

Zmiana nasilenia objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej po zastosowaniu programu „Warsztatów dla rodziców dzieci nadpobudliwych”

The change in the intensity of symptoms in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder after “Workshops for Parents of Hyperactive Children”

Agnieszka Pisula¹, Anita Bryńska¹, Stanisław Wójtowicz²,
Tomasz Srebnicki¹, Tomasz Wolańczyk¹

¹ Warszawski Uniwersytet Medyczny, Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego

² Warszawski Uniwersytet Medyczny, Zakład Psychologii i Komunikacji Medycznej

Summary

Aim. To evaluate changes in the intensity of ADHD symptoms and size effects after the completion of the twelve-week “Workshops for Parents of Hyperactive Children”.

Material. Intervention group included parents ($N = 199$) of children and adolescents diagnosed with ADHD, who completed the twelve-week parental training. The reference group included parents ($N = 24$) of children and adolescents diagnosed with ADHD, who received 1–2 standard psychiatric visits within twelve weeks (treatment-as-usual).

Method. The following questionnaires were completed by the participants at the beginning and at the end of the training: CBCL and Conners-IOWA-10 (parent’s assessment of the child), TRF and Conners-RCTRS-28 (assessment of the child by the teacher/educator), and YSR (in children of 11 years and over). The same diagnostic regime was used in the reference group – the patients were assessed during the first visit and after twelve weeks.

Results. The majority of attendees were parents of boys diagnosed with: ADHD mixed type with or without ODD and ADHD predominantly inattentive type. The intervention resulted in significant reduction of inattentive-impulsive-hyperactive and oppositional-defiant symptoms in Conners-IOWA-10 and significant reduction of symptoms in the following CBCL scales: “Social problems”, “Attention problems”, “Aggressive behavior”, “Externalizing behavior”, as well as the overall score, as rated by mothers. The improvement was age, diagnosis and pharmacotherapy independent.

Conclusions. The therapeutic program used in our study resulted in small to moderate reduction of symptoms in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder irrespective of subtype, comorbid disorders or pharmacotherapy (if implemented).

Słowa kluczowe: ADHD, warsztaty rodzicielskie, psychoedukacja

Key words: ADHD, workshops for parents, psychoeducation

Wprowadzenie

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (*Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* – ADHD) jest zaburzeniem neurorozwojowym, o początku w dzieciństwie, charakteryzującym się rozwojowo nieprawidłowymi i utrudniającymi funkcjonowanie społeczne, szkolne i zawodowe objawami nadruchliwości, nadmiernej impulsywności i zaburzeń koncentracji uwagi [1]. Jego rozpowszechnienie w populacji ogólnej szacowane jest na 3,4% [2]. U ponad 50% osób z ADHD stwierdza się występowanie przynajmniej jednego dodatkowego zaburzenia psychicznego, najczęściej opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania, a u około 25% przynajmniej dwóch zaburzeń współtowarzyszących [3]. Metodą o potwierdzonej skuteczności w kontrolowaniu objawów ADHD jest leczenie farmakologiczne, które stanowi jeden z elementów multimodalnego modelu leczenia [4]. Różnorodność problemów dziecka z ADHD i jego rodziny uzasadnia wdrażanie i rozwijanie innych metod postępowania, w tym metod psychoterapeutycznych i interwencji psychospołecznych [4, 5]. Realizacji tych zadań służą m.in. treningi rodzicielskie [6]. W niniejszej pracy podjęto próbę oceny wpływu programu „Warsztaty dla rodziców dzieci nadpobudliwych” [7] na nasilenie objawów ADHD.

Program został opracowany na podstawie doświadczeń zebranych w trakcie pracy Poradni Nadpobudliwości Psychoruchowej oraz z wykorzystaniem elementów stosowanych na świecie interwencji, w tym: *Defiant Children. A clinician's Manual for Assessment and Parent Training* [8], THOP (*Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten*) [9] i „Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały i jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły” [10].

Cel badania

Celem badania była ocena zmian w zakresie nasilenia objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej u dzieci i młodzieży z ADHD, których rodzice uczestniczyli w „Warsztatach dla rodziców dzieci nadpobudliwych” [7].

Material

Do uczestnictwa w programie warsztatów zapraszani byli wszyscy rodzice, którzy w latach 2002–2014 zgłaszali się do poradni z powodu obecności objawów nadpobudliwości psychoruchowej u swoich dzieci, po tym jak lekarz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży ustalił u nich rozpoznanie zespołu nadpobudliwości psychoruchowej i zaburzeń koncentracji uwagi. Postępowanie takie jest zgodne z europejskimi wytycznymi NICE [4] dotyczącymi kompleksowego leczenia ADHD. Decyzję o uczestnictwie w programie podjęli rodzice $N = 199$ dzieci i młodzieży (grupa eksperymentalna z interwencją – Grupa Int). Pacjenci, których rodzice nie wzięli udziału w warsztatach, nadal

byli objęci opieką w poradni. W czasie, kiedy były realizowane warsztaty, uczestniczyli oni w 1–2 standardowych wizytach lekarskich, podczas których lekarz oceniał aktualny stan pacjenta, dopytywał się o bieżące problemy i wdrażał interwencje o charakterze psychoedukacyjnym (grupa odniesienia *Treatment-As-Usual* – Grupa TAU).

