

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA PSYCHOLOGIE



DIPLOMOVÁ PRÁCE

# **Metody a výsledky výzkumu efektu psychoterapie**

Methods and results of therapeutic effect's research

Nikola Hořejš

Vedoucí práce: MUDr. Radvan Bahbouch

Praha 2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a že jsem uvedl všechny použité prameny a literaturu.

V Praze 10. prosince 2007

## **Poděkování**

Rád bych poděkoval Mgr. Romanu Telerovskému a jeho kolegům v Denním sanatoriu Horní Palata za ochotu podrobit svoji práci výzkumu a za pomoc při zpracování dat.

## Obsah

1	Úvod	1
	TEORETICKÁ ČÁST	3
2	Úvod	4
2.1	Co je výzkum psychoterapie?	4
2.2	Stručná historie výzkumu účinnosti	5
2.3	Použitá terminologie	6
2.4	Otázky práce	7
3	Obecná metodologie výzkumu účinnosti	9
3.1	Změna, proces a výsledek	9
3.2	Výzkumné plány	10
3.2.1	Randomizovaná klinická zkouška (RCT)	11
3.2.2	Kontrolní skupina a psychoterapeutické placebo	12
3.2.3	Kritika RCT	13
3.2.4	Alternativy RCT	14
3.3	Farmaceutický model	15
3.3.1	Alternativy farmaceutického modelu	17
3.4	Shrnutí	18
4	Metody měření a hodnocení účinnosti	20
4.1	Statistická spolehlivost změny	20
4.1.1	Koeficient spolehlivé změny (RCI)	21
4.2	Míra účinku (ES)	22
4.2.1	Druhy a interpretace ES	24
4.3	Klinicky významná změna	25
4.3.1	Koeficient klinické významnosti (CSI)	26
4.4	Dvoustupňový proces	28
4.5	Zdroje měření	29
4.5.1	Přehled zdrojů měření	30
4.5.2	Zdroje měření a míra účinku	31
4.6	Shrnutí	33
5	Výsledky měření účinnosti	34
5.1	Celková účinnost terapie	34
5.1.1	Kritika metaanalýzy	36

5.2	Srovnání terapeutických škol	37
5.2.1	Klasické studie	37
5.2.2	Empiricky podpořené terapie (EST)	39
5.2.3	Efekt ptáka Dodo	39
5.2.4	Proměnné spojené s terapeutem	41
5.2.5	Srovnání účinnosti psychodynamické terapie	43
5.2.6	Účinnost psychodynamických terapií z hlediska diagnózy	44
5.2.7	Srovnání individuální a skupinové terapie	46
5.3	Shrnutí	47
6	Závěr teoretické části	49
EMPIRICKÁ ČÁST		50
7	Úvod	51
7.1	Výzkumné otázky práce	51
8	Metoda	52
8.1	Sledované proměnné	52
8.2	Deskriptivní statistiky vzorku	55
8.3	Analýza údajů o klientech	56
9	Výsledky	57
9.1	Deskriptivní statistiky	57
9.2	Klinická významnost změny	58
9.2.1	Klinické hodnocení DŽS	58
9.2.2	Klinické hodnocení SCL-90	59
9.2.3	Klinické hodnocení MMPI-2	59
9.3	Statistická významnost změny	61
9.4	Míra účinku (ES)	61
9.5	Zlepšení a vlastní hodnocení klienta	62
9.6	Analýza vlivů na změnu	63
9.6.1	Vliv terapeuta	64
10	Diskuze	65
10.1	Omezení výzkumu	66
11	Závěr empirické části	68
12	Závěr	69
	Literatura	71

## Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1 – Hierarchie výzkumných metod	15
Tabulka 2 – Dvoustupňové hodnocení terapeutické změny	28
Tabulka 3 – ES skupinové terapie podle zdroje měření	32
Tabulka 4 – Průměrné ES ve skupinové terapii	47
Tabulka 5 – Sledované proměnné	54
Tabulka 6 – Základní údaje o klientech	56
Tabulka 7 - Průměrný věk a počet diagnóz	56
Tabulka 8 - Výsledky SCL-90 a DŽS před a po terapii	57
Tabulka 9 - Počáteční skórování ve vybraných škálách MMPI-2	58
Tabulka 10 – Procento klientů s náznakem patologie <sup>1</sup> a procento „vyléčených“ u MMPI-2	60
Tabulka 11 - Párový t-test pro SCL-90 a DŽS	61
Tabulka 12 – Hodnoty t-testu pro vybrané dvojice položek u MMPI-2	61
Tabulka 13 - ES <sub>pre-post</sub> pro SCL-90 a DŽS a pro vybrané škály MMPI-2	62
Tabulka 14 – Korelace mezi vlastním hodnocením a vybranými škálami testů	63
Tabulka 15 – Korelace výsledku před terapií a velikosti zlepšení (DŽS a SCL)	63
Tabulka 16 – Shrnutí hodnocení změny	65
Graf 1 – Srovnání různých výpočtů pro hranici CSI	27
Graf 2 – Průměry škál MMPI-2 před a po stacionáři	60
Graf 3 – Změna průměrných skóre u GSI podle terapeutů	64

# 1 Úvod

Každý klinický psycholog nebo terapeut si při své práci pokládá otázku: *Je terapie účinná?* Stejná otázka je i na začátku výzkumu psychoterapie, jehož součástí je i zkoumání její účinnosti, neboli efektu. Přesto je velký rozdíl mezi tím, když se ptá terapeut praktik, nebo když se pokoušíme o systematický vědecký výzkum. Napětí mezi praktickou a intuitivní stránkou terapie a objektivním ověřováním výsledků je v tomto oboru všudypřítomné a vedlo k tomu, že výzkum účinnosti je plný sporů a nesouhlasných výsledků. Přesto tento výzkum, který se začal plně rozvíjet teprve nedávno, nabízí určité možnosti jak posunout psychoterapii dále a sjednotit často roztříštěné poznatky a zkušenosti. To je také důvod, proč se tématu věnujeme.

Cílem této práce je shrnout současné poznatky této oblasti a odpovědět alespoň částečně na klíčové sporné otázky té části výzkumu psychoterapie, která se týká celkové účinnosti. K ověření teoretických poznatků slouží i empirický výzkum v této práci.

Úvodní kapitola teoretické části práce se zabývá postavením výzkumu účinnosti psychoterapie a jeho historií a sociálním kontextem. Definujeme v ní základní terminologii a otázky teoretické části.

Druhá kapitola nastiňuje vztah terapeutického procesu, změny a účinnosti. Snaží se zodpovědět otázky, proč měřit účinnost a jak účinnost definovat. Diskutuje vhodnost výzkumných plánů, standardu klinických studií, medicínského či farmaceutického modelu terapie a jeho alternativ.

Ve třetí kapitole se zaměřujeme na metody měření, které se používají v konkrétních výzkumných plánech, na veličiny a jednotky měření a konkrétní psychodiagnostické nástroje.

V poslední teoretické kapitole podáváme stručný přehled výsledků dosavadního výzkumu účinnosti a snažíme se zodpovědět nejčastěji pokládané otázky: Která terapie je účinná, do jaké míry, pro jaké diagnózy a klienty? Která terapie je neúčinnější? Věnujeme se také tomu, zda je možné a vhodné určit skupinu empiricky podložených terapií a jak v tom případě postupovat, například zda používat metaanalýzu či nepoužívat.

Každá teoretická kapitola je pro lepší přehlednost uzavřena shrnutím hlavních tvrzení, která jsou důležitá pro další části textu a argumentaci v závěru.

V empirické části práce aplikujeme závěry předchozího přehledu na data sebraná v denním stacionáři, kde jsme provedli naturalistický výzkum se záměrem určit účinnost terapeutického programu a zjistit, co má na účinnost největší vliv. Také jsme přitom ověřovali, které popsané metody a nástroje lze v praxi použít, a jaké jejich použití přináší výsledky.



## **TEORETICKÁ ČÁST**

## 2 Úvod

### 2.1 Co je výzkum psychoterapie?

Cílem psychoterapie je pomoc konkrétním lidem s psychickými problémy nebo v obtížné životní situaci. Výzkum psychoterapie shrnuje poznatky z tohoto praktického snažení a analyzuje je pomocí standardních vědeckých metod. Díky tomuto napětí mezi tvořivou a z velké části intuitivní praxí a simplifikujícími vědeckými postupy není vždy psychoterapie a výzkum v dokonalém souladu a často jsou závěry obou proudů odlišné.

Výzkum v USA ještě v roce 1986 ukázal, že většina psychoterapeutů považuje výzkum terapie za redukcionistický. Preferuje také výzkum průběhu terapie (84% považuje za velmi užitečné) před výzkumem účinnosti (59%) (Timuřák, 2005). Podobný závěr dělá o české psychoterapii na základě anekdotického pozorování i Miovský (2000).

Přesto si výzkum podle Timuřáka (2005) klade za cíl formování terapeutické praxe. Vychází přitom ze zkoumání nových i zavedených postupů terapie a přináší poznatky, které tyto postupy buďto podporují, zpochybňují, zpřesňují nebo nabízejí jejich alternativy. Méně často výzkum také vysvětluje terapeutické postupy a popisuje jejich fungování. Druhým, neméně důležitým cílem je odůvodnění terapie v kontextu ostatních léčebných a vědeckých přístupů. Jinými slovy obhajuje její přínos a odlišnost.

