

Kumulovanie výsledkov skúmania efektu psychoterapie

Metaanalýzy a prehľadové štúdie

Blok II
18.11.2011
Matúš Bieščad

Metaanalýza

- **analýza analýz**
- 1976 – Glass – použil prvý krát pojem metaanalýza – pre štatistickú analýzu veľkého množstva analytických výsledkov individuálnych štúdií za účelom integrovať ich závery (podľa Hendl, 2004)
- **Smith, Glass, Miller (1980):**
The Benefits of Psychotherapy
(Baltimore: John Hopkins University Press)

Miera efektu

- v metaanalýze pracujeme s tzv. **mierou efektu – EFFECT SIZE (ES)**
- rozličné ES, veľmi časté používanie adaptovaného indexu **Cohenovo d**

$$d = \frac{\bar{x}_e - \bar{x}_k}{s}$$

- Cohenova kategorizácia veľkosti ES:
malý efekt - do 0,2
stredný efekt - do 0,5
vysoký efekt - do 0,8
veľmi vysoký efekt - nad 0,8

The Benefits of Psychotherapy

- Smith, Glass, Miller (1980) - analýza 475 štúdií
- priemerná **miera efektu $d = 0,85$**
- znamená to, že na konci liečby je **priemerný liečený pacient** na tom lepšie ako **80% neliečených jednotlivcov v kontrolnej skupine**

Metaanalýza

- **analýza distribúcie mier efektu viacerých výskumných štúdií týkajúcich sa zvoleného problému**
- dva typy metaanalýz vo výskume psychoterapie:
 - 1, *metaanalýzy sledujúce efekt psychoterapie*
 - 2, *metaanalýzy sledujúce kovariáciu premenných* – hľadanie premenných, ktoré ovplyvňujú efekt psychoterapie
- podrobnejšie o metodológii metaanalýz u nás Hendl (2004)

Príklad súčasných metaanalýz

- Aká je účinnosť liečby panickej poruchy? – formulácia výskumného problému
- vyhľadajú sa všetky štúdie, ktoré sa týkajú danej témy – všetky štúdie, kde sa skúma účinnosť liečby panickej poruchy
- dáta v štúdiách sa kódujú a pre každú štúdiu sa vypočíta miera efektu
- následne sa vypočíta súhrnná miera efektu

KBT, farmakoterapia a kombinovaná liečba pre panickú poruchu (Gould, Otto, Polack, 1995)

liečba	počet štúdií	mera efektu
KBT	19	0,68
farmakoterapia	16	0,47
kombinácia (KBT a farmakoterapia)	6	0,56

Vzájomné porovnanie účinnosti jednotlivých terapeutických prístupov:

- vo výskume psychoterapie časté porovnávanie jednotlivých terapeutických prístupov
- napr. Stiles et al. (2006) – porovnanie KBT, PCA a psychodynamických prístupov v bežnej praxi
 - *paradox terapeutickej ekvivalencie* – rôzne terapeutické prístupy dosahujú rovnaké výsledky napriek zjavne odlišným teóriám, z ktorých vychádzajú a technikám, ktoré uplatňujú
- tiež napr. výsledky Elkin et al. (1989)
- použitie metaanalýzy - Wampold et al. (1997) – empirické overenie výroku vtáka Doda (*Dodo Bird Verdict*)

Výrok vtáka Doda (*Alice in Wonderland*)



„Všetci vyhrali a všetci musia dostať cenu.“

- Wampold et al. (1997) zahrnuli do metaanalýzy štúdie, ktoré priamo porovnávali medzi sebou dve bona fide psychoterapie
- pri platnosti výroku vtáka Doda by mala byť priemerná miera efektu rozdielov medzi terapiami nulová
- zahrnuli 277 porovnaní

Výsledky

- **priemerná miera efektu rozdielov medzi terapeutickými prístupmi ES = 0,21** - nie je to signifikantne odlišné od nuly
- autori uvádzajú, že je to nadhodnotené číslo, môže sa považovať za horný interval skutočnej miery efektu

Zhrnutie mier efektu metaanalýz výsledkov terapie:

porovnanie	ES
psychoterapia vs. žiadna liečba	0,82
psychoterapia vs. placebo	0,48
placebo vs. žiadna liečba	0,42
porovnanie <i>bona fide</i> terapií	0<ES<0,21

Všeobecné výsledky metaanalýz (Lambert, Ogles, 2004)

- je jednoznačne preukázané, že psychoterapia má **všeobecný pozitívny efekt** (v klinických skúškach má pre 40-70% pacientov psychoterapia značný účinok)
- psychoterapia je jednoznačne účinnejšia ako kontrolná skupina bez liečby aj ako placebo
- psychoterapia má porovnateľný účinok ako farmakoterapia
- najčastejšie je to skúmané pri depresii, kde sa zistilo, že iba pri ťažšej depresii je kombinovaná liečba o málo úspešnejšia ako samotná psychoterapia

Prehľadové štúdie

- klasická alternatíva k metaanalýzám
- predstavujú kreatívne teoretické zhodnotenie nielen nazhromaždených zistení, ale aj zhodnotenie metodológie skúmania a ďalších faktorov dôležitých pre túto oblasť výskumu
- príklad: kapitoly z *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert (Ed.), 2004)
- **Lambert, Ogles: Efficacy and effectiveness of psychotherapy** – účinnosť psychoterapie v klinických skúškach, metaanalýzy, porovnanie s placebom, zhoršovanie v psychoterapii....