Ocenianą grupę stanowiły dzieci i młodzież z rozpoznaniem ADHD, w tym (1) podtypu mieszanego ADHD, (2) podtypu ADHD z przewagą zaburzeń uwagi oraz (3) podtypu mieszanego ADHD i opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania (*Oppositional Defiant Disorder* – ODD). Rozpoznanie było ustalane przed włączeniem do programu przez lekarzy specjalistów psychiatrii dzieci i młodzieży zgodnie z kryteriami DSM-IV-TR [11]. Kryterium wyłączenia stanowiło stwierdzenie u dziecka innych niż zaburzenia zachowania zaburzeń psychicznych wieku rozwojowego. Średni wiek w grupie eksperymentalnej, składającej się ze 177 chłopców i 22 dziewcząt, wynosił 10,1 lat ($SD = \pm 2,4$). Rozpoznanie ustalono w odniesieniu do $N = 197$ dzieci (w wypadku dwojga, ze względu na zakodowanie danych przez rodziców, nie uzyskano dokładnej informacji o diagnozie), natomiast dane dotyczące leczenia farmakologicznego uzyskano dla $N = 169$ osób. W grupie odniesienia tylko w wypadku $N = 24$ pacjentów (19 chłopców i 5 dziewcząt) uzyskano umożliwiającą analizy statystyczne ilość danych, średni wiek grupy wynosił 10,0 lat ($SD = \pm 0,8$). Dokładne dane dotyczące rodzaju rozpoznań oraz stosowanego leczenia farmakologicznego w ocenianych grupach przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Rozkład rozpoznań oraz stosowanego leczenia farmakologicznego w Grupie Int. oraz Grupie TAU

		Grupa Int. N (%)	Grupa TAU N (%)
Rozpoznanie	ADHD	116 (58,3)	15 (62,5)
	ADHD zab.uwagi	19 (9,5)	4 (16,7)
	ADHD+ODD	64 (32,1)	5 (20,8)
	Brak danych	2 (1,0)	0 (0,0)
Leczenie farmakologiczne	Bez leczenia	58 (29,1)	7 (29,2)
	Stale	101 (50,8)	15 (62,5)
	Włączone w czasie warsztatów	10 (5,0)	2 (8,3)
	Brak danych	30 (15,1)	0 (0,0)

ADHD – ADHD podtyp mieszany; ADHD zab.uwagi – ADHD z przewagą zaburzeń uwagi; ADHD + ODD – podtyp mieszany ADHD i opozycyjno-buntownicze zaburzenia zachowania

Metoda

Do oceny wykorzystano:

1. Narzędzia z grupy CBCL (*Child Behavior Checklist*) [12] w polskiej wersji językowej [13], w tym kwestionariusz CBCL/4-18 wypełniany przez rodziców, kwestionariusz TRF (*Teacher's Report Form*) wypełniany przez nauczycieli oraz

kwestionariusz YSR (*Youth Self-Report*) wypełniany przez dzieci i młodzież, które ukończyły 11. r.ż. Pozwalają one na dokonanie wielowymiarowego opisu problemów, tzw. profilu emocjonalno-behawioralnego. Na podstawie analiz przeprowadzonych dla płci i różnych grup wiekowych objawy pogrupowano w osiem skal zachowań problemowych: „Wycofanie”, „Objawy somatyczne”, „Lęk i depresja”, „Problemy społeczne”, „Zaburzenia myślenia”, „Zaburzenia uwagi”, „Zachowania przestępcze” i „Zachowania agresywne”, które stanowią konstrukty objawowe odpowiadające prototypom zaburzeń. Dodatkowo skala „Zachowań internalizacyjnych” obejmowała punktację ze skal „Wycofanie”, „Objawy somatyczne” oraz „Lęk i depresja”, natomiast skala „Zachowań eksternalizacyjnych” – punktację ze skal „Zachowania przestępcze” i „Zachowania agresywne”. Odpowiedzi odnoszą się do zachowań i samopoczucia ocenianych w ciągu ostatnich 6 miesięcy. Uzyskana dla poszczególnych skal problemowych suma punktów, będąca wynikiem surowym, odniesiona została w zmodyfikowanej skali tenowej (współczynnik T) do wyniku dla grupy normatywnej. Pozwala to na zakwalifikowanie osoby badanej do (1) grupy osób zdrowych ($< 61 T$), (2) grupy klinicznej ($> 71 T$) lub (3) grupy zakresu granicznego. Wartości graniczne są specyficzne dla każdego z kwestionariuszy, a ich wartości zostały wyznaczone w badaniach populacyjnych.

2. *Kwestionariusz Connersa dla rodziców i nauczycieli (IOWA-10) (An Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire – IOWA-Conners)* [14] do oceny dzieci z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej, w polskiej wersji językowej [15]. Obejmuje on 10 pytań tworzących podskale IO (*Inattention/Overactivity*) oraz podskale OD (*Oppositional/Defiant*), która odnosi się do zachowań opozycyjnych, takich jak kłótność, zuchwałość, gwałtowność i wybuchy złości, nieposłuszeństwo i brak współpracy. Ocena funkcjonowania dziecka dotyczy środowiska szkolnego lub domowego. Wartości punktów odcięcia dla skali IO określono na 11 pkt, a dla skali OD na 9 pkt. Wyniki całkowite > 18 pkt zaliczane są do wyników wysokich, wyniki całkowite < 15 pkt zaś do mieszczących się w obszarze normy.
3. *Kwestionariusz Connersa dla Nauczycieli (RCTRS-28) (The Revised Conners Teacher Rating Scale)* [16], w polskiej wersji językowej [17]. Ocena odnosi się do trzech wymiarów objawowych, opisujących „Zaburzenia zachowania” (*Conduct Problems*), „Nadruchliwość” (*Hyperactivity*) oraz „Nieuwagę/bierność” (*Passivity Problems*). Grupę podwyższonego ryzyka zachowań problemowych stanowią osoby z wynikiem powyżej 51 pkt [17].

Procedura i przebieg badania

Po poinformowaniu o celach i przebiegu badania oraz uzyskaniu na nie zgody w czasie pierwszego spotkania warsztatowego rodzicom z grupy eksperymentalnej przekazano zestaw kwestionariuszy: (1) CBCL oraz Conners-IOWA-10 (z prośbą o dokonanie oceny dziecka przez rodzica), (2) TRF oraz Conners-RCTRS-28 (z prośbą o dokonanie oceny dziecka przez nauczyciela/wychowawcę) i (3) YRS (z prośbą o dokonanie samooceny przez dziecko, jeśli ukończyło ono 11. r.ż.). Powtórna ocena

została przeprowadzona po ukończeniu cyklu warsztatów. Dzieci i młodzież z grupy odniesienia poddano takiej samej, dwukrotnej ocenie – po pierwszej wizycie w poradni i po 12 tygodniach.