Výzkum psychoterapie se odvíjí od několika základních otázek. Garfield a Bergin (1978) v *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, velmi autoritativním přehledu psychoterapeutického výzkumu a praxe, vyslovují názor, že nejdůležitější z otázek je: „Jaké terapeutické postupy pomohou danému klientovi za daných podmínek?“ (str. 7)

Otázky výzkumu psychoterapie se pohybují na škále mezi spíše kvantitativním zkoumáním účinnosti (jaké zlepšení přinesla terapie?) a spíše kvalitativní zkoumáním procesu terapie (např. jaké postupy terapeut použil?). Podrobně se dělení na proces a účinnost věnujeme dále. Důležitý je především fakt, že výzkum terapie nenahrazuje a nemůže nahradit praxi a praktické zkušenosti. Jeho

hlavní předností jsou vědecké metody, které vedou k omezení subjektivního zkreslení, ke kterému vždy dochází, když si sám terapeut hodnotí svojí terapii.

## **2.2 Stručná historie výzkumu účinnosti**

Jisté ověření účinnosti patří k dobré praxi každého terapeuta a u některých terapeutických škol je měření účinnosti dokonce pravidelnou součástí intervence (např. krátká nebo systemická terapie). První systematický pokus o měření výsledku terapie byl zdokumentován ve 30. letech v Berlínském psychoanalytickém institutu (Aveline, Strauss, Stiles, 2005). Většina autorů ale uvádí, že širokou diskuzi nad účinností terapie vyvolal až Eysenck (1952) svojí, dnes již legendární studií z padesátých let. Porovnal v ní dvě skupiny bez terapie se skupinami, které procházely různými terapiemi. Dospěl k závěru, že přibližně dvě třetiny klientů dospělo k remisi do dvou let, nehlédě na to, zda terapií prošli či nikoliv. Navíc pozoroval, že „čím více psychoterapie, tím menší je poměr vyléčených“ (Eysenck, 1952, str. 660). Vyvolal tím vlnu kritiky, ale naštěstí i výzkumu, který se dodnes rozšiřuje. Eysenckovu studii podrobněji rozebíráme ve čtvrté kapitole věnované výsledkům měření účinnosti, během let byly jeho výsledky totiž několikrát zpochybněny. Jeho výzkum vznikl z kontextu doby, jak prozrazuje závěr jeho studie. Eysenck na základě výsledků tehdy doporučil, aby nebyly zaváděny specializované psychoterapeutické cvičky, které jsou dnes již standardní podmínkou pro terapeutickou práci. Základní cíl výzkumu psychoterapie byl tedy jasně stanoven touto kontroverzí. Bylo nutné dokázat, že psychoterapie je stejně účinná jako jiné druhy léčby, především psychiatrie.

Další posun ve výzkumu přineslo použití metaanalýzy v psychologii, která poprvé v sedmdesátých letech minulého století začala převádět výzkumy z různých studií na stejné měřítko. Za milník se zde považuje práce Smithe a Glasse (1977), kteří první srovnali 475 studií účinnosti terapie. Metaanalýza umožnila, aby se výzkumníci zaměřili na otázku, která terapie je nejúčinnější. Srovnávání s jinými terapiemi a prokázání účinnosti tvoří v současnosti největší část oboru.

Výzkum psychoterapie se dostal v devadesátých letech do centra výrazného sporu uvnitř americké psychoterapeutické komunity, když začaly sílit tlaky na určení těch terapií, které je možné podložit výzkumem (*empirically supported therapies* –

EST, nebo také *evidence based therapies* – EBT). Proud zastánců EST nabyt v USA na síle kolem roku 1995 a vyvinul úsilí k tomu, aby byly odlišovány terapie ověřené pomocí studií účinnosti (Joyce et al., 2006). Důvodem byl jak tlak pojišťoven a systému zdravotnictví, které se dostávalo pod ještě výraznější vliv manažerského uvažování (*care management*), tak i rychlý vývoj v neurologii a soupeření s lékařskými obory, kde se zaváděné postupy ověřují klinickými zkouškami.

Při argumentaci pro EST často dochází k přeceňování klinických studií (RCT) a podceňování výzkumů v přirozeném kontextu. Hnutí za EST nevedlo k omezení počtu terapií a jejím nejmateratelnějším výsledkem bylo rozšíření výzkumu psychoterapie. Na konci 90. let se ovšem od tohoto srovnávání částečně upouští, jelikož se nepodařilo rozsoudit, která terapie je nejúčinnější. Přechází se k novým otázkám, například jak se vyhnout neúspěchu v terapii, který se odhaduje na 5% až 10% (Aveline, Strauss, Stiles, 2005), nebo které složky terapie jsou účinné a jak lze účinnost terapie zvýšit. Nejnovější výzkumy jsou většinou studie typu proces-výsledek a věnují se měření účinnosti po jednotlivých sezeních a schopnosti předvídat následující vývoj a předcházet tak neúspěchu či zhoršení (Smith, Garwe, 2005).

Výzkum psychoterapie bývá někdy považován za součást postupu od jednotlivých terapeutických škol a skupin k jedné integrované psychoterapii (Timulák, 2005). Realita tyto snahy zatím odráží velmi málo. V Čechách prosazují model psychoterapie jako integrované a obecné léčby například Vymětal (1997) a Kratochvíl (2002). Podle nich integrovaný model terapie umožňuje pluralismus. Každý psychoterapeut a klient si může zvolit konkrétní metodu a školu. Neexistuje nic jako soubor závazných postupů, které například v medicíně předepisují využít nejlepší ověřené metody, které jsou reálně k dispozici (postup *lege artis*). Zároveň nabízí srovnání, kombinování a propojování jednotlivých technik a elementů z různých terapeutických škol.

### **2.3 Použitá terminologie**

Nejvýznamnější množství výzkumu psychoterapie se publikuje v angličtině, a proto i česká terminologie je závislá na trendech v anglické literatuře. Na základě české literatury lze konstatovat, že označení výsledek, efekt, účinek a účinnost se používají víceméně bez jakýchkoliv jasných odlišení či pravidel.

**Účinnost** (*effect*), nebo také efekt a účinek, je míra změny, jakou přinese terapie klientovi a to buď celkově, oproti jiné skupině, nebo v některém z dílčích měřených aspektů (například neuroticita, suicidální tendence apod.). Jedná se tedy často o veličinu, kterou lze měřit.

Timuřák (2005) uvádí, že v české literatuře se častěji používá výrazu efekt. Vzhledem k tomu, že to odporuje našim zjištěním (viz Kratochvíl, 2002; Vymětal, 2004) a považujeme termín účinnost za srozumitelnější, přikláníme se v textu k tomuto označení. Termín efekt používáme jako jeho plné synonymum. Účinností či účinkem myslíme například rozdíl v testu provedeném před a po terapii, změnu chování po terapii, sníženou závislost na alkoholu apod.

**Míra účinku** (efektu, účinnosti) je přesně určena v následující kapitole. Jde o matematicky definovanou veličinu, která se často využívá pro vyjádření velikosti účinku.

**Výsledek** (*outcome*), je buď používán jako ekvivalent k účinku (Timuřák, 2005), nebo je to obecnější termín, který zahrnuje celkový soubor změn ve všech oblastech života klienta, které přinese terapie. Rozdíl mezi termínem výsledek a účinek je v literatuře často nejasný a mění se. V anglické literatuře se většinou mluví obecněji o výzkumu výsledku (*outcome research*).

U jednotlivých terapiích můžeme zjišťovat dva druhy účinku (*effect*). První se v angličtině označuje *efficacy*, pokud vychází z randomizované klinické studie, druhý účinek je označen *effectiveness*, pokud jde o naturalistickou studii (např. Joyce et al., 2006). Toto rozdělení se v české terminologii nepoužívá a vždy se označuje o jaký typ studie se jedná.

**Proces**, nebo také průběh (*process*), označuje jednotlivé události, činnosti a postupy použité v průběhu terapie. Například: naslouchání, přenos, zadávání úkolů apod. Výzkum procesu je například zaznamenávání jednotlivých postupů a reakcí klienta, analýza jejich frekvence, dílčích výsledků a také vlivu postupů na celkový výsledek a účinek.

## 2.4 Otázky práce

Jak jsme naznačili, výzkum účinnosti psychoterapie provází několik sporných otázek, na které se i my budeme snažit dát alespoň částečnou odpověď v této práci.

Prvních z nich je bezesporu otázka, zda lze dělat výzkum psychoterapie pomocí vědeckých experimentů mimo přirozené prostředí, nebo zda se tím ztrácí veškeré nuance a subjektivní významy nutné k terapeutické praxi? S tím také souvisí otázka, jaký má být ideální design pro výzkum terapie a jak má být zacházeno s kontrolní skupinou.

Pokud měříme kvantitativně výsledky terapie, musíme se také ptát, jaké je vhodné kritérium pro účinnost, tedy jak se pozná úspěšná terapie.

Třetí otázka souvisí s účinností a jejím pojetím. Snažíme se zodpovědět, zda je terapie účinná, zda se účinnost u jednotlivých terapií liší a která terapie je nejúčinnější. Vzhledem k tomu, že se zatím nepodařilo najít signifikantní rozdíly mezi terapiemi, ptáme se také, jaký může být důvod tohoto zjištění.

### 3 Obecná metodologie výzkumu účinnosti

Dříve, než se zaměříme na konkrétní matematické postupy měření míry účinku a hodnocení změny, popíšeme, co je vlastně předmětem měření a jaké výzkumné plány jsou vhodné pro různé případy měření účinnosti.

#### 3.1 Změna, proces a výsledek

Terapeutickou změnou (nebo pouze změnou) v této práci označujeme rozdíl v chování, myšlení, pocitech a vlastnostech klienta, který je zamýšlený a relevantní pro konkrétní terapii a odehraje se po začátku určité terapie, nebo určitého terapeutického postupu. Změna a její hodnocení záleží na teorii, kterou zastává terapeut. Například pro psychoanalytickou terapii je podstatou změny náhled klienta na jeho problémy. K terapeutické změně dojde, pokud můžeme konstatovat, že se tento náhled zlepšil.