Systematické prehľadové štúdie

- vopred postavené výskumné otázky, kritériá identifikovania štúdií, zhodnotenia štúdií, nezávislí posudzovatelia, ktorí triedia dáta zo štúdií podľa stanovených kritérií
- systematické prehľadové štúdie môžu mať aj podobu databáz
- napr. **Cochrane Library** – databáza systematických prehľadov „medicíny podloženej dôkazmi“ (*evidence-based medicine*)
- pokrýva aj štúdie skúmajúce psychoterapiu a podobné psychologické intervencie

Výskumy typu „dávka-výsledok“
a „na pacienta zameraný výskum“

Výskumy dávka výsledok:

- *dose-effect, dose-outcome*
- sleduje sa vzťah počtu dávky psychoterapie (najčastejšie sa za jednotku dávky považuje terapeutické stretnutie) a dosiahnutie terapeutickú zmeny
- cieľom je zistiť vzťah počtu stretnutí a počtu zlepšených pacientov
- Howard et al. (1986) – analýza dát od 2,400 pacientov pre identifikovanie vzťahu dávky a dĺžky psychoterapie

Howard, Lueger, Maling, Martinowich (1993)

- **overovanie teoretického modelu priebehu psychoterapie, tzv. trojfázového modelu psychoterapie**
- **psychoterapia prebieha v troch fázach:**
 - 1, remoralizácia (*remoralization*)** - zvyšovanie subjektívnej životnej pohody (well-being)
 - pacient po upadnutí do beznádeje a stavu bezmocnosti opäť mobilizuje svoje kopingové zdroje, spúšťajú sa procesy práce na vlastnom probléme
 - 2, náprava (*remediation*)** – redukcia symptómov
 - táto druhá fáza je zameraná na vyriešenie a zvládnutie pacientových symptómov a životných problémov
 - 3, rehabilitácia (*rehabilitation*)** – zlepšovanie v životnom fungovaní
 - môže ísť o osobnostný rozvoj, ale aj o udržanie ziskov z terapie a prevencia relapsov

Overovanie trojfázového modelu terapie:

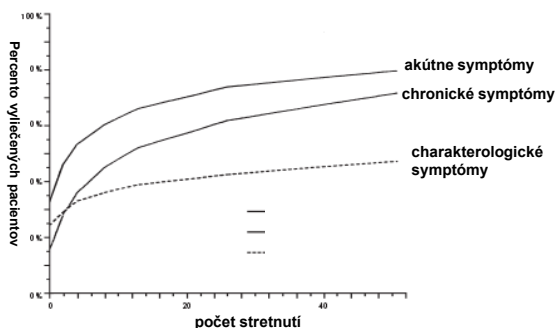
- autori merali osobitným nástrojom well-being, symptómový distress a životné fungovanie
- viac ako 400 pacientov vyplnilo dotazníky na začiatku liečby, po 2., 4. a 17. týždni liečby
- výsledky potvrdili overovanú teóriu:
 - zlepšenie well-beingu predchádzalo a bolo pravdepodobne nevyhnutnou podmienkou pre redukciu symptómov
 - zlepšenie v symptómoch predchádzalo a bolo pravdepodobne nevyhnutnou podmienkou pre zlepšenie životného fungovania

Kopta, Howard, Lowry, Beutler (1994)

- v súvislosti s „dávkovacím“ modelom terapie skúmali rozdiely v zlepšovaní rôznych symptómov v priebehu psychoterapie
- 854 ambulantných pacientov vyplnili SCL-90 na začiatku a v priebehu liečby
- 62 symptómov z SCL-90 bolo na základe probit analýzy rozdelených do troch skupín:
 - a) akútne symptómy
 - b) chronické symptómy
 - c) charakterologické symptómy

- pre každý symptóm bola vypočítaná hodnota **ED₅₀ – effective dose 50** – dávka terapie (počet stretnutí) potrebná na to, aby sa zo symptómu vyliečilo 50% pacientov
- akútne symptómy – ED₅₀ = 5
- chronické symptómy – ED₅₀ = 14
- charakterologické symptómy – ED₅₀ = viac ako 104
- symptómy chronického distresu ukazovali najrýchlejší pomer zlepšovania, charakterologické symptómy najpomalší
- v akútnych symptómoch dosahovali pacienti najvyššie percento vyliečenia

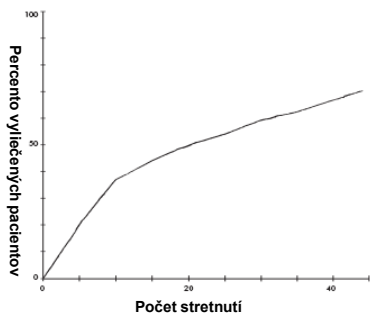
Grafické znázornenie vzťahu dávky a efektu v jednotlivých skupinách symptómov (Kopta et al, 1994)



Na pacienta zameraný výskum

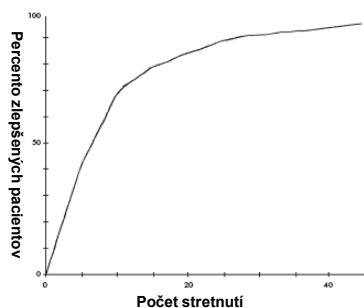
- *patient-focused research*
- Howard et al. (1996) – odpovedá na otázku, či funguje liečba pre konkrétneho pacienta
- v tomto prístupe sa na základe vstupných premenných modeluje priebeh terapeutickej zmeny v závislosti od počtu absolvovaných terapeutických stretnutí u konkrétneho pacienta
- v poslednej dobe ho významne rozvíja výskumný tím M.J. Lamberta s použitím opakovanej administrácie dotazníka OQ-45
- **Lambert, Hansen, Finch (2001)** - 6000 pacientov, zisťovali vzťah dávky terapie a dosiahnutia kritérií terapeutickej zmeny (podľa Jacobson, Truax, 1991)

Krivka dosiahnutia klinicky významného zlepšenia (vyliečenia) v závislosti od počtu psychoterapeutických stretnutí (Lambert, Hansen, Finch, 2001).