Program „Warsztatów dla rodziców dzieci nadpobudliwych” [7] przeznaczony jest do pracy z grupą rodziców (pary rodzicielskie lub pojedynczy rodzice) i łączy w sobie elementy psychoedukacji z ćwiczeniem metod behawioralnych oraz oddziaływań poznawczych. Główne realizowane cele to: (1) zwiększenie poziomu wiedzy rodziców na temat ADHD, nauka skutecznego wydawania poleceń i dostosowywania wymagań do możliwości dziecka, (2) wprowadzenie zmian w systemie wychowawczym – zapoznanie rodziców z zasadami terapii behawioralnej, analizą zachowań według schematu ABC (*Antecedents-Behaviour-Consequence*) i mechanizmami warunkowania sprawczego, nauka ignorowania drobnych zachowań niepożądanych, ustalenia zasad zachowania, wzmacniania pochwałami zachowań pożądaných oraz wyciągania konsekwencji w razie zachowań niepożądanych, (3) nauka metod poprawiających relację rodzic–dziecko, w tym zauważanie właściwych zachowań i kompetencji dziecka, wspólne spędzanie czasu, (4) opanowanie umiejętności postępowania w tzw. impulsywnym „wybuchu”, (5) nauka analizy myśli automatycznych rodziców, metod redukcji stresu rodzicielskiego, dostrzegania własnych potrzeb, planowania czasu, (6) omówienie zasad współpracy ze szkołą.

Warsztaty realizowano według podręcznika, w którym zawarto informacje dotyczące struktury i tematyki spotkań oraz ćwiczenia i materiały dla rodziców. Zajęcia odbywały się przez 12 tygodni, z częstotnością raz w tygodniu i trwały 2 godziny. Uczestniczyli w nich rodzice (maks. 15 osób), pary rodzicielskie lub tylko matki bądź ojcowie. Treści przekazywano ustnie, w formie prezentacji multimedialnych lub zapisywano na tablicy. Wykorzystywano aktywne metody pracy (dyskusja, odgrywanie ról, ćwiczenie nowych umiejętności). Trenerami prowadzącymi było 11 osób (6 psychologów i 5 lekarzy). Cykl spotkań, do którego trenerzy byli przydzielani losowo, był prowadzony przez dwie osoby: terapeutę i koterapeutę. Głównym prowadzącym (terapeutą) była osoba wcześniej uczestnicząca w 10-godzinym szkoleniu i posiadająca doświadczenie warsztatowe (prowadziła wcześniej jako główny terapeuta co najmniej 3 cykle warsztatów). Koterapeutą była osoba wcześniej uczestnicząca w 10-godzinym szkoleniu oraz w minimum jednym cyklu spotkań jako obserwator. Praca terapeutów była poddawana superwizji co trzy sesje (łącznie 4 razy w ciągu całego cyklu). Dodatkowo terapeuci mieli zapewnioną możliwość stałego kontaktu z superwizorem przypisanym do danego cyklu spotkań.

Zastosowane metody statystyczne

Dla zmiennych nominalnych różnice analizowano z użyciem testu Chi kwadrat na poziomie ogólnego rozkładu i testu *t*-Studenta. W związku z małą liczebnością prób i przy założeniu, że w badanej populacji może nie być spełnione założenie rozkładu normalnego oraz jednorodności wariancji, w analizie zastosowano nieparametryczny test kolejności par Wilcozona. Dla zmiennych powiązanych wykonano testy parametryczne *t*-Studenta. Oceny równoważności grupy dokonano testem Manna–Whitneya.

Jako istotne przyjęto p na poziomie: $p < 0,05$, $p < 0,01$ lub $p < 0,001$. Oceniono siłę efektu oddziaływania (ES). Dla zmiennych parametrycznych (korzystając z różnicy średnich) obliczono d -Cohena, a dla zmiennych nieparametrycznych korzystano ze wzoru $R = Z/\sqrt{N}$. Obliczony wynik był interpretowany według klasyfikacji Cohena: 0,0–0,1 nieznaczący, 0,1–0,3 mały, 0,3–0,5 umiarkowany oraz 0,5–1,0 duży, znaczący [18].

Wyniki

Ocena równoważności grup

Oceny równoważności grupy eksperymentalnej oraz grupy odniesienia przed rozpoczęciem warsztatów dokonano dla średnich wyników w CBCL oraz Conners-Iowa-10 (oceny matek i ojców). Grupy nie różniły się istotnie w zakresie wyników CBCL w ocenie matek, natomiast w wypadku ocen ojców stwierdzono istotne różnice dla skali „Lęk i depresja” ($p = 0,97$) oraz dla wyniku całkowitego ($p = 0,048$) (ojcowie z Grupy TAU ocenili nasilenie objawów swoich dzieci niż ojcowie z Grupy Int). W Conners-Iowa-10 stwierdzono istotne różnice dla wyników w podskali IO w ocenie matek – matki dzieci z Grupy Int. oceniły nasilenie objawów u swoich dzieci znacząco wyżej ($p = 0,014$).

Wyniki kwestionariuszy Conners-IOWA-10 oraz Conners-RCTRS-28: pomiar 1. i pomiar 2.

W Grupie Int. istotne różnice w zakresie nasilenia objawów między pomiarem 1. i pomiarem 2. wykazano dla ocen matek w skali pełnej Conners-IOWA-10, podskali IO i podskali OD oraz dla ocen ojców w podskali IO. W Grupie TAU nie wykazano istotnych różnic między pomiarami w Conners-IOWA-10. W Conners-RCTRS-28 (ocena nauczycieli) stwierdzono istotne statystycznie obniżenie wyników o średnio 5,6 pkt między pomiarem 1. i pomiarem 2. w Grupie Int. oraz istotne statystycznie obniżenie wyników o średnio 6,7 pkt między pomiarami w Grupie TAU do wartości bardzo niskich (średnia 28,3 pkt) (tab. 2).