Vymětal (2004) zdůrazňuje nutnost odlišit změnu na třech úrovních: (1) prožívání (jak pocity v mysli, tak i tělesné), např. prožití vytěsněných pocitů, agrese apod., (2) vědění (např. uvědomění si konfliktu) a (3) jednání. Psychoterapeutická změna je potom „změna osobnosti ve směru osvobození se od patologií...“ a „... nahrazení nepřizpůsobeného zvládnání situací zvládnáním kompetentním, které odpovídá realitě a umožňuje pacientům osobní růst...“ (str. 48). Obecně Vymětal (2004) identifikuje pro změnu, tedy posun od patologie, tyto fáze: (a) všímavost v tělesné oblasti, (b) rozvoj tělesného zakotvení prožívání, (c) propracování smyslu v různých úrovních vědění a (d) posun prožívání a nové alternativy jednání.

Změnu nelze měřit bez její operacionalizace. Obecný proces, který nazýváme změnou, se proto dělí na proces terapie a výsledek terapie. Výzkum procesu a výsledku se metodologicky odlišuje, ale ve skutečnosti spolu úzce souvisí.

Hlavní otázkou při měření výsledku je: Jak je terapie účinná? Další otázky vedou ke srovnávání, například: Která terapie je účinnější? Který terapeut má větší úspěšnost? Která terapie je nejúčinnější pro určité typy klientů, nebo diagnóz?

Otázky, které se týkají procesu, jsou komplexnější. Podle Vymětala (2004) patří mezi základní otázky např.: Čím je přístup terapeuta jedinečný? Co je společného pro úspěšné terapie? Co by nenastalo, kdyby byla použita jakákoliv jiná terapie? Jaká jsou specifika změny klienta? Jaké procesy proběhly u všech změn?

Toto dělení je ovšem pouze zdánlivě jednoznačné. Například otázku, které techniky nejvíce přispívají k účinku terapie, můžeme zařadit do obou skupin, nebo do méně často užívané třetí kategorie, kterou je výzkum typu „proces-výsledek“ (*process-outcome*). Tento typ výzkumu zjišťuje vztah jednoho procesu v terapii a výsledku sezení, celé terapie, nebo delšího období (Timulák, 2005). Vytvořením této třetí kategorie ale nelze překonat fakt, že proces a výsledek jsou vždy úzce propojeny. Pokud například porovnáваме úspěšnost dvou terapií, musíme vědět, nakolik se konkrétní sledované terapie blíží k některému z ideálních typů (např. dynamický vs. behaviorální typ). Kromě toho, že se postupuje podle manuálů, často se proto také zpětně ověřuje, například pomocí několika hodnotitelů, zda skutečně porovnáваме dvě odlišné terapie (srov. Hilsenroth, 2007). V tom případě logicky znovu propojujeme výzkum procesu a výsledku.

Jiný pohled na taxonomii výzkumu nabízí učebnice psychoterapie Oxfordské univerzity (Aveline, Strauss, Stiles, 2005), která rozděluje výzkum pouze na kvantitativní (např. „Je jedna terapie účinnější, než jiná?“, str. 449) a kvalitativní („Jaký je dopad určité techniky?“, „Přetrvává efekt z jednoho sezení do druhého?“, str. 450). Rozdělení na proces a výsledek jde napříč těmito kategoriemi.

Problém oddělení procesu a výsledku se vrací v kritice klinických studií a jejich interpretací. Jestliže totiž studujeme pouze výsledek, nemůžeme z toho odvodit, že k terapeutické změně došlo právě díky určité terapii a konkrétně technikám (procesu), které danou terapii odlišují od jiných škol.

### **3.2 Výzkumné plány**

Většina metodologických debat a sporů ve výzkumu psychoterapie je vyvolána výzkumným standardem převzatým z medicíny, kterým je randomizovaná (s náhodným výběrem) klinická zkouška (RCT). Proto jí také věnujeme nejvíce pozornosti. Poté se zaměřujeme na kritiky RCT, alternativy a obecný farmaceutický (či lékařský) model, na jehož metodologických předpokladech je založeno použití RCT.



### 3.2.1 Randomizovaná klinická zkouška (RCT)

RCT je variantou vědeckého experimentu, který je ideálem vědeckého zkoumání, protože zamezuje vlivu nežádoucích proměnných a je nejlepším nástrojem pro odhad kauzality mezi závisle a nezávisle proměnnými. Názorně to vysvětluje například Disman (2000), který také nabízí přehled nežádoucích proměnných. I psychoterapie si bere svůj příklad z medicíny, která za ideální standard považuje dvojitě zaslepenou randomizovanou klinickou zkoušku (RCT), která má následující vlastnosti (Cone, 2001):

- (a) porovnává alespoň dvě skupiny, minimálně jednu experimentální a jednu kontrolní;
- (b) do skupin jsou pacienti řazeni náhodně (přípustnou variantou jsou metody, které zajistí, že v obou skupinách nalezneme v průměru stejné jedince, například párování);
- (c) ani pacient, ani lékař neví, zda jsou v experimentální, nebo kontrolní skupině, neboli zda dostávají, resp. podávají lék, nebo neúčinnou látku, tj. placebo (dvojitě zaslepení).

Díky náhodnému rozdělení vzorku do RCT se předpokládá, že většina nežádoucích proměnných byla vyrovnána, a pokud je rozdíl statisticky signifikantní, můžeme udělat závěr, že účinek byl způsoben právě léčbou (lékem).

Další podmínky specificky pro psychoterapii jsou, aby terapie (jak u experimentální skupiny, tak i u kontrolní skupiny) byla podávána *bona fide*, tedy s dobrou vírou v to, že jde o skutečnou pomoc klientům. Často jsou totiž výzkumy prováděny se studenty, kteří se teprve učí, nebo mají instrukce dodržovat manuál i za cenu toho, že terapie nepomáhá.

Právě *manualizace* je podmínkou pro porovnávání účinnosti terapií. Ačkoliv terapeuti procházejí výcvikem různých škol, často provozují eklektickou terapii a používají techniky, které jsou pro daného klienta nejvhodnější. V případě srovnávání terapeutických škol proto musí dodržovat terapeutické manuály, které přesně stanoví kroky v dané terapii. Takové manuály ovšem výrazně ovlivňují účinnost terapie, a navíc nepokrývají všechny techniky a terapie. Při výzkumech se může terapie nahrávat na video a pozorovatelé hodnotí, jak věrně terapie dodržuje manuál a zda je možné odlišit terapie podle jejich teoretických základů (Timulák, 2005).

### 3.2.2 Kontrolní skupina a psychoterapeutické placebo

Zatímco v lékařských a farmaceutických výzkumech je kontrolní skupině podáváno placebo, neúčinná látka, kterou je možné lehce zaměnit za testovaný lék, v psychoterapii je problém kontrolní skupiny složitější. Nejčastěji se používají skupiny, které na terapii čekají (*waiting list*), které nedostávají žádnou terapii (*no-treatment*), a nebo pouze podpůrnou terapii (*low-treatment*). Další možností je tzv. obvyklá léčba (např. pravidelné návštěvy psychiatra), nebo alternativní terapie, tedy srovnání s jiným druhem terapie (Cone, 2001). Všechny skupiny se samozřejmě od sebe výrazně liší, a proto je jiný i výsledek srovnání s experimentální skupinou. Eysenck (1984) předpokládá, že zatímco skupina čekatelů pasivně očekává terapii a zlepšení jim přináší pouze tato naděje, skupina bez terapie nebude pasivně čekat, ale často vyhledá pomoc jinde, ve své náboženské komunitě, u kamarádů, příbuzných, nebo alternativních léčitelů. Pouze skupina s podpůrnou terapií (*low-treatment*) je nejvíce podobná placebo v lékařských testech.

Placebo, tedy např. podpůrná terapie, má ve výzkumu psychoterapie nabízet klientovi pouze obecné psychoterapeutické faktory, jakými jsou například porozumění, podpora, terapeutický vztah, empatie a podobně (Joyce, 2006). Bohužel na rozdíl od placebo farmaceutického, kde jde o zcela neaktivní látku, která působí pouze psychicky, v psychoterapii působí obecné faktory spolu se specifickými technikami a jsou jejich nedílnou součástí. Například nelze zadat klientovi úkol, který má plnit, aniž bychom vytvořili minimální terapeutický vztah.

U některých terapií jsou dokonce obecné terapeutické faktory pro terapii klíčové, zatímco u jiných (např. behaviorální terapie) jsou pouze sekundární technikou. Proto Wampold, Ahn a Coleman (2001) i Joyce (2006) konstatují, že nelze vytvořit psychoterapeutické placebo, které by se shodovalo s placebem farmaceutickým. RCT studie proto nemohou podle autorů dokazovat účinnost specifických technik a terapií. Mohou být naopak výrazně ovlivněny zkušeností terapeutů a jejich schopností využít obecné faktory.

Na druhou stranu Smith a Mathur (2006) navrhují zajímavý způsob, jak psychoterapeutické placebo vytvořit alespoň z hlediska klienta. Není podle nich důležité podle jaké teorie placebo připravíme, ale aby bylo přesvědčivé. Proto nabízí jednoduchý způsob: Klienti jsou požádáni, aby určili, jakou terapii dostali. Pokud neodhalí, že šlo o placebo, ale domnívají se, že šlo o skutečnou terapii, potom bylo

z jejich strany zaslepení účinné. Tento přístup ale neřeší problém účinné složky terapie.

### 3.2.3 Kritika RCT

Předešlé poznatky ohledně terapeutického placeba znamenají, že pokud se RCT používá pouze k odpovědi na otázku, zda je konkrétní terapie účinná, potom je vše v pořádku a placebo může být využito. Problém ale nastává, pokud jsou závěry RCT přeceňovány a je z nich dovozováno, že účinek vyvolala právě ta konkrétní terapie, tedy vlastně konkrétní terapeutická technika, či soubor technik, které odlišují použitou terapeutickou školu. V tu chvíli se ze studie účinku stává studie procesu terapie a přináší další metodologické problémy, specifické právě pro psychoterapii a psychologii (Joyce, 2006).