- aby 50% pacientov dosiahlo kritérium vyliečenia bolo potrebných 21 stretnutí, pre 75% pacientov 45 stretnutí

Krivka spoľahlivej zmeny (zlepšenia) v závislosti od počtu psychoterapeutických stretnutí (Lambert, Hansen, Finch, 2001)

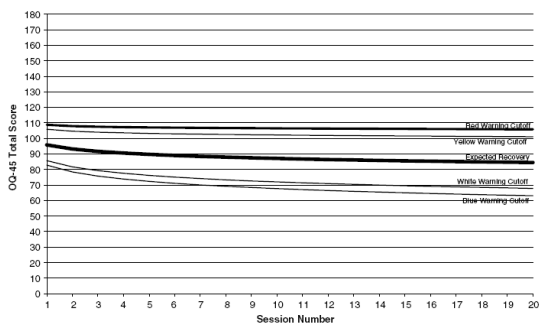


- aby sa zlepšilo 50% pacientov bolo potrebných 7 stretnutí, pre 75% bolo potrebných 14 stretnutí

Finch, Lambert, Schaalje (2001)

- vytvorenie kriviek očakávaného vyliečenia (**expected recovery curves**) a ich integrovanie do skorého výstražného systému (**early warning system**)
- na základe vstupného skóre od 11,492 pacientov, ktorí vyplnili OQ-45 na začiatku liečby a niekoľkokrát v priebehu liečby, bolo štatistickou metódou PROC MIXED analýza vygenerované krivky, ako by sa malo meniť skóre na dotazníku OQ pre každého pacienta

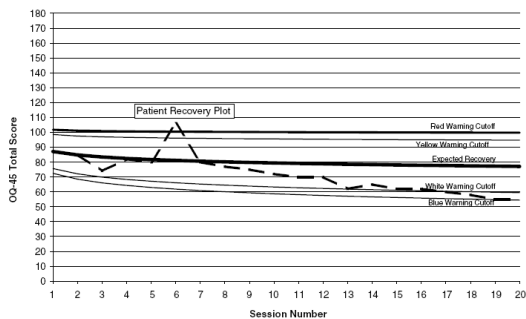
Krivka očakávaného vyliečenia pre pacientov so vstupným skóre OQ-45 s hodnotou 95-96 (Finch, Lambert, Schaalje, 2001)



- okolo každej krivky boli vytvorené horné a dolné tzv. tolerančné intervaly (68% a 80%)
- tieto krivky a tolerančné intervaly tvorili jadro **skorého varovného systému (early warning system)**
- progres pacienta je zaradený do jednej z piatich kategórií, terapeut zároveň môže obdržať nasledovnú spätnú väzbu o prograse pacienta

- 1, **zelená** – pacient sa zlepšuje podľa očakávania, jeho skóre sa nachádza v rámci vnútorného intervalu
 - *spätná väzba – pokračovať v terapii bežným spôsobom*
- 2, **žltá** – pacient sa nezlepšuje podľa očakávania, prekročil vnútorný interval, ale nachádza sa ešte v rámci vonkajšieho intervalu
 - *spätná väzba – sústrediť sa na pacientov progres*
- 3, **červená** – pacient prekročil aj vonkajší interval, patrí medzi rizikových pacientov, ktorý môžu predčasne ukončiť terapiu
 - *spätná väzba – terapia môže byť neúspešná, zvážiť zmenu liečebnej intervencie*
- 4, **biela** – pacient prekročil vnútorný dolný interval, pacient sa zlepšuje lepšie ako je očakávaná krivka vyliečenia
 - *spätná väzba – pacient sa blíži k ukončeniu terapie*
- 5, **modrá** – pacient prekročil aj vonkajší dolný interval, pacient sa významne odlišuje v pozitívnom zmysle od krivky očakávaného vyliečenia
 - *spätná väzba – ak sa to vyskytlo veľmi skoro v rámci liečby, môže ísť o neadekvátne zhodnotenie skutočného stavu zo strany pacienta*

Progres pacientky so vstupným skóre 87 a jej porovnanie s krivkou očakávaného vyliečenia. Pacientka v období 6. stretnutia stratila prácu, počas nasledujúcich týždňov si opäť prácu našla (Finch, Lambert, Schaalje, 2001)



Skorý varovný systém:

- má odhaliť pacientov, ktorí sa nevyvíjajú podľa očakávania (*signal alarm cases*), pretože je u nich riziko predčasného ukončenia terapie
- spätná väzba o progrese pacienta, ktorú dostane terapeut, má identifikovať takýchto pacientov a upozorniť na zväzovanie zmeny terapeutickú stratégiu
- u pacientov, ktorí sa vyvíjajú podľa očakávania, môže spätná väzba upozorniť na zvažovanie ukončenia terapie

Vplyv poskytovania spätnej väzby terapeutom na efekt psychoterapie

- **Whipple, Lambert, Vermeersch et al. (2003)**
 - 981 klientov poradenského centra rozdelili náhodným výberom na skupinu, kde terapeuti dostávali spätnú väzbu o prograse pacienta podľa krivky očakávaného vyliečenia, a skupinu, v ktorej terapeuti nedostávali spätnú väzbu
 - každý terapeut mal rovnaký počet klientov o ktorých dostával spätnú väzbu a o ktorých nedostával spätnú väzbu
 - navyše, terapeuti sa mohli rozhodnúť, či budú využívať „prostriedky klinickej podpory“ (clinical support tools) – tie spočívali v empiricky podložených stratégiách riešenia problémov v psychoterapii

Výsledky:

- pacienti, ktorí sa nevyvíjali podľa optimálnych predpokladov, dopadli lepšie, ak ich terapeuti dostávali spätnú väzbu
- najlepšie dopadli v skupine terapeutov, ktorí využívali „prostriedky klinickej podpory“