Tabela 2. Zmiana nasilenia objawów mierzona Conners-IOWA-10 oraz Conners-RCTRS-28 w Grupie Int. oraz Grupie TAU

Grupa Int.			Pomiar 1. Med. (SD)	Pomiar 2. Med. (SD)	p
Conners – IOWA-10	Matki (N = 103)	Skala pełna	17,8 (3,9)	15,9 (4,0)	< 0,000
		Podskala IO	9,6 (1,9)	8,7 (2,1)	< 0,000
		Podskala OD	8,1 (2,5)	7,2 (2,4)	< 0,000
	Ojcowie (N = 42)	Skala pełna	17,1 (3,9)	16,1 (3,5)	0,032
		Podskala IO	9,5 (1,7)	8,8 (1,8)	0,016
		Podskala OD	7,6 (2,7)	7,3 (2,5)	0,234

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Conners – RCTRS-28	Nauczyciele (N = 31)		42,7 (14,4)	37,1 (14,8)	0,026
Grupa TAU			Pomiar 1. Med. (SD)	Pomiar 2. Med. (SD)	p
Conners – IOWA-10	Matki (N = 21)	Skala pełna	16,1 (4,0)	15,8 (3,8)	0,794
		Podskala I/O	8,5 (2,0)	8,7 (2,3)	0,528
		Podskala OD	7,5 (2,8)	7,1 (2,5)	0,602
	Ojcowie (N = 10)	Skala pełna	14,3 (4,8)	15,0 (4,2)	0,466
		Podskala I/O	8,0 (2,7)	7,8 (2,1)	0,483
		Podskala OD	6,3 (3,0)	7,2 (2,9)	0,168
Conners – RCTRS-28	Nauczyciele (N= 10)		35,0 (11,4)	28,3 (14,6)	0,031

Dodatkowe analizy w Grupie Int. przeprowadzono w odniesieniu do wyników wysokich w Conners-IOWA-10 (>18 pkt) (oceny matek) oraz wyników mieszczących się w normie (< 15 pkt). Dokonano podziału na (1) grupy ustalonych rozpoznań oraz (2) grupy uwzględniające leczenie farmakologiczne (tab. 3).

Tabela 3. Liczbowy i procentowy rozkład wyników wysokich i z zakresu normy w Conners-IOWA-10 w Grupie Int. z uwzględnieniem podziału na rozpoznanie i leczenie farmakologiczne

Grupa Int.	Conners-IOWA-10	Pomiar 1. N (%)	Pomiar 2. N (%)
Rozpoznanie			
ADHD	> 18 pkt	30 (50,8)	19 (32,2)
	< 15 pkt	13 (22,0)	22 (37,3)
ADHD zab.uwagi	> 18 pkt	6 (46,2)	5 (38,5)
	< 15 pkt	3 (23,1)	6 (46,2)
ADHD+ODD	> 18 pkt	17 (56,7)	14 (46,7)
	< 15 pkt	2 (6,7)	8 (26,7)
Leczenie farmakologiczne			
Bez leczenia	> 18 pkt	14 (43,8)	13 (40,6)
	< 15 pkt	5 (15,6)	9 (28,1)
Stałe	> 18 pkt	30 (55,6)	20 (37,0)
	< 15 pkt	10 (18,5)	22 (40,7)
Włączone w czasie warsztatów	> 18 pkt	3 (75,0)	1 (25,0)
	< 15 pkt	0 (0,0)	1 (25,0)

Wyniki kwestionariusza CBCL: pomiar 1. i pomiar 2.

W Grupie Int. istotne różnice w zakresie nasilenia objawów między pomiarem 1. i pomiarem 2. wykazano dla skali „Problemów społecznych”, „Zaburzeń uwagi”, „Zachowań agresywnych” oraz „Zachowań eksternalizacyjnych” i dla wyniku całkowitego CBCL (oceny rodziców oraz oceny matek). W Grupie TAU istotną statystycznie zmianę stwierdzono jedynie w skali „Zaburzeń uwagi” w ocenie matek (tab. 4).

Tabela 4. Zmiana nasilenia objawów mierzona CBCL w Grupie Int. oraz Grupie TAU

Grupa Int.	Pomiar 1.	Pomiar 2.	
CBCL: ocena matek i ojców (N = 114)	Wynik średni (SD)	Wynik średni (SD)	p
Wycofanie	4,6 (3,0)	4,4 (2,8)	0,278
Objawy somatyczne	2,7 (2,9)	2,7 (2,4)	0,520
Lęk i depresja	8,5 (4,8)	8,2 (4,4)	0,372
Problemy społeczne	5,6 (3,2)	5,2 (3,1)	0,006
Zaburzenia myślenia	2,2 (2,3)	2,1 (2,0)	0,848
Zaburzenia uwagi	11,7 (3,7)	10,6 (3,5)	< 0,000
Zachowania przestępcze	5,3 (3,3)	5,1 (3,2)	0,250
Zachowania agresywne	20,2 (7,3)	17,2 (6,8)	< 0,000
Zachowania eksternalizacyjne	25,5 (9,7)	22,3 (9,3)	< 0,000
Zachowania internalizacyjne	15,8 (8,9)	15,2 (7,8)	0,478
Wynik całkowity	66,4 (24,4)	61,7 (23,8)	0,001
CBCL: ocena matek (N = 79)			
Wycofanie	4,6 (3,0)	4,1 (2,7)	0,192
Objawy somatyczne	2,8 (3,2)	2,9 (2,5)	0,632
Lęk i depresja	8,4 (4,9)	7,9 (4,3)	0,225
Problemy społeczne	5,6 (3,2)	4,9 (3,0)	0,003
Zaburzenia myślenia	2,2 (2,3)	2,0 (1,8)	0,688
Zaburzenia uwagi	11,9 (3,6)	10,2 (3,3)	< 0,000
Zachowania przestępcze	5,1 (3,0)	4,7 (2,9)	0,163
Zachowania agresywne	20,4 (7,4)	16,0 (6,5)	< 0,000
Zachowania eksternalizacyjne	25,5 (9,7)	20,7 (8,8)	< 0,000
Zachowania internalizacyjne	15,8 (9,3)	14,7 (7,7)	0,180
Wynik całkowity	66,2 (24,9)	58,5 (23,7)	< 0,000
Grupa TAU	Pomiar 1.	Pomiar 2.	
CBCL: ocena matek (N = 18)	Wynik średni (SD)	Wynik średni (SD)	p