Další kritika se zaměřuje na externí validitu RCT, tedy přenositelnost závěrů do praxe. Klinické testy spoléhají často na standardizovanou klasifikaci diagnóz, protože terapie je ověřována pro skupiny poruch. Vyvolávají tak dva hlavní protiargumenty: (1) klasifikace, ať už podle MKN-10 nebo DSM-IV, nemusí být pro terapii o nic více určující, než jiné roztrídění, které více odpovídá konkrétní teorii patogeneze (například psychoanalýza využívá vlastní diagnostické dělení, viz PDM Task Force, 2006); (2) RCT často ignorují komorbiditu více poruch, která je při detailnější diagnóze velmi rozšířená. RCT se soustředí často na klienty s jednou diagnózou (Joyce, 2006). Westen, Novotny a Thompson-Brenner (2004) uvádí, že 40-70% pacientů je vyloučeno z RCT kvůli nevyhovujícím diagnózám a z dalších metodologických důvodů.

Morrison, Bradley a Westen (2003) se pokusili porovnat typickou zkoušku RCT s naturalistickým výzkumem, ve kterém 242 terapeutů popsalo své poslední terapie klientů s depresí, panickou poruchou nebo úzkostnou poruchou. Výzkum ukázal, že skutečná terapie trvala v průměru mnohokrát déle než průměrná terapie při RCT (celkově 118 sezení, KBT 33 sezení, RCT 14 sezení). První změnu zaznamenali terapeuti v průměru po 84 sezeních (KBT ale už po 12). Navíc terapeuti uváděli, že v průměru 70% klientů mělo kromě hlavní poruchy další klinickou diagnózu. Když autoři vybrali ze vzorku klientů ty, kteří byli léčeni KBT, měli pouze jednu ze tří zmíněných diagnóz a neměli rysy blízké poruše osobnosti, dostali stejný počet sezení,

jaký se používá při RCT. Je z toho patrné, že dvě zmíněné námitky snižují externí validitu RCT, ale pouze tak, že jí omezují na určitou skupinu pacientů.

Podobně snižuje externí validitu i postup podle terapeutického manuálu, supervize při RCT, či speciální trénink pro terapeuty, kteří se účastní výzkumů (Timulák, 2005).

### 3.2.4 Alternativy RCT

RCT jsou v současnosti nejvíce ceněné výzkumné plány, jelikož se u nich předpokládá nejlepší potvrzení kauzality (Cone, 2001). Kromě nich existují další výzkumné plány, které se používají především při vývoji a hledání nových technik. Patří mezi ně případové experimentální studie, kvantitativní deskriptivní případové studie, intenzivní případové studie a naturalistické studie. Timulák (2005) sem řadí i klinické testy, u kterých nejsou skupiny vytvářeny náhodně, ale pacienti si sami vybírají terapii (nebo placebo) na základě svých preferencí.

Případové experimentální studie sledují jednoho klienta v delším čase, a to střídavě v období po intervenci (nebo při probíhající intervenci) a v období bez intervencí. Tento typ studií má mnoho variant. Případové deskriptivní kvantitativní studie sledují reakce na terapeutické intervence (např. frekvenci zvracení u bulimie), kterými ale nijak nemanipulují. Intenzivní studie zkoumají hlouběji proces pomocí kvalitativních metod (Cone, 2001).

Naturalistické studie, v angličtině výzkum *effectiveness*, mají opačné výhody a nevýhody oproti RCT. Zatímco RCT umožňuje interpretaci kauzality, ale externí validita může být velmi nízká, naturalistické studie jsou prováděny přímo v praxi u terapeutů a na klinikách a jejich vnitřní validita může být velmi nízká (Avaline, Strauss, Stiles, 2005). U těchto studií není zajištěna homogenita terapie (manualizace) a náhodný výběr pacientů. Tedy nepředchází se tomu, že se skupiny významně liší, nebo že si klienti vybírají terapii podle určitého klíče, jako je závažnost problému, rezistence ke změně, nebo důvěra v terapii.

V roce 2001 vydalo britské ministerstvo zdravotnictví ve spolupráci s odbornými společnostmi dokument, který obsahuje doporučení ohledně volby terapie podle typu výzkumu, kterým je účinnost dané terapie prokázána. Pro tyto

účely seřadilo kategorie výzkumů podle jejich významu pro léčení způsobem, který ukazuje Tabulka 1.

**Tabulka 1 – Hierarchie výzkumných metod**

I	(a)	Metaanalýza několika RCT
	(b)	Nejméně jedna RCT
II	(a)	Nejméně jedna kontrolovaná studie bez znáhodnění
	(b)	Nejméně jeden kvaziexperimentální výzkum
III		Deskriptivní studie, např. korelační studie a kontrolované případové studie
IV		Zprávy expertních výborů nebo klinická zkušenost respektovaných autorit

(Podle Timulák, 2005, str. 112)

### **3.3 Farmaceutický model**

Ve výzkumu účinnosti psychoterapie se setkáme se třemi nejrozšířenějšími modely psychoterapie: farmaceutickým (či medicínským), kontextovým a modelem společných faktorů. Tyto modely se liší i tím, jak přistupují k interpretaci měření účinnosti jednotlivých terapeutických technik. Přestože výzkum procesu není naším tématem, představíme velmi stručně tyto modely, neboť mají v důsledku vliv na chápání RCT a interpretaci výsledků klinických testů.

Medicínský model, neboli model vycházející z *metafory léku*, znamená implicitní chápání psychoterapie jako obdoby medikamentu, který má účinnou látku, jež je právě odpovědná za výsledek léčby. To v důsledku znamená podle Rusella (1994), že (a) lze rozlišit průběh léčby (podání léku) a výsledek léčby, (b) je mezi nimi jednoduchá kauzalita, (c) že je známa aktivní složka léku, kterou je možné měřit a manipulovat s ní, (d) že aktivní složka je obsažena v terapeutově chování a nezáleží na chování klienta, (e) že zvyšováním účinné látky zvyšujeme i účinnost terapie. V případě, že platí metafora léku, je nejlepším testem klinická studie a účinnost složek terapie se zjišťuje korelací s výsledkem terapie.

Rusell (1994) také shrnuje nejčastější námitky, proti tomuto modelu:

Zatímco množství podávaného léku může být upraveno nezávisle na klinickém stavu pacienta, techniky použité v psychoterapii odráží změny, které klient prodělává. Až na výjimky se většina terapeutických intervencí snaží pracovat s vlastními zdroji klienta, tedy s tím, co on sám může nabídnout pro svoji léčbu.

Například u klienta, u kterého se dostaví náhled na problém dříve, budeme klást méně otázek s tímto záměrem. Pokud ale tázání považujeme za lék, při pozorování by se zdálo, že méně otázek vede k lepšímu efektu.

V psychoterapii nelze jednotlivé techniky izolovat tak, abychom dostali čistou účinnou složku. Většina terapeutických intervencí má několik stránek a rovin, na kterých se snaží působit zároveň. Jestliže předpokládáme, že terapeutické školy se od sebe velmi liší, a zároveň je výsledek jejich terapií přibližně stejný, můžeme oprávněně očekávat, že velký vliv na terapii má sám klient, který není pouze pasivním příjemcem léku.

Nakonec bod (e) je příliš naivní formulace. I u testování léků je známo, že zvyšování účinku není nekonečné, ani lineární, ale má různé průběhy a limity.

Medicínský model můžeme nahlížet i jinak, například z výrazněji konstruktivistického pohledu Wampolda (2001). Pro psychoterapii to znamená, že pokud se na terapeuta obrátí klient s určitou poruchou, problémem, nebo žádostí o pomoc, (a) jsme schopni problém diagnostikovat a psychologicky vysvětlit, (b) díky vysvětlení dokážeme určit psychologický mechanismus, který klientovi pomůže, (c) terapeut podle mechanismu určí prvky terapie potřebné pro změnu a (d) pomoc je zajištěna především specifickými prvky terapie. Poslední bod, který se často označuje jako specifická terapie, odlišuje medicínský model od kontextového modelu a od modelu společných faktorů.

Oproti předpokladům medicínského modelu, ale dosavadní výzkum vedl k závěru, že se jednotlivé terapie neliší ve své účinnosti (například Wampold, 2001, Joyce, 2006). Vzhledem k předpokladu, že terapie se od sebe liší právě použitými technikami, znamená to, že se příliš neliší ani účinnost rozdílných technik. Neliší se ani účinnost podle intenzity použití těchto technik. Navíc se výsledky terapie neprojevují v souladu s teorií, která terapeutické složky zdůvodňuje. Například KBT nemá větší vliv na kognitivní stránku a interpersonální terapie na sociální oblast.

Podrobněji se výsledkům výzkumů věnujeme v kapitole 4. Zde uvedme příklad výzkumu deprese na 250 klientech, kde byla srovnávána KBT, interpersonální terapie a léčba imipraminem (Imber et al., 1990). Autoři shrnují:

„I přes různá teoretická zdůvodnění a odlišné terapeutické přístupy a techniky žádná z terapií nepřinesla po skončení jasné a konzistentní rozdíly při měřeních, které byly relevantní pro teorii a vysvětlení dané techniky. Tento závěr se vztahuje, překvapivě, nejen na psychoterapii, ale také na farmakoterapii zahrnutou do výzkumu.“ (Imber et al, 1990, str. 357)

Je možné namítnout, že současný výzkum je tak málo rozvinutý, že nebylo možné citlivě změřit různé výsledky odlišných terapií s ohledem na to, že terapie interaguje s vlastnostmi jednotlivého klienta. Wampold (1997) ukázal, že poslední dvě dekády nepřibývá výzkumů, které by nacházely větší rozdíly mezi technikami, ale právě naopak.