Výsledky pacientov (v percentách), ktorých nezlepšovanie sa v priebehu terapie naznačovalo negatívny výsledok liečby (Whipple et al., 2003)

Klasifikácia výsledku terapie	Rizikovní pacienti terapeutov, ktorí dostávali spätnú väzbu		Rizikovní pacienti terapeutov, ktorí nedostávali spätnú väzbu
	využili prostriedky klinickej podpory	nevyužili prostriedky klinickej podpory	
zhoršeni	8,5%	13,6%	19,1%
nezlepšeni	42,4%	53,4%	55,7%
zlepšeni alebo vyliečeni	49,1%	33,0%	25,2%

Prediktory efektu psychoterapie

- efekt psychoterapie sa často skúma v súvislosti s prítomnosťou premenných, ktoré ho mohli ovplyvniť – skúmajú sa tzv. prediktory efektu psychoterapie
- najprirodzenejšími prediktormi sú premenné na strane terapeutov a klientov – aktérov terapie

- **premennými na strane klientov a terapeutov sa myslia tie charakteristiky, ktoré sú relatívne stále a sú typické pre klientov a terapeutov už od začiatku terapie**
- niektoré premenné týkajúce sa klientov alebo terapeutov sa prejavujú až v procese psychoterapie, sledovaním vzťahu týchto premenných k efektu terapie sa zaoberá výskum typu „proces-výsledok“

Premenné na strane klientov

- vzťah týchto premenných k efektu terapie
 - často malé a protirečivé výsledky
- problém:
 - prekrývajúce premenné (*confounding variables*)
 - premenné pôsobia vo vzájomných interakciách, je ťažké izolovať vplyv jednej premennej
 - ak sledujeme vplyv jednej premennej (napr. rodinný stav), nemôžeme ľahko kontrolovať ďalšie premenné (napr. vážnosť psychických problémov)

Garfield (1994)

- prehľad doterajších zistení
- **vek, pohlavie** – nemajú výrazný vplyv na efekt psychoterapie
- **osobnostné charakteristiky** – ukazuje sa trend k výhodám určitých charakteristík – napr. vyššie IQ, malá rigidita, bohatosť záujmov
- **vážnosť vstupných problémov** – napr. komorbídna porucha osobnosti – vedie k nižšiemu efektu psychoterapie
- **pozitívne prediktory** – sila ega, sympatickosť pacienta pre terapeuta, štádium pripravenosti na zmenu, schopnosť psychologického uvažovania

- **prediktory predčasného ukončenia terapie**
 - 30-60% pacientov, ktorí začali terapiu, ju ukončia predčasne – zmysluplnými prediktormi takéhoto predčasného ukončenia sú hlavne procesové premenné
- **preferencie a očakávania klientov ohľadom terapie** – prediktormi sú očakávania úspešnosti terapie, tzv. rolové očakávania (či klienti správne predpokladajú, čo sa u nich očakáva v psychoterapii, aká je ich „rola“)

Príklad:

- **Blatt, Quinlan, Pilkonis, Shea (1995)** - overovali diferenciálnu prognózu dvoch rôznych typov depresie
 - 1, anaklitická** – závislá depresia – vychádza z potreby podpory druhých
 - 2, introjikovaná** – sebakritická depresia – vychádza zo sebakritiky
- analyzovali dáta z Kolaboratívneho programu liečby depresie NIMH (pozri prednášku o RCT, Elkin et al., 1989)
- popri základných nástrojoch merania (BDI, HRSD, SCL-90 a i.) sa použil aj nástroj merania **Škála dysfunkčných postojov (Dysfunction Attitudes Scale - DAS)**

- DAS škála má dve dimenzie:
 - a) potreba potvrdenia** (spájaná s anaklitickou depresiou)
 - b) perfekcionizmus** (spájaný s introjikovanou depresiou)

Výsledky:

- **perfekcionizmus – negatívny prediktor efektu terapie** – na všetkých nástrojoch merania, vo všetkých liečebných skupinách
- **potreba opory – nulový, alebo mierne pozitívny (ale nesignifikantný) trend z hľadiska úspešnosti terapie**
- **záver – nepriaznivá prognóza pacientov s vysokým perfekcionizmom**

Premenné na strane terapeutov

- výskum konzistentne ukazuje, že (Beutler, Machado, Allstetter-Neufeldt, 1994):
 - 1, veľkosť efektu terapie viac súvisí s identitou terapeuta ako s formou terapie, ktorú praktizuje**
 - 2, niektorí terapeuti v rámci všetkých terapeutických prístupov konzistentne vykazujú väčší efekt vo svojej práci**
 - 3, niektorí terapeuti konzistentne vykazujú negatívny efekt**
- z toho vyplýva dôležitosť výskumu vplyvu terapeuta na efektu psychoterapie

Luborsky, McLellan, Woody a kol. (1985)

- skúmali efektívnosť rôznych terapeutov z výskumu, ktorý porovnával efektívnosť terapeutov pri liečbe metadonových pacientov.
- tri typy liečby:
 - 1, šesťmesačná suportívno-expresívna psychoanalytická terapia (SE)
 - 2, KBT
 - 3, štandardné drogové poradenstvo (DC)
- z každej formy liečby vybrali troch terapeutov, ktorí mali najviac pacientov (od 7 do 11)

Priemerná miera efektu troch vybraných terapeutov
v troch rôznych formách liečby

Terapeuti	Priemerná miera efektu
A (SE)	0,74
B (SE)	0,59
C (SE)	0,19
D (KBT)	0,53
E (KBT)	0,44
F (KBT)	0,44
G (DC)	0,20
H (DC)	0,13
I (DC)	0,27

