al. (2015) | 236 | Финляндия | 4-15 | Смешанные диагнозы | Наблюдение  | Дети, подходящие по возрасту и полу, проходящие другие виды психосоциальной терапии | 93% терапевтов называли себя психодинамическими психотерапевтами – но это не выраженно психодинамическое исследование | CGAS |
| Salzer et al. (2014) | 28 | Германия | 14-18 | Пограничное расстройство личности | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психодинамическая психотерапия | Количество ремиссий; BPI; GAF; GSI; SDQ; IIP |
| Salzer et al. (2013) | 66 | Германия | 14-19 | Смешанные диагнозы | Рандомизированное контролируемое исследование | Список ожидания/ TAU | Психотерапия в стационаре | Количество ремиссий; GSI; SDQ |
| Seiffge-Krenke and Nitzko (2011) | 60 | Германия | >11 | Смешанные диагнозы | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психодинамическая психотерапия | YSR; CBCL |
| Stefini et al. (2013) | 71 | Германия | 6-18 | Смешанные диагнозы | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психодинамическая психотерапия | HASR-CA; SIS-CA |
| Sugar and Berkovitz (2011a) | 3 | США | 14-20 | Пограничное расстройство личности | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психоаналитическая психотерапия | Уровень функционирования |
| Sugar and Berkovitz (2011b) | 8 | США | 16-19 | Смешанные диагнозы | Наблюдение без контрольной группы | Отсутствует  | Психоаналитическая психотерапия | Уровень функционирования |
| Weitkamp et al. (2014) | 53 | Германия | 4-21 | Депрессия | Квази рандомизированное | Список ожидания | Психоаналитическая психотерапия | CDI; KIDSCREEN; KSADS |

**Примечание:** аббревиатуры измерителей результатов следующие:

Borderline Personality Inventory (BPI) – Опросник на пограничность личности;

Child Behaviour Checklist (CBCL) – Опросник детского поведения;

Children’s Depression Inventory (CDI) – Опросник по детской депрессии;

Children’s Global Assessment Scale (CGAS) – Детская глобальная оценочная шкала;

Clinical Global Impression scale (CGI) – Шкала глобального клинического впечатления;

Conners Parent Rating Scale (CPRS) – Шкала оценки родителей Коннера;

Conners Teacher Rating Scale (CTRS) – Шкала оценки учителей Коннера;

Core Conflictual Relationship Theme method (CCRT) – Метод базовой конфликтной темы в отношениях;

Culture-Free Self-Esteem Inventory (CFSEI) – Культурно-независимый опросник самооценки;

Diagnostic System for Mental Disorders in Children and Adolescents (DISYPS-KJ) – Диагностическая система для ментальных расстройств детей и подростков;

Exit Telephone Questionnaire for Therapists (ETQT) – Телефонный опросник для терапевтов в конце исследования;

Global Assessment of Functioning (GAF) – Глобальная оценка функционирования;

Global Severity Index (GSI) – Индекс общей серьезности расстройств;

Goal Based Outcome Measure (GBOM) – Измеритель результатов на основе поставленных целей;

Heidelberg Attachment Style Rating for Children and Adolescents (HASR-CA) – Гейдельбергский рейтинг стиля привязанности для детей и подростков;

Initial Telephone Questionnaire for Therapists (ITQT) – Телефонный опросник для терапевтов в начале исследования;

Inventory of Interpersonal Problems (IIP) – Опросник межличностных проблем;

Inventory for the Assessment of the Quality of Life in Children and Adolescents (IAQLiCA) – Опросник для оценки качества жизни детей и подростков;

Kiddie Schedule for Schizophrenia and Affective Disorders (KSADS) – Перечень Кидди по шизофрении и аффективным расстройствам;

Mood and Feelings Questionnaire (MFQ) – Опросник настроения и чувств;

Paediatric Anxiety Rating Scale (PARS) – Педиатрическая рейтинг-шкала тревожности;

Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) – Психиатрическая оценка для дошкольного возраста;

RiskTaking and Self-Harm Inventory (RTSHIA) – Опросник рискованного поведения и самоповреждений;

Severity of Impairment Score for Children and Adolescents (SIS-CA) – Шкала серьезности нарушений для детей и подростков;

Social Adjustment Scale-Self-Report (SAS-SR) – Шкала самооценки по социальной адаптации;

Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) – Опросник преимуществ и недостатков;

Symptoms Checklist-90 (SCL-90) – Список – 90 симптомов;

Target Complaints Scale (TCS) – Целевая шкала жалоб;

Teacher Report Form (TRF) – Форма отчета учителя;

Youth Outcome Questionnaire Self-Report (Y-OQ-SR) – Опросник для самооценки результатов у молодых людей;

Youth Self Report (YSR) – Отчет-самооценка для молодых людей.