Rusell (1994) vhodně zmiňuje, že existují i sociální důvody, proč se udržuje v psychoterapii medicínský model. Terapeuti se totiž rádi vnímají jako aktivní činitelé s jistou mocí a převahou a také příbuznost s mechanizmy moderní medicíny jim dodává prestiž a autoritu. Proti kritice medicínského modelu se totiž ozvaly námitky, že pokud bude v psychoterapii odmítnut, nejen že bude tento obor odříznut od lékařského systému, ale zároveň nebude další výzkum dostatečně specificky zaměřený na charakteristiky klientů a terapií, tedy nebude odpovídat na otázku *komu která terapie pomáhá*.

Podle Wampolda (1997) není ze socioekonomického hlediska riziko, že by psychoterapie zapadla mezi alternativní a okrajové postupy. Účinek psychoterapie je vysoký, mnohdy vyšší než účinek medikace. Na druhou stranu je stejně riskantní odmítnout medicínský model jako ho přijmout. V druhém případě totiž hrozí ztráta charakteristik psychoterapie pod tlakem pojišťoven a nesmyslný závod v hledání účinných složek.

### **3.3.1 Alternativy farmaceutického modelu**

Alternativní modely chápání toho, jak terapie účinkuje, představíme jen ve stručnosti, abychom na kontrastu s nimi lépe ukázali důsledky medicínského modelu. Hlavními alternativami je model společných faktorů a kontextuální model.

Kontextuální model do sebe v podstatě integruje i model společných faktorů, protože tvrdí, že úspěšnost terapie je dána (a) kvalitou terapeutického vztahu, který je navázán (jeden ze společných faktorů), (b) důvěrou klienta, že jde o léčebný proces, který mu má přinést úlevu a překonání problému, (c) přesvědčivostí zdůvodnění, které nabízí konkrétní druh terapie pro svůj postup a (d) vykonáním určitého terapeutického rituálu (Wampold, 2001).

V praxi kontextuální model znamená, že terapeutické techniky by se měly používat v souladu s pohledem klienta a přesvědčením terapeuta tak, aby byly působivé. Neznamená to, že by měly být opuštěny, ale naopak terapeut může používat větší výběr a kombinaci, podle aktuální potřeby.

Výrazný propagátor modelu společných faktorů Yalom (1990) rozdělil faktory, které vedou k účinku psychoterapie na společné a specifické pro terapii (v jeho terminologii *core* a *front* faktory). Lambert (1996) rozdělil tyto společné faktory do tří skupiny, které se pochopitelně mohou překrývat: (a) podpora, (b) učení a (c) akce. Skupina (a) zahrnuje podporu, pochvalu, posílení sebevědomí, spolupráci a bezpečné prostředí, terapeutický vztah. (b) jsou faktory spojené s novým kognitivním rámcem pro problémy a zahrnují vhled, kognitivní učení, zpětnou vazbu. (c) zahrnuje experimentování s novými vzorci v chování, riskování, modelování situací a vystavování se nepříjemným podnětům.

Lambert (2005) se na základě výzkumů domnívá, že až 40% úspěchu v terapii lze přičíst charakteristikám klienta (například motivace, schopnost navazování vztahů apod.) a 30% dobrému terapeutickému vztahu, neboli jak je vhodně nazýván anglicky „spojenectví“ (*alliance*).

Výzkum společných faktorů, který je založen na korelaci intenzity faktorů a účinnosti terapie, není dostatečný a z výzkumu nelze odvodit kauzalitu procesů (Russell, 1994). Nelze totiž zjednodušit interakci mezi klientem a terapeutem do takové míry, abychom dostali korelace prokazující vliv faktorů. Neznamená to, že jednotlivé techniky jsou zbytečné, ale že musí být zvoleny podle klientova problému, očekávání, povahy a hlavně modifikovány podle reakce.

### **3.4 Shrnutí**

Ukázali jsme, že RCT je nenahraditelný standard pro ověření toho, že daná terapie může být použita v klinické praxi, jelikož dokáže randomizovat nežádoucí proměnné. RCT by však měla být vždy doplněna naturalistickou studií, která potvrdí její externí validitu. Význam RCT je také přeceňován. Nevztahuje se na velké skupiny klientů, ani nemůže potvrdit vyšší účinnost jedné terapeutické školy, nebo podat vysvětlení, co je na terapii účinné. Je to dáno farmaceutickým, či medicínským modelem uvažování, který není pro psychoterapii vhodný. Zde je vhodnější model



společných faktorů, či obecnější kontextuální model, který vyžaduje spíše výzkum typu proces-výsledek. Výzkumný plán RCT se pokouší vyhnout problému obecných terapeutických faktorů tím, že zavádí terapeutické placebo. Placebo tyto faktory obsahuje. Dále je nutné upozornit, že nedostatek důkazů pro účinnost terapie ještě není důkazem neúčinnosti. Je ovšem spíše úkolem teoretiků jednotlivých terapeutických škol, aby navrhli konkrétní nástroje pro ověřování účinnosti.

## 4 Metody měření a hodnocení účinnosti

Terapeutická změna může mít u každé terapie jiný princip a ovlivňovat jiné symptomy. Jak jsme však podrobněji uvedli výše, v důsledku by změna měla pomoci klientovi zmírnit problémy. Každé měření musí být ze své povahy kvantitativní, a z toho důvodu převádíme problémy pomocí škál na proměnné, jejichž kvantifikovatelné zvýšení nebo snížení je indikátorem terapeutické změny. Tato změna může být posuzována dvěma způsoby, pokud je naším účelem výzkum celkové účinnosti terapie, nikoliv pozorování izolovaného jednotlivce:

- (a) Statisticky významná změna:
  - i. Posouzení zda můžeme zamítnout nulovou hypotézu na zvolené hladině významnosti a za jakých podmínek tak činíme.
  - ii. Míra účinku.
- (b) Klinicky významná změna.

Při posuzování psychoterapie můžeme použít kterýkoliv z těchto postupů, nebo jejich kombinaci. Postup (a) v bodech i. a ii. je nejčastěji používán při metaanalýze, nebo pokud sledujeme jakékoliv zlepšení po terapii. Postup (b) může jednoduše zvolit praktik, který má k dispozici diagnostická kritéria, nebo standardizovaný test. Pro komplexní posouzení terapie se ovšem jeví nejvýhodnější dvojestupňový proces, který kombinuje klinickou a statistickou významnost. Popíšeme ho a zdůvodníme později po představení jednotlivých součástí.

### 4.1 *Statistická spolehlivost změny*

Statistická významnost změny se ve výzkumu účinnosti zjišťuje statistickým testem stejně jako v jiných vědeckých oblastech. Bylo by zbytečné rekapitulovat zde statistické metody, dobrý přehled u nás nabízí například Hendl (2004). Jak uvádí, v běžných výzkumech účinnosti se používá statistického Fisherova t-testu, případně jeho obecné varianty, kterou je jednoduchá, nebo mnohočetná analýza variance (ANOVA, MANOVA), nebo kovariance (ANCOVA). V případě kvantitativních dat

je ideálním prostředkem korelace a u netypických nominálních dat se používají neparametrické testy. S výjimkou korelace všechny tyto testy dávají jako výsledek informaci, zda je možné odmítnout nulovou hypotézu (v našem případě většinou tedy  $H_0 =$  nedošlo u skupiny ke změně, nebo není mezi skupinami rozdíl) na dané hladině významnosti. Testová charakteristika (například  $t$  u  $t$ -testu) dává další informaci, ale většinou se v psychologické literatuře neinterpretuje.

Ve stručnosti máme většinou z tohoto postupu tedy jedinou informaci, zda změna statisticky významná je, nebo není. Chybí nám informace o tom, jak je změna velká a jak je klinicky významná. Z tohoto důvodu přineslo do psychologického výzkumu novou dimenzi zavedení míry účinnosti, kterou vysvětlujeme dále.

Předtím se krátce zastavme u tří fenoménů, které stojí na okraji hlavního proudu výzkumu: síla testu, mnohonásobná regresní analýza (MRA) a koeficient spolehlivé změny (RC).

**Mnohonásobná regresní analýza** je statistický postup, který dokáže nahradit analýzu variance a navíc přináší podobnou informaci jako korelace. Podle Cohena a Cohenové (1975) dokáže pracovat s nominálními proměnnými, a proto je nejvhodnější nástroj pro výzkum ve vědách o člověku. Přestože v jiných oborech je rozšířená, v psychologii příliš ne.

**Síla testu** je vhodná především při plánování výzkumu, ale přináší nám také informaci, jak spolehlivě byla nulová hypotéza nezamítnuta. Často se nám stane, že nezamítneme nulovou hypotézu, ale dopouštíme se chyby II. řádu, tj. nulová hypotéza neplatí, ke změně došlo, ale statistický test ji neprokázal (Hendl, 2004). Síla testu nám dává informaci, jak dobrý vlastně test byl, zda k nepotvrzení došlo spíše kvůli tomu, jaká je skutečnost v populaci, nebo spíše kvůli malému vzorku pro výzkum.

Pro hodnocení změny u jednotlivce při měření účinnosti navrhli Jacobson a Traux (1991) tzv. koeficient spolehlivé změny (*reliable change* – RC, nebo také *reliable change index* - RCI), který se týká výlučně měření účinnosti, a proto jej popíšeme poněkud podrobněji.

#### **4.1.1 Koeficient spolehlivé změny (RCI)**

RCI je vhodný nástroj pro hodnocení změny jednotlivce ve zkoumané skupině (viz Timul'ák, 2005). Ve výzkumu se ovšem příliš nerozšířil. Pravděpodobně ze dvou důvodů. Za prvé jde v podstatě o pouhé zpřesnění statistické významnosti. Za druhé

jde o přidání dalšího komplikovaného postupu, který nepřináší o tolik větší zpřesnění. Nevýhodou je také, že má mnoho variant výpočtu.