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wycofanie	4,1 (2,4)	3,9 (2,7)	0,541
Objawy somatyczne	2,3 (2,1)	2,3 (2,3)	0,821
Lęk i depresja	7,2 (4,2)	6,7 (2,9)	0,529
Problemy społeczne	4,6 (2,8)	3,7 (2,5)	0,181
Zaburzenia myślenia	2,1 (2,0)	1,8 (1,4)	0,334
Zaburzenia uwagi	12,4 (3,9)	10,9 (3,5)	0,077
Zachowania przestępcze	4,8 (3,8)	4,3 (3,3)	0,346
Zachowania agresywne	16,0 (8,3)	14,9 (7,7)	0,421
Zachowania eksternalizacyjne	20,8 (10,8)	19,2 (10,1)	0,324
Zachowania internalizacyjne	13,6 (7,4)	12,9 (5,9)	0,264
Wynik całkowity	59,2 (24,6)	54,0 (20,5)	0,164

Dodatkowe analizy w Grupie Int. przeprowadzono w odniesieniu do wyników mieszczących się w przedziale klinicznym ($> 71 T$) w skali „Zachowań eksternalizacyjnych” CBCL (oceny matek) oraz wyników mieszczących się w obszarze normy ($< 61 T$). Dokonano podziału na (1) grupy ustalonych rozpoznań oraz (2) grupy uwzględniające leczenie farmakologiczne (tab. 5).

Tabela 5. Liczbowy i procentowy rozkład wyników wysokich i z zakresu normy w skali „Zachowań eksternalizacyjnych” CBCL w Grupie Int. z uwzględnieniem podziału na rozpoznanie i leczenie farmakologiczne

Grupa Int.	CBCL Zachowania eksternalizacyjne	Pomiar 1. N (%)	Pomiar 2. N (%)
Rozpoznanie			
ADHD	< 61 T	23 (45,1)	34 (66,7)
	> 71 T	2 (3,9)	2 (3,9)
ADHD zab.uwagi	< 61 T	6 (66,7)	6 (66,7)
	> 71 T	0 (0,0)	0 (0,0)
ADHD+ODD	< 61 T	7 (38,9)	9 (50,0)
	> 71 T	1 (5,6)	0 (0,0)
Leczenie farmakologiczne			
Bez leczenia	< 61 T	12 (44,4)	12 (44,4)
	> 71 T	1 (3,7)	1 (3,7)
Stałe leczenie	< 61 T	14 (38,9)	18 (50,0)
	> 71 T	2 (5,6)	1 (2,8)
Leczenie włączone w czasie warsztatów	< 61 T	18 (50,0)	4 (100,0)
	> 71 T	0 (0,0)	0 (0,0)

Wyniki kwestionariusza TRF: pomiar 1. i pomiar 2.

W Grupie Int. istotne różnice w zakresie nasilenia objawów między pomiarem 1. i pomiarem 2. wykazano dla skali „Zaburzeń uwagi” ($18,5 \pm 7,5$ vs. $15,9 \pm 8,5$; $p = 0,004$) oraz dla wyniku całkowitego TRF ($62,4 \pm 28,5$ vs. $53,5 \pm 31,0$; $p = 0,021$), natomiast w Grupie TAU nie wykazano istotnych zmian.

Wyniki kwestionariusza YRS: pomiar 1. i pomiar 2.

W Grupie Int. istotne różnice w zakresie nasilenia objawów między pomiarem 1. i pomiarem 2. wykazano dla skali „Problemów społecznych”, „Zaburzeń uwagi”, „Lęk i depresji”, „Zachowań agresywnych”, „Zaburzeń myślenia” oraz „Zachowań internalizacyjnych”, „Zachowań eksternalizacyjnych” i dla wyniku całkowitego YRS. W Grupie TAU istotną statystycznie zmianę stwierdzono w skalach „Zachowań przestępczych”, „Zachowań agresywnych” oraz „Zachowań eksternalizacyjnych” YRS (tab. 6).

Tabela 6. Zmiana nasilenia objawów mierzona YRS w Grupie Int. oraz Grupie TAU

Grupa Int.	Pomiar 1.	Pomiar 2.	
YRS: nastolatki (N = 32)	Wynik średni (SD)	Wynik średni (SD)	p
Wycofanie	4,0 (2,5)	3,4 (2,5)	0,155
Objawy somatyczne	4,0 (3,2)	3,3 (2,8)	0,028
Lęk i depresja	9,2 (4,4)	7,6 (4,5)	0,016
Problemy społeczne	5,7 (2,8)	4,0 (2,5)	0,001
Zaburzenia myślenia	3,0 (3,0)	2,3 (2,8)	0,063
Zaburzenia uwagi	9,2 (2,9)	7,3 (2,8)	0,001
Zachowania przestępcze	5,0 (3,2)	4,4 (3,0)	0,135
Zachowania agresywne	15,9 (6,9)	13,9 (7,6)	0,056
Zachowania eksternalizacyjne	20,8 (9,3)	18,4 (10,1)	0,036
Zachowania internalizacyjne	17,3 (8,6)	14,3 (8,4)	0,007
Wynik całkowity	61,9 (23,9)	51,6 (24,9)	0,001
Grupa TAU	Pomiar 1.	Pomiar 2.	
YRS: nastolatki (N = 11)	Wynik średni (SD)	Wynik średni (SD)	p
Wycofanie	3,6 (2,3)	2,8 (2,6)	0,531
Objawy somatyczne	2,9 (2,8)	2,3 (2,2)	0,399
Lęk i depresja	7,3 (5,7)	4,0 (2,8)	0,124
Problemy społeczne	2,9 (2,2)	2,8 (1,8)	0,905
Zaburzenia myślenia	2,2 (2,0)	1,9 (1,9)	0,673
Zaburzenia uwagi	6,9 (2,3)	6,3 (3,0)	0,260
Zachowania przestępcze	4,0 (2,8)	2,4 (1,9)	0,017