**Таблица 2А. Рейтинг качества исследований.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Статья** | **Параметры** | **Всего** |
| Atzil-Slonim et al. (2011) | 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 1 | 3 |
| Atzil-Slonim et al. (2013) | 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 | 2 |
| Balottin et al. (2014) | 1 0 0 1 1 1 1 1 1 0 1 1 0 | 9 |
| Clausen et al. (2012) | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 0 |
| Edlund and Carlberg (2016) | 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 0 0 0 | 2 |
| Edlund et al. (2014) | 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 1 1 0 | 4 |
| Emanuel et al. (2014) | 0 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 1 |
| Gatta et al. (2016) | 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 2 |
| Goodyer et al. (2017) | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 2 1 | 13 |
| Göttken et al. (2014) | 1 0 0 1 0 0 0 1 1 1 1 2 0 | 8 |
| Kolaitis et al. (2014) | 1 1 0 1 1 0 1 1 1 0 0 2 0 | 9 |
| Krischer et al. (2013) | 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 2 0 | 5 |
| Laezer (2015) | 1 0 0 1 0 0 1 1 1 1 1 0 0 | 7 |
| Milrod et al. (2013) | 1 0 0 1 0 0 0 0 1 1 0 0 0 | 4 |
| Rossouw and Fonagy (2012) | 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 0 2 1 | 13 |
| Ryynänen et al. (2015) | 1 0 1 0 0 0 1 1 0 0 0 2 0 | 6 |
| Salzer et al. (2014) | 1 0 0 1 1 0 0 1 1 0 0 2 0 | 8 |
| Salzer et al. (2013) | 1 1 1 1 1 0 1 1 1 1 0 2 0 | 11 |
| Seiffge-Krenke and Nitzko (2011) | 1 0 0 1 0 0 0 0 0 0 1 0 0 | 3 |
| Stefini et al. (2013) | 1 0 0 1 0 0 0 1 1 0 1 2 0 | 7 |
| Sugar and Berkovitz (2011a) | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 0 |
| Sugar and Berkovitz (2011b) | 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 | 0 |
| Weitkamp et al. (2014) | 1 0 0 1 0 0 0 1 0 1 1 0 0 | 5 |

**Примечание:** баллы по шкале – от 0 до 14, где самая высокая оценка отражает более высокое качество исследования.

(1) Цель: 1 = Ясно сформулированная цель и гипотезы. Гипотезы поддаются точной статистической оценке. 0 = Цели или гипотезы точно не установлены.

 (2) Размер выборки: 1 = Процесс определения размера выборки обсуждается наряду с промежуточным анализом и правилами прекращения эксперимента; 0 = Определение размера выборки не обсуждается.

(3) Сила: 1 = Исследование достаточно сильное, чтобы выявить разницу между терапевтическими группами (например, как минимум 71 субъект на условие с активным сравнением, 27 субъектов на условие с пассивным сравнением); 0 = исследование недостаточно сильное.

(4) Результат: 1 = Установлена первичная и вторичная меры результатов. Первичный результат определяется как результат самой большой важности; 0 = Меры первичного или вторичного результатов не определены.

(5) Генерация последовательности: 1 = Процесс генерации случайной последовательности описан достаточно подробно, чтобы подтвердить, что каждый учасник имел непредсказуемый, независимый шанс получить каждую интервенцию; 0 = Процесс не был полностью случайным, или это не указано.

(6) Нераскрытие принадлежности: 1 = Процесс распределения участников по группам описан достаточно подробно, чтобы подтвердить, что исследователи, которые вовлекали участников, и которые проводили первичную оценку, не могли понять, к какой терапевтической группе принадлежит учасник; 0 = процесс не был слепым, или это не указано.

(7)Активное сравнение: 1 = Как минимум одно активное сравнение (например, альтернативная модель, обычная терапия); 0 = Все условия сравнения были пассивные (например, список ожидания, не-терапевтическая контрольная группа).

(8) Базовая информация: 1 = По условиям исследования описываются базовые демографические и клинические характеристики участников; 0 = Базовые демографические или клинические характеристики не описаны.

(9) Мануализированная терапия: 1 = Как минимум одни терапевтические условия выполнялись согласно с пособием; 0 = Ни один из видов терапии не выполнялся согласно с пособием, или это не указано.

(10) Шкала выполняемости правил терапии: 1 = Выполняемость правил терапии проверялась шкалами, опросниками или рейтинговими формами, которые заполнял терапевт, супервизор, независимый наблюдатель и/или пациент; 0 = Выполняемость правил не проверялась с использованием рейтинговых форм, или это не указано.

(11) Коллатеральный доклад: 1 = Как минимум по одному из результатов проводился коллатеральный доклад (например, родителей, опекунов или учителей); 0 = Коллатеральный доклад отсутствует.

(12) Анализ «от намерения до терапии» (Intention-to-treat (ITT) analysis): 2 = Анализ «от намерения до терапии». Все субъекты анализируются в тех группах, к которым они были приписаны; 1 = Анализ доступных случаев. Анализируются только те субъекты, которые заполнили один или более опросников в исследовании; 0 = Анализ завершенных случав. Анализируются только те субъекты, которые завершили часть терапии.

(13) Слепая оценка: 1 = Пост-экспериментальная оценка проводится «слепым» специалистом; 0 = Пост-экспериментальная оценка не проводилась «слепым» специалистом или это не указывается.

Эта публикация защищена законами Соединенных Штатов и международными законами о копирайте, ее содержание нельзя копировать без письменного разрешения владельца копирайта, кроме как для индивидуальной печати или скачивания, которое позволяет программное обеспечение для доступа к статье. Содержание этой статьи может использоваться только индивидуальным пользователем.

Journal of Child Psychotherapy, 2017; v.43 (3), p307 (23pp.) JCPTX.043.0307A