Obecný vzorec pro výpočet je podle Jacobsona a Trauxe (1991) následující:

$$RCI = \frac{X_{post} - X_{pre}}{S_{diff}}$$

Kde  $X_{post}$  a  $X_{pre}$  jsou výsledky měření před, respektive po terapii a  $S_{diff}$  je standardní chyba rozdílu měření před a po terapii. Lze ji vypočítat z chyby měření:

$$S_{diff} = \sqrt{2Se^2}$$

Kde  $Se$  je standardní chyba měření, kterou získáme podle následujícího vzorce:

$$Se = s_1 \cdot \sqrt{1 - R_{tt}}$$

Kde  $s_1$  je standardní odchylka měření kontrolní skupiny (normální populace) a  $R_{tt}$  je test-retestová reliabilita měřicího nástroje (například 0,8).

Dosáhne-li RCI hodnotu větší než 1,96, nebude změna náhodnou chybou na hladině spolehlivosti  $p < 0,05$ .

Bauer, Lambert a Nielsen (2004) po srovnání několika testů doporučuje použít místo test-retestové reliability koeficient interní konzistence, protože většinou měříme nástrojem (např. testem), který má být citlivý na změnu a tedy nemá vysokou test-retestovou reliabilitu. Autoři také navrhuji, že výhodnějším koeficientem než RCI je výsledek hierarchického lineárního modelování (HLM), neboť HLM snižuje vliv regrese k průměru<sup>1</sup>.

## 4.2 Míra účinku (ES)

Zatímco statistický test nám říká o pravděpodobnosti zamítnutí nulové hypotézy, že ke změně nedošlo, a síla testu o pravděpodobnosti chyby II. druhu, míra účinku (*effect size*, ES) označuje praktickou stránku, tedy k jak velké změně došlo

---

<sup>1</sup> Regrese k průměru znamená, že krajní individuální hodnoty tendují k průměru při jakékoliv řadě měření u stejných jedinců, pokud tato měření nejsou dokonale spolehlivá. Průměrná hodnota měření se v míře spolehlivosti metody při každém dalším měření blíží více průměru v původní skupině (populaci), než při prvním měření. (Hendl, 2004)

(Hendl, 2004). Tuto informaci můžeme získat i z jiných statistik, například z korelačního koeficientu. Ve výzkumu psychoterapie, kde máme většinou nominální škály (druh terapie, skupina apod.), se častěji používá ale míra účinku (Timulák, 2005).

Míra účinku je vyjádření velikosti rozdílu měřených hodnot, při porovnání skupiny, která prošla terapií s jinou skupinou. Podle typu výzkumného plánu srovnáváme buď s (a) kontrolní skupinou, která neprochází terapií (viz přehled kontrolních skupin výše), nebo (b) s měřením před terapií u stejné skupiny.

Míra účinku, či efektu, se v literatuře označuje buď písmenem  $d$  (Cohen, Cohen, 1977), nebo obecným označením ES. Matematicky se nejčastěji vypočítává následovně (Timulák, 2005):

$$ES = d = X_e - X_k / S$$

Kde  $X_e$  je průměr výsledků experimentální skupiny a  $X_k$  průměr kontrolní skupiny.  $S$  je geometrický průměr směrodatných odchylek (SD) obou skupin (někdy se používá SD kontrolní skupiny, viz Timulák, 2005). V případě srovnání skupiny před a po terapii, bude vypadat výpočet takto:

$$ES = d = X_{pre} - X_{post} / S$$

ES můžeme také získat z hodnot statistického t-testu následujícím postupem (Cone, 2001)

$$ES = \frac{2t}{\sqrt{df}}$$

kde  $df$  (*degrees of freedom*) je dáno velikostí obou výběrů:

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

Míra účinku je vlastně obecný Cohenův *koeficient účinku*, který má tu výhodu, že je standardizovaný pomocí směrodatné odchylky a může být použit pro porovnání různých měřících nástrojů (Hendl, 2004). V různých studiích se používají

různá hodnocení s různým rozptylem a ES umožňuje převést výsledky na stejnou veličinu a provést metaanalýzu.

ES má také tu výhodu, že jeho jednotkou je vlastně standardní odchylka kontrolní, tj. neklinické skupiny. Je-li například  $ES_{\text{exp-wait}} = 0,7$ , znamená to, že průměr léčené skupiny je po terapii o 0,7 SD lepší než u kontrolní skupiny čekatelů. To můžeme interpretovat tak, že přibližně 75% léčených klientů, je na tom lépe, než kdyby terapií neprošli (Garfield, Bergin, 1978).

#### 4.2.1 Druhy a interpretace ES

Původní Cohenova (1977) definice počítala pouze s případem, kdy míra efektu vychází ze srovnání experimentální skupiny a kontrolní skupiny. V současnosti se ES používá i při měření bez kontrolní skupiny (viz Sandell, 2000), ale jak bylo vysvětleno v kapitole o výzkumných plánech, pokud neexistují ideální podmínky, nelze jednoduše porovnávat ES měřené s kontrolní skupinou a ES bez kontrolní skupiny, tj. měřené před a po terapii pouze u jedné skupiny.

Kdybychom se pohybovali v ideálních podmínkách, nepotřebujeme k výpočtu kontrolní skupinu (předpokládáme, že v experimentální skupině máme vzorek se stejnou charakteristikou jako populace a nezkreslují ji žádné nežádoucí proměnné, jako maturace, učení apod.), ale můžeme ES získat pouhým porovnáním stejné skupiny před a po terapii. To bohužel neplatí v reálných podmínkách. Pokud ES budeme měřit tímto způsobem, vždy se bude lišit od měření s kontrolní skupinou. Kontrolní skupina například snižuje vliv nepřesnosti měření a času (maturace). Například je možné, že většina problémů, které nemají závažný charakter, se časem vyřeší z jiného důvodu, než je terapie. Proto ES vycházející z porovnání s kontrolní skupinou bude nižší, než ES bez kontrolní skupiny.

Z tohoto důvodu se přikláníme k názoru, že nejlepším řešením v současné literatuře je označit, o jakou míru účinku se jedná, například:

**ES<sub>pre-post</sub>** - bez kontrolní skupiny, měření jedné skupiny před a po terapii;

**ES<sub>exp-placebo</sub>** - s kontrolní skupinou s placebem;

**ES<sub>exp-wait</sub>** - s kontrolní skupinou čekatelů, apod.

(Takové označení používá např. Fonagy, 2006)

Proč je toto rozdělení důležité ukazují výsledky různých studií. Například Sandell et al. (2000) dochází ve výzkumu psychoterapie hrazené pojišťovnou ve Švédsku k míře účinku krátkodobé dynamické terapie  $ES_{\text{pre-post}} = 1,7$ , což je daleko vyšší číslo než je průměrně udávaná  $ES_{\text{exp-wait}} = 0,7$  (Joyce, 2006). Proto také nelze hodnotit vždy ES podle stejného měřítka, jak to například předpokládal Cohen pro svoje  $d$  (tedy ES s kontrolní skupinou). Cohen a Cohenová (1977) určili tři arbitrární, ale opodstatněné hodnoty pro hodnocení  $d$ :

0,2 - malý účinek

0,5 - střední účinek

0,8 - vysoký účinek

### **4.3 Klinicky významná změna**

Měření míry účinku (ES) přináší více informací o výsledku terapie než statistický test. Ten podává pouze informaci o tom, zda je změna náhodná, nebo pravděpodobně nenáhodná (na dané rovině významnosti). Samotné ES není rovněž z hlediska psychologa snadné interpretovat. Můžeme díky němu srovnávat terapie, ale neříká nám, co konkrétního přináší pro jednotlivého klienta. Ve svém často citovaném článku Jacobson a Traux (1991) kritizují ES z následujícího důvodu:

Pokud porovnáváme dvě skupiny, kde každá má výsledky s velmi malým rozptylem (tj. při jednom měření se od sebe jednotlivci příliš neliší), můžeme vypočítat vysoké ES, přestože změna je z klinického hlediska nevýznamná. Například počet kilogramů u pacientů s mentální anorexií se může změnit o 1 kg a přesto ES může být vysoké, protože váha pacientů ve zkoumané skupině má malý rozptyl.

Tato výhoda ES, že nezáleží na naší znalosti distribuce této vlastnosti (hmotnost) v populaci, nebo v klinické populaci, je nevýhodou pokud právě klinické hodnocení vyžadujeme. Abychom opravdu mohli mluvit o tom, že došlo ke změně, zlepšení, nebo vyléčení z klinického hlediska, musíme znát vnější kritérium pro hodnocení.

Jak jsme zmínili v popisu terapeutické změny, vycházíme přitom z rozumného předpokladu, že pozitivní změna v terapii souvisí s návratem klienta do stavu, který je bližší normální populaci, u které není daný problém diagnostikován. To znamená ve většině případů vymizení symptomů. Samozřejmě můžeme použít další definice

změny, které jsme zmínili. Často v praxi terapeuti mluví o tom, že jedinec se musí naučit strategie na zvládnání problému, nebo zjistit jak svůj problém využít v pozitivním smyslu apod. Znamenalo by to, že místo změny diagnózy se vytvoří nové chování. To je ale spíše problém diagnostického nástroje, než obecné teorie měření změny.

Obecně můžeme změnu významnou z klinického hlediska určit mnoha způsoby, například:

- (a) podle standardizovaných dotazníků (např. MMPI s danými hranicemi pro klinickou populaci),
- (b) podle předem daných kritérií (např. operacionalizované DSM-IV),
- (c) statistickými metodami (tam, kde nemáme daná kritéria).

Poslední varianta zahrnuje i koeficient klinické významnosti změny (*clinical significance index*, CSI).