- pri zisťovaní toho, čo mohlo byť zodpovedné za tieto rozdiely sa ukázalo, že tri sledované charakteristiky, podľa hodnotenia kolegov terapeutov, mierne predikovali ich efektívnosť:
 - (1) záujem pomôcť pacientom
 - (2) psychologické zdravie
 - (3) psychologické zručnosti

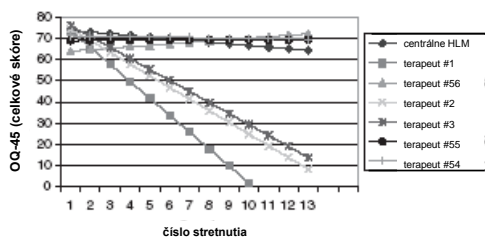
Efektívnosť terapeutov v podmienkach bežnej praxe

- vyššie uvedený výskum sledoval efektívnosť terapeutov v RCT štúdiách – starostlivo selektovaní, tréning terapeuti, predpokladá sa u nich určitá homogenita
- bežná prax - jednotliví terapeuti sa od seba výraznejšie odlišujú

Waiting for Supershrink

- Okiishi, Lambert, Nielsen, Ogles (2003)
- 91 terapeutov vo veľkom univerzitnom poradenskom centre na malo za obdobie 2 rokov 3266 klientov
- skúmaný výber bol založený na 56 terapeutoch rôznych teoretických orientácií s 1779 klientmi (kritérium minimálne 15 klientov)
- opakovaná administrácia OQ - 45, hierarchické lineárne modelovanie

Grafické znázornenie troch najefektívnejších a troch najmenej efektívnych terapeutov (Okiishi, Lambert et al., 2003)



Premenné na strane terapeuta, ktoré vplývajú na jeho efektívitu

- oveľa menej poznatkov máme o tom, aké konkrétne premenné na strane terapeuta predikujú jeho efektívitu
- sľubnou sa zdá byť skôr profesionálna skúsenosť terapeuta (v zmysle ako dlho robí terapiu) než špecifický tréning resp. tréning v špecifickom postupe (Beutler et al., 2004)
- menej kontrolujúci a menej dominujúci terapeuti sa zdajú byť efektívnejší; jednoznačne sa ukazuje byť relevantnou premennou emocionálna stabilita terapeuta a pod.
- platí tu však, že správanie sa terapeuta v procese psychoterapie je silnejším prediktorom efektu ako zachytávanie charakteristík terapeutov pred začatím terapie

Skúmanie terapeutov

- Jennings, Skovholt: skúmanie kognitívnych, emocionálnych a vzťahových charakteristík „master“ terapeutov – kvalitatívny prístup, využitie špecifického výberu „najlepších z najlepších“
- David Orlinsky – celosvetová štúdia rozvoja terapeutov
- skúmanie rozličných charakteristík terapeutov vo viacerých spolupracujúcich krajinách prostredníctvom špeciálne vytvorenej výskumnej batérie *Development of Psychotherapist Common Core Questionnaire (DPCCQ)*

INTERAKCIA VHODNEJ LIEČBY

- *Aptitude Treatment Interaction – ATI*
- špecifická podoba skúmania premenných na strane terapeuta a klienta
- najčastejšie sa skúma vhodnosť špecifickej formy psychoterapie, prípadne konkrétnej terapeutickej intervencie pre istý typ klientely
- niekedy sa skúma aj interakcia charakteristík pacienta s charakteristikami terapeuta

Niektoré výsledky:

- **klientov odpor** – klienti so sklonom byť v odpore viac benefitujú s nedirektívne vedenej psychoterapie
- **sebareflektujúci, introvertovaní a introspektívni klienti** – viac benefitujú z liečby zameranej na vhl'ad
- **impulzívni, agresívni, slabokontrolujúci sa klienti** – viac benefitujú z liečby zameranej na symptómy
- **ak majú klienti jasne formulované problémy** – viac benefitujú z KBT ako z interpersonálnej terapie
- **ak klientom nie je jasné, v čom je problém** – KBT aj IP sú rovnako účinné

Seminárna úloha

- predstavte si, že vytvárate projekt nového psychoterapeutického centra, ktoré má za cieľ poskytovať ambulantnú psychoterapiu pre široký okruh klientov
- centrum sa má nachádzať na predmestí väčšieho mesta, pracovať by v ňom malo niekoľko certifikovaných psychoterapeutov
- máte záujem, aby vami ponúkaná psychoterapia bola čo najprístupnejšia, preto by ste boli radi, aby bola (úplne alebo aspoň sčasti) hradená zo zdrojov povinného zdravotného poistenia

- veľká zdravotná poisťovňa, ktorá má veľa poistencov práve vo vašom regióne, vám ponúka veľmi výhodnú zmluvu
- požaduje však, aby ste v prvom polroku vykázali, že u 75% vašich klientov dôjde v priebehu psychoterapie k výraznému zlepšeniu, pričom u aspoň 40% klientov dôjde k veľmi výraznému zlepšeniu
- pri takomto výsledku je poisťovňa ochotná pre svojich klientov financovať neobmedzený počet terapeutických stretnutí vo vašom zariadení
- takúto evidenciu výsledkov centra však bude požadovať kontinuálne v každom polroku

- Akým spôsobom zabezpečíte preukazovanie efektivity vášho centra?
- Je takýto výsledok vôbec reálny?
- Ak nie, ako by ste upravili dohodu s poisťovňou?
- Je vôbec v niečom prínosné uzatvárať takéto dohody s poisťovňami?
- Môže sústavné sledovanie výsledkov psychoterapie u klientov slúžiť aj iným účelom ako je spomínané vyjednávanie s poisťovňami?