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Zachowania agresywne	11,5 (6,0)	7,7 (4,5)	0,021
Zachowania eksternalizacyjne	15,5 (8,6)	10,1 (5,7)	0,014
Zachowania internalizacyjne	13,8 (7,9)	9,1 (6,6)	0,258
Wynik całkowity	45,8 (20,1)	35,1 (16,4)	0,168

Ocena efektu oddziaływania

Oceny efektu oddziaływania dokonano dla Conners-IOWA-10 oraz CBCL w odniesieniu do zmiennych, dla których uzyskano zmiany istotne statystycznie. Uczestnictwo w „Warsztatach dla rodziców dzieci nadpobudliwych” w ocenie matek przyniosło istotny statystycznie efekt, najczęściej umiarkowany. Oddziaływania typu *As-Usual* wiązały się w większości z efektem małym lub nieznaczącym (tab. 7).

Tabela 7. Efekt oddziaływania interwencji lub spotkań *As-Usual* – oceny matek i ojców w Conners-IOWA-10 oraz oceny matek w CBCL

Typ pomiaru	Czynnik	D	r	Efekt oddziaływania według Cohena
Conners-IOWA-10 Grupa Int.	Skala pełna (matki)	0,47		Umiarkowany
	Skala pełna (ojcowie)	0,25		Mały
	Podskala IO (matki i ojcowie)	0,44	0,33*	Umiarkowany
	Podskala OD (matki i ojcowie)	0,30	0,26*	Mały
	Podskala IO (matki)	0,46		Umiarkowany
	Podskala OD (matki)	0,38		Umiarkowany
Conners-IOWA-10 Grupa TAU	Skala pełna (matki)	0,06		Nieznaczący
	Skala pełna (ojcowie)	-0,15		Nieznaczący
	Podskala IO (matki)	-0,09		Nieznaczący
	Podskala OD (matki)	0,16		Mały
CBCL matki Grupa Int.	Problemy społeczne	0,15		Mały
	Zaburzenia uwagi	0,30		Mały
	Zachowania agresywne	0,42		Umiarkowany
	Zachowania eksternalizacyjne	0,33		Umiarkowany
	Wynik całkowity	0,20		Mały
CBCL matki Grupa TAU	Zaburzenia uwagi	0,40		Umiarkowany
	Zachowania agresywne	0,13		Mały
	Zachowania eksternalizacyjne	0,15		Mały
	Wynik całkowity	0,23		Mały

Dyskusja

Zmiany w zakresie nasilenia objawów w ocenie rodzicielskiej

Wyniki uzyskane dla dwóch pomiarów kwestionariusza Conners-IOWA-10 oraz CBCL wskazują na zmiany w zakresie nasilenia objawów podobne do zaobserwowanych w badaniu Webster-Stratton i wsp. [19], gdzie poprawa dotyczyła nasilenia objawów ADHD, problemów eksternalizacyjnych oraz funkcjonowania społecznego dzieci. Obserwacje te wydają się przeczyć hipotezie, według której treningi rodzicielskie poprawiają głównie umiejętności w zakresie radzenia sobie z problemami dziecka oraz zwiększają poziom tolerancji rodzica, w ograniczonym zaś stopniu wywierają wpływ na redukcję nasilenia samych objawów nadpobudliwości psychoruchowej [6]. Niewątpliwie jednym z najistotniejszych efektów programów terapeutycznych adresowanych do rodziców dzieci z ADHD jest zmiana sposobu myślenia o zaburzeniu, co pozwala na zmniejszenie nasilenia objawów zachowań opozycyjno-buntowniczych. Z drugiej strony modyfikacja metod wychowawczych wspomaga emocjonalny i społeczny rozwój dziecka, co może przekładać się na poprawę w zakresie objawów nieuwagi, impulsywności oraz funkcjonowania społecznego.

Zmianę nasilenia objawów w grupie eksperymentalnej zaobserwowano niezależnie od rodzaju ustalonego rozpoznania. Oddziaływania okazały się jednak mniej skuteczne w odniesieniu do dzieci ze znacznym nasileniem problemów, tj. z rozpoznaniem ADHD+ODD oraz podtypem mieszanym ADHD. Ale też wyniki w grupie z podtypem mieszanym ADHD dowodzą, że to właśnie w tej grupie, a nie w grupie z ADHD+ODD, większy odsetek dzieci przesunął się do obszaru normy w 2. pomiarze w skali „Zachowań eksternalizacyjnych” CBCL. Powyższe obserwacje pośrednio mogą świadczyć o najsilniejszym wpływie warsztatów na zachowania niepożądane wynikające z objawów nadpobudliwości psychoruchowej [20]. Wydaje się to zgodne z wynikami metaanalizy Lee i wsp. [21], którzy twierdzą, że dzieci z ADHD są bardziej podatne na interwencje terapeutyczne niż te, u których ADHD współwystępuje z ODD. W grupie z rozpoznaniem podtypu ADHD z przewagą zaburzeń uwagi również stwierdzono istotne zmniejszenie nasilenia objawów w Conners-IOWA-10. Jednakże w związku z małą liczebnością grupy trudno pokusić się o ostateczne podsumowania.

Mimo że większość badaczy stoi na stanowisku, że treningi rodzicielskie mają największy wpływ na redukcję zachowań opozycyjnych [22, 23], to istnieją również hipotezy tłumaczące ich działanie w innych wymiarach. Jeden z rozważanych mechanizmów może się wiązać z ich wpływem na deficyty hamowania. Zapewnianie dzieciom spójnych i przewidywalnych konsekwencji oraz pozytywnych wzmocnień może wzmacniać mechanizmy hamowania, a przez to wpływać na umiejętności koncentrowania uwagi [24]. Z drugiej strony ich wpływ na komponentę nieuwagi/nadruchliwości może być pośredni – w wyniku redukcji objawów opozycyjno-buntowniczych poprawie ulega również interakcja rodzic-dziecko. Zachowania opozycyjne i agresywne mogą zaburzać rozwój procesów kontroli, a towarzysząca im atmosfera napięcia i konfliktu dodatkowo może zmniejszać motywację dziecka do koncentrowania się na rodzicielskich instrukcjach i podążania za nimi. Stąd też poprawa kompetencji

rodzicielskich wspiera rozwój umiejętności społecznych u dziecka, krytycznych dla rozwoju kontroli impulsów i umiejętności koncentrowania uwagi [23].