#### 4.3.1 Koeficient klinické významnosti (CSI)

CSI je metoda hodnocení změny z hlediska srovnání klinické a normální populace. Zjednodušeně se ptáme, kolik lidí bylo skutečně *vyléčeno* z hlediska pohledu klinického psychologa. CSI je používanější než RCI, a proto se mu budeme věnovat podrobněji. Jacobson a Traux (1991) navrhují postupy klinického hodnocení změny pomocí CSI a jejich operacionalizace hodnocení spočívá v určení hranice (*cutoff*) pro výsledek měření. Hranici je možné určit třemi různými způsoby:

Hranice A =  $M_{\text{clinical}} + 2SD_{\text{clinical}}$ . To znamená, že se individuální klient zlepší nejméně o dvě SD od průměru klinické skupiny. Tato hranice má vysokou senzitivitu, tedy určí velkou část skutečně zdravých jedinců. Klinickou populací myslíme v případě vzorku skupinu měření před terapií, nikoliv všechny jedince s touto poruchou měřené v minulosti (Bauer, Lambert, Nielsen, 2004).

Hranice B =  $M_{\text{nonclin}} - 2SD_{\text{nonclin}}$ . Klient je se posune (zlepší) do intervalu dvou SD od průměru zdravé (neklinické) populace. Hranice má vysokou specificitu, tedy neměli bychom falešně nikoho označit za vyléčeného. Rozdělení klinické a neklinické populace se často překrývají. Pro tento i následující výpočet musíme znát M a SD neklinické, či kontrolní skupiny.

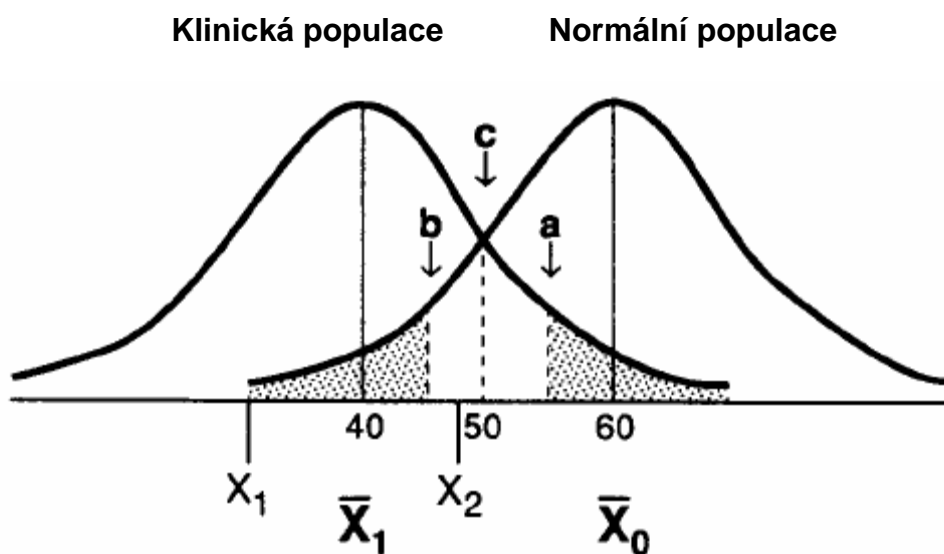


Hranicí C je vážený střed mezi průměry klinické a neklinické populace, který vypočítáme vzorcem:

$$C = \frac{SD_0 \cdot M_1 + SD_1 \cdot M_0}{SD_0 + SD_1}$$

kde  $M_1$  jsou průměry populace klinické a  $M_0$  neklinické a  $SD$  příslušné standardní odchylky. Stav klienta je považován za klinicky významně zlepšený, pokud se přesune přes tuto hranici, a je tak blíže průměru neklinické než průměru klinické populace. Tato hranice je podle autorů nejpřesnější, pokud máme dostupná data k dispozici. Pokud je nemáme, můžeme použít hranici A s tím rizikem, že pokud se populace překrývají, bude náš odhad příliš konzervativní, a jsou li vzdáleny, příliš optimistický. Situaci zobrazuje Graf 1.

**Graf 1 – Srovnání různých výpočtů pro hranici CSI**



Zdroj: Jacobson, Traux, 1991.

Pozn.: Zobrazení tří různě určených hranic, při jejichž překonání dochází ke klinicky významné změně.  $x_1$  a  $x_2$  je výsledek hypotetického jedince ve skupině před, resp. po terapii.

Bauer, Lambert a Nielsen (2004) provedli srovnání pěti různých metod měření klinicky významné změny v psychoterapii. Na vzorku 386 klientů z klinické praxe dochází k závěru, že nejunírněnější výsledky mezi těmito metodami nabízí právě CSI podle Jacobsona a Trauxe (1991).

Je třeba zdůraznit, že CSI neslouží pouze pro hodnocení jednotlivých klientů, ale pokud zjistíme, u kolika klientů došlo ke klinickému zlepšení, lze CSI použít na porovnání terapií na základě individuálních výsledků. Toto porovnání je z hlediska psychoterapeuta možná důležitější než statistické porovnání. Odpovídá tomu, co se domníval Eysenck (1952) již před více než padesáti lety: nejlepší kritérium účinnosti, které bylo v psychologii navrženo, je procento klientů, kteří se zlepšili, velmi zlepšili a vyléčili, na celkový počet těch, kteří byli do léčení přijati. „Toto kritérium je pravděpodobně tak dobré, jako kterékoliv kritérium založené na subjektivním hodnocení.“ (str. 662)

#### 4.4 Dvoustupňový proces

Na začátku kapitoly 4. o měření účinnosti jsme představili několik možností hodnocení změny, které se nyní pokusíme shrnout do jednoho systému. Jaké jsou důvody kombinování postupů?

Statistická významnost ověřuje, zda změna není dána chybou měření. Klinická významnost říká, zda jde o změnu z hlediska patologie. V terapeutické praxi se většinou neseťkáme s případem, kdy bychom měli na začátku nemocného a po terapii vyléčeného jedince. Navíc ostrá hranice pro odlišení patologií nikdy nebyla přesně určena a není to ani vždy žádané. Klinická významnost nám ale říká, jaký posun nastal na pomyslné ose mezi zdravou a klinickou populací. V Tabulce 2 je přehledný návrh spojení těchto dvou významností. Celková statistika pro hodnocení terapie se uvádí jako procento zlepšených a vyléčených.

**Tabulka 2 – Dvoustupňové hodnocení terapeutické změny**

Překročil klin. kritérium? <sup>2</sup>	Statistická spolehlivost <sup>1</sup>	Označení skupiny
Ano (opačně, např. $X_2 < X_1 - 2SD$ )	Ano (RC < -1,96)	Klinicky zhoršen
Ne ( $X_2 < C$ )	Ano (RC < -1,96)	Zhoršen
Ne ( $X_2 < C$ )	Ne (RC $\square$ <-1.96; +1.96>)	Nezměněn
Ne ( $X_2 < C$ )	Ano (RC > 1,96)	Zlepšen
Ano ( $X_2 > C$ )	Ano (RC > 1,96)	Vyléčen (Klinicky zlepšen)

Pozn. Předpokládáme i případ, kdy je léčen normální člověk. To zní sice paradoxně, ale v praxi mnoho klientů neskóruje ve všech testech v oblasti klinické populace. <sup>1</sup> V závorce je uvedena konkrétní varianta navržená Jacobsonem a Traux (1991). <sup>2</sup> Např. popsané kritérium C u CSI.

Návrh Jacobsona a Traux (1991), oživený Bauerem, Lambertem a Nielsenem (2004), je jen jedna z možností a podle našeho zjištění (srov. např. s Timuľák, 2005) není v současné literatuře příliš rozšířena. Nejčastěji používaná kombinace v odborných časopisech je použití ES a uvedení klinické významnosti podle standardizovaných diagnostických testů. Důvody proč se často nepoužívá RC (či RCI) jsme uvedli výše.

Jacobson a Traux (1991) provedli hodnocení podle své metody na ukázkovém výzkumu terapie s pomocí dotazníku OQ-45 (viz níže). Ve výsledku se 43% klientů vyléčilo, 23% zlepšilo a 34% zhoršilo nebo nezměnilo. Celkově jsou výsledky tohoto hodnocení účinnosti (pravděpodobnost vyléčení) nižší než statistická významnost nebo ES. To předpokládali při své kritice ES.

Zajímavé je, že autoři narážejí na dva problémy. První je, že hranice (*cutoff* A, B i C) je určena ostře, nikoliv s chybou měření. Každá hodnota má svůj interval spolehlivosti, který může a nemusí přesahovat přes danou hranici. Není jisté, jak by se takové případy hodnotily – do které skupiny spadají. Druhým problémem je, jak vypočítat výsledek ve výzkumu s více nástroji měření. Autoři volí velmi složitý způsob, protože předpokládají, že jejich nástroje měří stejnou vlastnost, tedy mají společný faktor. V jiném případě můžeme určit, co je pro nás klinicky signifikantní změna, zda zlepšení v jedné škále, ve více, nebo celkový počet škál, u kterých došlo ke zlepšení.

## **4.5 Zdroje měření**

Obecně můžeme rozdělit vlivy zdroje měření na typ proměnné, která je měřena, její citlivost vůči změně, citlivost měření a zdroj této proměnné, a nakonec to, kdy byla proměnná měřena. Zdroje měření jsou v psychoterapii a psychodiagnostice obecně nejčastějším problémem, jelikož se snaží z vnějších symptomů zjišťovat vnitřní prožívání a stav psychiky člověka. Ve výzkumu psychoterapie se používá velká řada testů, dotazníků a zdrojů. Naším cílem je představit obecný přehled a metodologická doporučení.