Monitorovanie výsledkov psychoterapie v praxi

Kritériá individuálnej terapeutickej zmeny

Meranie výsledkov psychoterapie v klinickej praxi

- tzv. **outcome assessment**
- hodnotenie sily účinku psychoterapeutickej intervencie na fungovanie pacienta (cf. Lambert, Lambert, 1999)

Pozitívny klinický dopad merania výsledkov psychoterapie:

- zvyšovanie kvality liečby
 - zaistenie zodpovedného prístupu a udržiavanie etického záväzku praktikov pre sledovanie vlastnej kvality
 - obohacovanie klinických vedeckých disciplín o poznatky o fungovaní jednotlivých liečebných prístupov v bežnej praxi
- (cf. Sederer, Dickey, Eisen, 1997; Granello, Granello, Lee, 1999; Ogles, Lambert, Fields, 2002)

Nevyhnutné podmienky pre meranie výsledkov psychoterapie v praxi

- vhodný nástroj merania výsledkov psychoterapie (dotazník, škála)
- zmysluplné kritériá terapeutickej zmeny

Kritériá individuálnej terapeutickej zmeny

- viacero prístupov, spoločné majú to, že sa snažia brať do úvahy tzv. klinickú signifikanciu zmeny – významnosť zmeny z klinického, praktického hľadiska
- Kazdin (1977) a Wolf (1978) hovoria o **sociálnej validite** – **sociálna významnosť efektu liečby** – výsledok liečby musí byť hodnotený ako významný spoločnosťou, okolím pacienta
- Kendall et al. (1999) za klinicky signifikantný považuje taký výsledok, pri ktorom pacient po liečbe nie je odlišiteľný od jednotlivcov z normálnej populácie, avšak s ohľadom na jeho primárne ťažkosti pred liečbou (koncept normatívnych porovnávaní)

Jacobson a Truax (1991):

- **koncept štatisticky a klinicky signifikantnej zmeny - zmena, ktorú vieme spoľahlivo určiť, a ktorá znamená pre pacienta návrat k normálnemu fungovaniu**
- 2 vzájomne podmienené kritériá:
 1. **štatisticky signifikantná zmena** – štatistická spoľahlivosť zmeny, ktorá je nutnou, ale nedostatočnou podmienkou pre klinicky významnú zmenu
 2. **klinicky signifikantná zmena** – významnosť zmeny z hľadiska normálneho fungovania pacienta, predpokladá štatistickú spoľahlivosť zmeny

A: Štatisticky signifikantná zmena

- **taká zmena, ktorá je dostatočne veľká v tom zmysle, že ju môžeme považovať za skutočnú zmenu, nie za zmenu náhodnú, spôsobenú chybou meracieho nástroja**
- ukazovateľ štatisticky signifikantnej je **index spoľahlivej zmeny - RCI – Reliable Change Index**
- v praxi sa RCI často uvádza ako hodnota minimálneho rozdielu medzi dvoma meraniami

$$RCI = 1,96\sqrt{2SD^2(1 - rel)}$$

(Wigerova a Solbergova (2001) ekvivalentná úprava pôvodných rovníc)

B: Klinicky signifikantná zmena

- **taká zmena, ktorá je štatisticky signifikantná a súčasne sa pri nej pacient z dysfunkčnej, patologickej populácie dostane po liečbe do funkčnej, zdravej populácie**
- túto hranicu funkčnej a dysfunkčnej populácie označujeme ako **cut-off skóre (deliace skóre)**

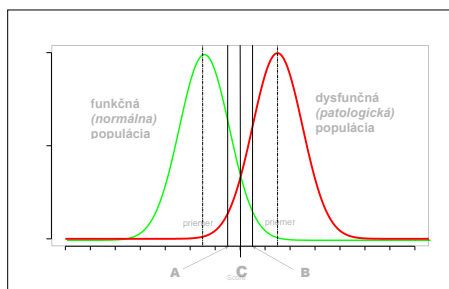
Cut-off skóre

- najčastejšie sa používa tzv. cut-off skóre „c“ - skóre po terapii je bližšie k priemeru zdravej ako dysfunkčnej populácie

$$c = \frac{SD_0 M_1 + SD_1 M_0}{SD_0 + SD_1}$$

SD₀, M₀ – funkčná populácia
SD₁, M₁ – dysfunkčná populácia

Distribúcie funkčnej a dysfunkčnej populácie a cut-off skóre



Kategórie štatisticky a klinicky signifikantnej zmeny:

- nesignifikantná zmena (bez zmeny)**
 - rozdiel skóre pred a po terapii neprekročí hodnotu RCI
- štatisticky signifikantná zmena (zlepšenie)**
 - rozdiel skóre pred a po terapii prekročí hodnotu RCI
- klinicky signifikantná zmena (vyliečenie)**
 - okrem toho, že rozdiel skóre bude vyšší ako RCI, pacient prekročí cut-off skóre a dostane sa po liečbe so svojim skóre do funkčnej populácie
- klinicky signifikantné zhoršenie**
 - rozdiel skóre pred a po terapii prekročí RCI, avšak v smere väčšej patológie

Príklad:

- hodnoty RCI a cut-off skóre sú pre nástroje merania efektu psychoterapie uvedené v manuáloch

CORE-OM Celkové skóre
klinická populácia: M = 1,72 SD = 0,76
bežná (neklinická) populácia: M = 0,84 SD = 0,52
reliabilita (test-retest) $r_{tt} = 0,724$
RCI = 0,76 c = 1,20

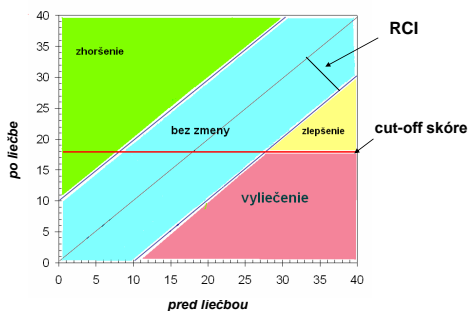
Terapeutická zmena:

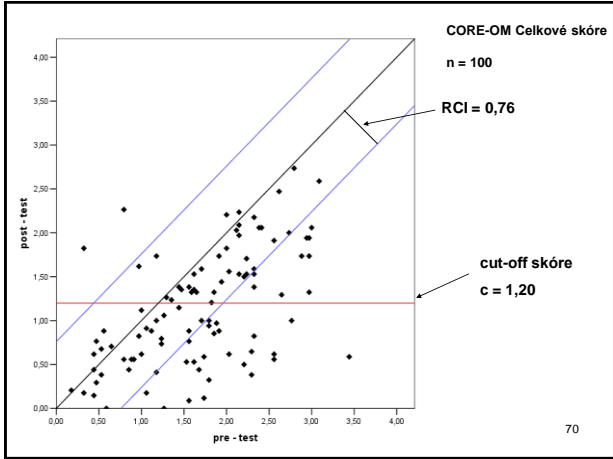
- n = 100 pacientov, 95 z nich hospitalizovaní psychiatrickí pacienti,
- pred a po liečbe vyplnili dotazník CORE-OM
- interval medzi vyplnením dotazníka pred a po liečbe bol v priemere 22,14 dní

Štatistické porovnanie priemerov (párový t-test)				
	pred liečbou M (SD)	po liečbe M (SD)	t-test	Cohenov d
CORE-OM Celkové skóre	1,70 (0,76)	1,14 (0,66)	8,109***	0,79

Individuálna zmena:	
bez zmeny	64
zlepšenie	9
vyliečenie	25
zhoršenie	2

Grafické znázornenie kritérií terapeutick^{ej} zmeny (Jacobson-Truax Plot)

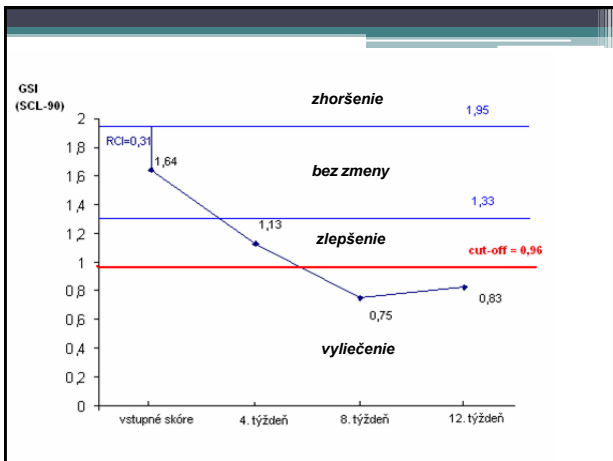




71

Monitorovanie výsledkov terapie u jedného pacienta:

- sledovanie progresu jednotlivého pacienta
- hypotetický príklad:
 - ❖ použitie škály SCL-90
 - ❖ administrácia škály pred liečbou, v 4. , 8. a 12. týždni liečby
 - ❖ hodnoty kritérií terapeutického zmeny pre SCL-90:
c = 0,96
RCI = 0,31



Empiricky podložená psychoterapia

/materiál na vlastné štúdium/

- koniec 20. stor. – silnejúci tlak na využívanie čo najefektívnejších terapeutických postupov:

1) tlak z vnútra profesijných psychoterapeutických združení – sleduje sa ním najmä etická stránka poskytovania čo najlepšej psychoterapeutickej starostlivosti

2) tlak zo strany obstarávateľov psychoterapeutickej starostlivosti (napr. zdravotné poisťovne) – zameraný skôr na efektívnosť nákladov spojených s hradením psychoterapie

- z týchto dôvodov sa výsledky skúmania efektu psychoterapie výrazne prejavujú v regulácii psychoterapeutickej starostlivosti
- v tejto súvislosti sa hovorí o **empiricky podloženej psychoterapii (empirically supported psychotherapy)** alebo **empiricky validizovanej terapii (EVT)**
- takisto je používaný termín, hlavne výskumníkmi psychoterapie – **výskumom informovaná psychoterapia (research-informed psychotherapy)** – širší termín – psychoterapia, ktorá flexibilne využívala všetky empiricky overené mechanizmy terapeutickéj zmeny

- **1993 – Komisia pre podporu a rozširovanie psychologických procedúr (*Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures*)** – kritériá pre identifikovanie empiricky validizovaných terapií
- veľkú váhu dala znáhodňovaným kontrolovaným skúškam (RCT)
- rozlíšila **dobře etablované terapie** a **pravdepodobne účinné terapie** – tie boli odporúčané pri vzdelávaní klinických psychológov a pre kontinuálne vzdelávanie v praxi
- ostatné formy terapie považovala za experimentálne
- **1998** – revidovala svoje kritériá pre identifikovanie empiricky validizovaných terapií

- komisia zdôraznila, že to, že nejaká terapia nie je uvedená na zozname empiricky overených terapií neznamená, že nie je účinná, nakoľko nie je možné pružne sledovať stále prebiehajúci výskum
- zoznamom empiricky podložených terapií sa nemusí psychológ bezprostredne riadiť, má byť pre neho určitým východiskovým bodom
- zoznam nemá byť nástrojom v rukách zdravotných poisťovní pri zvažovaní preplácania psychoterapie
- práca tejto komisie vyvolala ostrú kontroverziu
- hlavne boli napadnuté **kritériá** empiricky podloženej psychoterapie – napr. všetok výskum pred rokom 1981 je ignorovaný, lebo nedokáže a priori naplniť kritériá (napr. manualizovanie terapie)

Elliott (1998)

- **zhŕňa argumenty pre a proti empiricky validizovaným terapiám (EVT):**
- **argumenty v prospech EVT:**
 1. o efektívnosti psychoterapie sa vie veľa;
 2. EVT môžu zlepšiť starostlivosť o pacientov;
 3. EVT môžu ovplyvniť politiku zdravotnej starostlivosti;
 4. EVT môžu zlepšiť psychoterapeutický výcvik;
 5. EVT povzbudia výskum psychoterapie;
 6. EVT sú vytvárané fér berúc do úvahy mnohé pohľady;
 7. EVT majú heuristickú hodnotu, nakoľko slúžia ako nástroje pre ďalšie vytváranie odporúčaní pre prax.