Wyniki uzyskane dla grupy dzieci leczonych farmakologicznie wydają się jednoznacznie świadczyć o tym, że doszło do zsumowania efektów oddziaływań behawioralnych i farmakologicznych. Ale też można przyjąć, że zmiana zaobserwowana w grupie dzieci nieleczonych farmakologicznie była przede wszystkim efektem wdrożonych metod behawioralnych. Dalej i wsp. [25] dokonali oceny siły oddziaływania warsztatów rodzicielskich w zakresie redukcji objawów ADHD i ODD w grupach dzieci nieleczonych farmakologicznie i wykazali, że wpływ na nasilenie problemów eksternalizacyjnych był znaczący. Z kolei w badaniu własnym poprawa w zakresie nasilenia objawów mierzona kwestionariuszem Conners-IOWA-10 była wyraźniejsza w grupie dzieci leczonych farmakologicznie. Być może ze względu na nasilenie objawów zespołu nadpobudliwości psychoruchowej pojedynczo wdrażane interwencje behawioralne (bez leczenia farmakologicznego) nie przynoszą wystarczającego efektu.

Zmiany w zakresie nasilenia objawów w ocenie nauczycielskiej i na podstawie samooceny

Liczba ocen pozyskanych od nauczycieli jest znacznie mniejsza niż w wypadku rodziców, ale mimo to można uznać je za bardziej obiektywne niż oceny rodzicielskie, ponieważ nauczyciele nie byli uczestnikami warsztatów, a jedynie dwukrotnie oceniali zachowania dzieci. W grupie eksperymentalnej zmiany zaobserwowane przez nauczycieli były zbieżne z raportowanymi przez matki w dwóch pomiarach kwestionariuszem CBCL. Można zatem sądzić, że zauważana przez nauczycieli zmiana może odzwierciedlać rzeczywistą poprawę funkcjonowania. Badania dotyczące skuteczności warsztatów rodzicielskich, w których posłużono się kwestionariuszem TRF, są nieliczne [26], stąd trudno jest przeprowadzić bardziej wnikliwe analizy uzyskanych wyników.

Biorąc pod uwagę wyniki dwóch pomiarów kwestionariuszem YSR, można przyjąć, że zarówno młodzież z grupy eksperymentalnej, jak i z grupy odniesienia zaobserwowała u siebie wiele korzystnych zmian. Rezultaty te mogą być wyrazem gotowości młodzieży do korzystania z pomocy lub potrzeby zmiany swojej sytuacji życiowej. Mogą być także konsekwencją poprawy interakcji rodzice–dziecko albo reakcją młodzieży na pozytywną zmianę w zakresie stosowanych przez rodziców metod wychowawczych.

Ocena efektu oddziaływania

Wyniki analiz pozwalają przyjąć, że wielkość efektu wdrożonych interwencji jest na poziomie umiarkowanym lub małym w wypadku grupy eksperymentalnej oraz na poziomie małym lub nieznaczącym w wypadku grupy odniesienia. Silniejszy wpływ stwierdzono dla czynnika „Nieuwaga/nadruchliwość” w Conners-Iowa-10 niż dla czynnika „Opozycyjność/buntowniczość”, z drugiej jednak strony wyniki pomiarów w CBCL wskazują na mały wpływ na komponentę zaburzeń uwagi i umiarkowany w odniesieniu do zachowań agresywnych i eksternalizacyjnych. Wyniki prac poświę-

conych ocenie siły oddziaływania warsztatów rodzicielskich na nasilenie problemów eksternalizacyjnych wskazują na ich pozytywny i znaczący wpływ [6, 27–30]. Metaanaliza badań Lee i wsp. [21] potwierdza umiarkowany efekt w wypadku dzieci z ADHD, przy czym w odniesieniu do dzieci ze współwystępującymi zachowaniami opozycyjno-buntowniczymi ten efekt był mniejszy. Wyniki zbliżone do opisanych w badaniu własnym uzyskano w odniesieniu do innych programów realizujących treningi rodzicielskie [31, 32].

Ograniczenia badania

Podstawowym ograniczeniem badania jest mała liczebność grupy *As-Usual* oraz brak innej grupy odniesienia, tzn. takiej, w której przeprowadzono by inny rodzaj oddziaływań terapeutycznych, o udowodnionej już skuteczności. Kolejnym jest brak randomizacji, co umiejscawia prezentowane badanie w grupie obserwacyjnych badań ekologicznych. Wybrane do oceny skuteczności programu narzędzia były już wcześniej wykorzystywane w badaniach o podobnej tematyce [33, 34]. Pozyskanych ocen nie można jednak do końca traktować jako niezależnych, gdyż zostały one dokonane przez uczestników interwencji.

Wnioski

Oceniany program terapeutyczny prowadzi do redukcji nasilenia objawów u dzieci i młodzieży z zespołem nadpobudliwości psychoruchowej w umiarkowanym lub małym zakresie, niezależnie od podtypu zaburzenia, współwystępujących opozycyjno-buntowniczych zaburzeń zachowania, a także stosowanej farmakoterapii (u tych uczestników, u których została ona wdrożona).