• **kritika EVT – rozdeľuje ju do dvoch skupín:**

A, rozširovanie EVT je predčasné:

1. dáta týkajúce sa efektívnosti (externej validity) terapií na zozname sú neadekvátne;
2. terapie na zozname majú limitovanú efektívnosť (napr. efekt kognitívnej terapie depresie z dlhodobého hľadiska);
3. EVT zoznam preukazuje systematickú diskrimináciu voči istým typom výskumu, terapie a pacientov;
4. EVT zoznam vykazuje známky jednostranného politického procesu (napr. niektoré uvedené terapie majú problém s naplnením kritérií a naopak niektoré terapie spĺňajúce kritéria na zozname chýbajú);
5. EVT zoznam môže inhibovať klinické inovácie.

B, kritéria vymedzujúce EVT sú nevalídne a nenápomocné:

1. EVT kritéria sú príliš reštriktívne (ignorujú veľkú oblasť relevantného výskumu);
2. na druhej strane kritéria sú aj príliš mierne (napr. nekladú nároky na štatistickú silu skúmaných výberov, nehodnotia klinickú signifikanciu efektu terapie, napr. cut-off skóre);
3. EVT kritéria odvádzajú pozornosť od viac dôležitého výskumu;
4. EVT kritéria vyvíjajú tlak na skúmanie psychoterapie (tým, že budú výskum obmedzovať len na RCT);
5. RCT výskumný plán má mnoho metodologických problémov;
6. predpoklad diagnostickej špecifickosti je mylný (klienti spravidla majú komplexné problémy);
7. požiadavka diagnostickej špecifickosti dehumanizuje klientov;
8. manualizovanie terapie môže urobiť terapiu neflexibilnou, čo ju môže urobiť menej efektívnou;
9. manualizácia robí psychoterapeutov technikmi, ktorí môžu byť nahradení aj menej vzdelanými „terapeutmi“.

Divízia poradenskej psychológie (17 divízia) APA

- sedem princípov, na základe ktorých by sa mali riadiť prehľadové práce mapujúce efekt jednotlivých intervencií pri rôznych typoch problémov:

1, Zvažovať úroveň špecifickosti intervencií pri zhodnotení ich efektu.

- úroveň špecifickosti intervencií znamená, že by sa napríklad zisťovala na jednej úrovni účinnosť psychoterapie ako celku, na ďalšej úrovni účinnosť napr. kognitívno-behaviorálnej terapie, na ďalšej účinnosť KBT u depresie a na ďalšej účinnosť terapie využívajúcej kognitívnu reštruktúraciu pri depresii atď.

2, Špecifickosť by sa nemala obmedzovať len na diagnózu.

- okrem efektívnosti intervencie u diagnózy by sa mali brať do úvahy aj ďalšie charakteristiky klienta (pohlavie, etnická príslušnosť, osobnostné charakteristiky)

3, Vedecká evidencia by mala byť preskúmaná v celej svojej celistvosti a vhodne kumulovaná.

- ide o reakciu na EVT hnutie, ktoré preferuje znáhodňované klinické skúšky a pozerá na poznatky selektívne hľadajúc rozdiely

4, Je potrebné evidovať absolútnu a relatívnu účinnosť intervencií.

- nehodnotiť iba jednu stránku účinnosti, napr. ústup symptómov, ale celkový obraz účinnosti intervencie, napr. ako je prijímaná klientmi, aké sú na ňu náklady, v akom zmysle sa ukazuje byť efektívnejšia ako porovnávané intervencie a pod.

5, Kauzálna atribúcia pre špecifické časti intervencie by mala byť robená len ak je evidencia jednoznačná.

- tento princíp reaguje na problém toho, že „balíky“ terapie sú vydávané za evidenciu toho, že jednotlivé komponenty terapie sú účinné a zodpovedné za zmenu
- to, že je liečba účinná ešte neznamená, že sú účinné všetky jej komponenty
- účinnosť jednotlivých komponentov zisťujú tzv. *dismantled* plány

6, Efekt psychologických intervencií by mal byť hodnotený adekvátne a široko.

- má sa tu na myslí to, aby sa do úvahy nebrali napr. len zmeny symptómov, ale aj napr. zmeny v sebaúcte, sociálnom, či pracovnom fungovaní a pod. v závislosti od toho, čo je relevantné vzhľadom k problému, s ktorým klient prichádza.

7, Efekt intervencie by mal byť hodnotený aj vzhľadom k lokálnym pomerom a tiež by pri voľbe intervencie mala byť umožnená slobodná voľba (psychológov aj klientov).

Divízia psychoterapie (29 divízia) APA

- **Komisia pre empiricky podložené terapeutické vzťahy**
- komisia tejto divízie si stanovila dva ciele:
 - 1, identifikovať elementy efektívnych terapeutických vzťahov**
 - 2, určiť efektívne spôsoby prispôsobenia terapie charakteristikám pacienta**

Situácia vo Veľkej Británii

- 2001 – Ministerstvo zdravotníctva – dokument **Voľba liečby v psychologických terapiách a poradenstve** (*Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling*)
- tímová práca viacerých profesiových inštitúcií
- vytvorila kategórie evidencie a silu odporúčaní na ich základe
- tento prístup mnohí považujú za optimálny