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Washington, DC: Author; 2013.
2. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. J. Child. Psychol. Psychiatry 2015; 56(3): 345–365.
3. Jensen CM, Steinhausen HC. *Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study*. Atten. Defic. Hyperact. Disord. 2015; 7(1): 27–38.
4. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People and Adult Clinical Guidelines*. London: NHS; 2008.
5. CADRAA (The Canadian Attention Deficit Hyperactivity Disorder Resource Alliance). *Canadian ADHD Practice Guidelines*. CAP-Guidelines; 2011.
6. Sonuga-Barke EJS, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M i wsp.; European ADHD Guidelines Group. *Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review*

- and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatment.* Am. J. Psychiatry 2013; 170(3): 275–289.
7. Wolańczyk T, Skotnicka M, Kołakowski A, Pisula A, Bryńska A. *Warsztaty dla rodziców dzieci nadpobudliwych.* Praca niepublikowana. Warszawa; Warszawski Uniwersytet Medyczny: 1998.
 8. Barkley RA. *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training.* New York: Guilford; 1987.
 9. Döpfner M. *Therapieprogramm für Kinder mit hyperkinetischem und oppositionellem Problemverhalten.* Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion; 1997.
 10. Faber A, Mezlich E. *Jak mówić, żeby dzieci nas słuchały, jak słuchać, żeby dzieci do nas mówiły.* Poznań: Media Rodzina; 1998.
 11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington DC: Author; 1994.
 12. Achenbach TM, Rescorla LA. *Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment.* New York: Guilford Press; 2007.
 13. Wolańczyk T. *Zaburzenia emocjonalne i behawioralne u dzieci i młodzieży szkolnej w Polsce.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Medycznej; 2000.
 14. Loney J, Milich R. *Hyperactivity, inattention, and aggression in clinical practice.* W: Wolraich M, Routh DK. red. *Advances in developmental and behavioral pediatrics.* Greenwich, CT: JAI; 1982.
 15. Wolańczyk T, Kołakowski A, Liwska M. *Polska wersja Kwestionariusza Connersa dla Rodziców i Nauczycieli – An Abbreviated Parent-Teacher Questionnaire (IOWA-Conners, IOWA). Badanie wśród rodziców. Doniesienie wstępne.* W: Namysłowska I red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia.* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. S. 47-54
 16. Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. *Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scale.* J. Abnorm. Child. Psychol. 1978; 6(2): 221–236.
 17. Kołakowski A, Wolańczyk T, Liwska M. *Polska wersja Kwestionariusza Connersa dla Nauczycieli – The Revised Conners Teacher Rating Scale (RCTRS). Doniesienie wstępne.* W: Namysłowska I. red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia.* Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. S. 55-64
 18. Cohen J. *Statistical poweranalysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 19. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. *Combining parent and child training for young children with ADHD.* J. Clin. Child. Adolesc. Psychol. 2011; 40(2):191–203.
 20. Lundahl B, Risser HJ, Lovejoy MC. *A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effect.* Clin. Psych. Review. 2006; 26(1): 86–104.
 21. Lee P, Niew W, Yang H, Chen VC, Lin KC. *A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder.* Res. Develop. Dis. 2012; 33(6): 2040–2049.
 22. Hazell P. *Attention deficit hyperactivity disorder in pre-school aged children.* W: Kosky R, O'Hanlon A, Martin G, Davis C. red. *Clinical approaches to early intervention in child and adolescent mental health.* Adelaide: Australian Early Intervention Network for Mental Health in Young People; 2000. S. 29-33
 23. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. *The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties.* J. Abnormal. Child. Psych. 2002; 30(6): 571–587.
 24. Johnston C, Mash EJ. *Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research.* Clin. Child. Fam. Psych. Rev. 2001; 4(3): 183–207.

25. Daley D, Oord van der S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S i wsp. *European ADHD Guidelines Group. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 2014; 53(8): 835–847.
26. Fallone GP. *Treatment for maternal distress as an adjunct to parent training for children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Doctoral dissertation. Available from ProQuest Dissertations and Theses Database; 1999.
27. Michelson D, Davenport C, Dretzke J, Barlow J, Day C. *Do evidence-based interventions work when tested in the 'real world'? A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior*. Clin. Child. Fam. Psych. Rev. 2013; 16(1): 18–34.
28. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. *Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children aged 5 to 18 years*. Cochrane Database Syst. Rev. 2011; (12): CD003018.
29. Dretzke J, Frew E, Davenport C, Barlow J, Stewart-Brown S, Sandercock J i wsp. *The effectiveness and cost-effectiveness of parent training/education programmes for the treatment of conduct disorder, including oppositional defiant disorder, in children*. Health Technol. Assessment 2005; 9(50): 1–250.
30. Dretzke J, Davenport C, Frew E, Barlow J, Stewart-Brown S, Bayliss S i wsp. *The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: A systematic review of randomised controlled trials*. Child. Adolesc. Psych. Mental Health 2009; 3(1): article number 7.
31. Plücker J, Wiczorrek E, Wolff Metternich T, Döpfner M. *PEP-Screen-Screening von Expansivem Problemverhalten bei Kindern im Kindergartenalter für Eltern und Erzieherinnen [Präventionsprogramm für Expansives Problemverhalten]*. Kurznachwei Göttingen: Hogrefe; 2006.
32. Hautmann C, Hanisch C, Mayer I, Plücker J, Döpfner M. *Effectiveness of the prevention program for externalizing problem behaviour (PEP) in children with symptoms of attention-deficit-hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder generalization to the real world*. J. Neu Transmission. 2008; 115(2): 363–370.
33. Hautmann C, Stein P, Eichelberger I, Hanisch C, Plücker J, Walter D i wsp. *The severely impaired do profit most: Differential effectiveness of a parent management training for children with externalizing behavior problems in a natural setting*. J. Child. Fam. Studies 2011; 20(4): 424–435.
34. Lau AS, Fung JJ, Ho LY, Liu LL, Gudiño OG. *Parent training with high-risk immigrant chinese families: A pilot group randomized trial yielding practice-based evidence*. Behav. Ther. 2011; 42(3): 413–426.

Adres: Tomasz Srebnicki
Klinika Psychiatrii Wieku Rozwojowego WUM
02-091 Warszawa, ul. Żwirki i Wigury 61
e-mail: srebnicki@wp.pl

Otrzymano: 7.11.2018
Zrecenzowano: 6.01.2019
Otrzymano po poprawie: 16.01.2019
Przyjęto do druku: 2.02.2019