### 4.5.1 Přehled zdrojů měření

Zdroje měření účinnosti terapie jsou důležitým prvkem, který může ovlivnit výsledek měření a ohrozit vnitřní validitu výzkumu. Prvním a nejdůležitějším zdrojem je sám klient. Můžeme u něj využít například osobnostní dotazníky, např. Minnesotský multifazický osobnostní inventář (MMPI) a Freiburgský osobnostní dotazník (FPI), které se využívaly spíše ve výzkumech staršího data (přibližně do 90. let, v ČR později). V současnosti se MMPI nedoporučuje, ale spíše pro jeho časovou náročnost (Lambert, Hill, 1994). Nevýhodou osobnostních dotazníků je malá citlivost na změnu prožívaného distresu.

Jiná data od klienta získáme při použití dotazníku, který je zaměřen na symptomy. Nejznámějším škálou je Symptom Checklist (SCL-90), která zjišťuje závažnost devíti různých skupin symptomů. Od SCL-90 je odvozen i dotazník Outcome Questionnaire 45 (OQ-45), který se prezentuje jako dotazník přímo určený na měření změny a účinnosti (Timulák, 2005). Nejčastěji používaným dotazníkem na jednu skupinu symptomů je Beckův dotazník depresivity (BDI).

Ve výzkumu se také používají dotazníky hodnotící určitý konstrukt spojený s psychickou poruchou (např. Rosenbergův dotazník sebeúcty), dotazníky na kvalitu interpersonálních vztahů, sebehodnocení zaměřené na konkrétní klientovi problémy (např. Škála individuálních příznaků; Kratochvíl, 2002). Speciálně pro měření psychoterapie byly vyvinuty další dotazníky jako např. Dotazník výsledku (Outcome Questionnaire, OQ-45; Lambert, Hill, 1994). Otázky dotazníku se zaměřují na závažnost symptomů, interpersonální fungování a sociální adaptaci. OQ-45 má 45 otázek a tři podškály: osobní pocit spokojenosti, mezilidské vztahy a výkon sociální role. Dotazník má dobré psychodiagnostické vlastnosti, test-retestovou reliabilitu (3 týdny)  $r = 0,84$ , konzistenci a souběžnou validitu s SCL-90 a je stabilní u normální populace.

Kromě výše uvedených se používají také kvalitativní metody (např. strukturovaný rozhovor) a dotazníky, které zjišťují spokojenost klienta s terapií (Timulák, 2005).

Mimo klienta jsou důležitými zdroji měření jak expertní týmy, které hodnotí projevy poruchy (např. na Hamiltonově posuzovací škále), sám terapeut, nebo pro klienta relevantní třetí osoba (např. rodiče, nebo partner).

Pokud je možné je použít, jsou nejstabilnějšími nástroji behaviorální a fyziologická měření. Příkladem je Body Mass Index (BMI) u mentální anorexie, spánková efektivita u nespavosti, nebo počet vycházek u agorafobie.

#### 4.5.2 Zdroje měření a míra účinku

Lambert a Hill (1994) udělali následující závěr ohledně zdrojů měření účinku:

(a) Větší míra účinku je zaznamenávána při hodnocení terapeutem nebo expertním pozorovatelem než z jiných zdrojů (např. klient). (b) Obecné hodnocení je vyšší než měření specifických dimenzí a symptomů. (c) Měření dosažení specifických cílů, na které byla zaměřena terapie, vykazuje lepší účinek, než běžně používané metody. (d) Měření zaměřené na přizpůsobení v přirozeném prostředí vykazuje nižší účinnost než měření v laboratorních podmínkách. (e) Měření bezprostředně po skončení terapie vykazuje vyšší míru efektu než měření po delší době. (f) Fyziologická měření vykazují nižší míru efektu.

Tyto závěry nejsou v souladu se zjištěním Burlingama, Fuhrimana a Mosierové (2003), kteří provedli metaanalýzu 111 výzkumů účinnosti skupinové psychoterapie (Tabulka 3). Průměrné hodnocení terapeutů bylo nižší ( $ES = 0,35$ ) než hodnocení z jiných zdrojů a jen o málo vyšší než objektivní měření ( $ES = 0,31$ ). Na druhou stranu hodnocení ze strany terapeuta vykazovalo velké výkyvy (výrazně větší interval spolehlivosti).

Garfield a Bergin (1978) dávají následující doporučení pro zdroje měření účinnosti terapie.

(a) Měření musí být multidimenzionální. Jako příklad udávají, že ani relativně izolovaný fenomén, jakým je strach, nelze měřit jednou škálou. Měření účinnosti terapií například ukázala, že se může zároveň snížit fyzické vyhybání se objektem (chování) a přitom subjektivní prožívání zůstane stejné. Nebo přestože projevy strachu zůstávají, subjektivně klient udává zlepšení.

(b) Faktorová analýza podle autorů ukazuje, že hlavními faktory v měřeních psychoterapie zůstávají nežádoucí proměnné. Tedy zda jde o sebehodnocení, hodnocení pozorovatelem, projektivní test, dotazník apod. Musí být proto věnována pozornost chybám měření.

**Tabulka 3 – ES skupinové terapie podle zdroje měření**

Měřená proměnná	Počet studií	ES <sub>exp-wait</sub>	Konfidenční interval (95%)
<b>Podle obsahu</b>			
Obecný	40	0,57	0,29–0,65
Konkrétní problém	58	0,52	0,37–0,69
Osobnost	26	0,71	0,37–0,77
Sociální vztahy	8	1,01	0,07–2,08
Somatický	13	0,35	0,13–0,52
<i>Celkem</i>	145	0,63	0,21–0,94
<b>Podle zdroje</b>			
Sebehodnocení	72	0,56	0,41–0,64
Partner	6	0,81	0,48–1,16
Terapeut	3	0,35	0,46–2,50
Pozorovatel	15	0,73	0,03–1,07
Objektivní měření	15	0,31	0,05–0,51
<i>Celkem</i>	111	0,47	0,29–1,12

Zdroj: Burlingam, Fuhriman, Mosier (2003)

(c) „Zdá se, že údaje o účinnosti podávají důkaz jak o změně, kterou prošel jedinec, tak i o změně hodnot jedince, který údaje o účinnosti poskytuje.“ (str. 172). Měření se musí zaměřovat i na kognitivní stránku a změnu přístupu a hodnot klienta.

(d) U měření výsledku terapie by měly být více studovány procesy a různé druhy změny než jedna proměnná. Údaje o účinnosti mají podle autorů zahrnovat změny chování, změny myšlení a pocity a to od tří zdrojů: klienta, terapeuta a společnosti (okolí), ve které se klient nachází.

(e) Autoři také doporučují přizpůsobit nástroje měření účelu terapie. „Dává asi tak stejný smysl používat základní baterii testů na hodnocení psychoterapie, jako zjišťovat schopnost čtení po léčbě sexuálních dysfunkcí.“ (str. 43) Výzkum ukazuje, že obecné dotazníky na zjišťování změny nekorrespondují s chováním, zatímco dotazníky se specifickým seznamem problémů a symptomů sledují vzorec chování.

## **4.6 Shrnutí**

V této kapitole jsme ukázali, že měření míry účinku, či obecně změny musí vždy vycházet z více zdrojů. Přitom by neměly být opomíjeny ani subjektivní, ani objektivní zdroje, a škály měření by měly být přizpůsobeny tomu, na co je terapie zaměřena.

Hodnocení účinku by mělo být také víceúrovňové. Přinejmenším musí být hodnocena statistická významnost, nejlépe statistickým testem, s přihlédnutím k jeho síle, a klinická významnost, a to srovnáním s neklinickou populací. Výpočet míry účinku (ES) by měl být používán především pro srovnávání různých skupin a terapií, ale zároveň vždy musí být zkoumáno a uvedeno v jakém výzkumném plánu byla ES získána.

## 5 Výsledky měření účinnosti

V úvodu práce a její metodologické části jsme uvedli základní otázky, které zkoumá výzkum účinnosti terapie. V následující části jsme se pokusili z tisíců studií vybrat ty, které podávají nejreprezentativnější odpovědi nebo metaanalýzy. Část této kapitoly věnujeme také Eysenckově kritice metaanalýzy, která je také metodologickou otázkou, ale zahrnuli jsme ji do debaty o EST, protože jde o jeden z mála hlasů proti této metodě. Jelikož dosavadní výzkum nenalezl výrazné rozdíly v technikách a terapeutických školách, věnujeme pozornost proměnným spojeným s terapeutem. Podrobně ukazujeme výzkumy dynamické terapie a srovnání skupinové terapie, abychom si tak připravili srovnání pro náš vlastní výzkum.

### 5.1 Celková účinnost terapie

Eysenckův (1952) legendární článek z roku 1952 první vyzval k otázce, „je psychoterapie účinná?“ (viz kapitola 2). Eysenck použil data pojišťovny, která ukazovala, že 72% jejich klientů, kteří trpěli „psychoneurózou“, se do dvou let spontánně vyléčilo. Vycházel přitom z výzkumu, jehož kritéria byla, že (a) neurotik se vrátil do práce, (b) přizpůsobil se sociálně svému okolí a zároveň (c) přestal požadovat platbu od pojišťovny. Po prvním roce splnilo kritérium 45% klientů, po druhém dohromady 72%, po pěti letech 90%. Ve státních nemocnicích se v této době počítalo s úspěšností 70%. Zatímco psychoterapeuti v padesátých letech běžně udávali úspěšnost 60 až 70 %.

Eysenck vybral ke srovnání s daty pojišťovny 19 studií (celkem 7293 osob), kde rozdělil klienty podle navrženého kritéria. Do skupiny nezlepšených přidal i zesnulé klienty a ty, kteří terapii nedokončili (*dropouts*). To bylo později kritizováno a vyloučení odpadlých klientů výsledky účinnosti zlepšilo. Od skupiny vyléčených a zlepšených byl také odečten počet těch, u nichž se porucha objevila znovu v průběhu dalšího sledování po terapii. Garfield a Bergin (1978) se domnívají, že Eysenckova studie trpěla několika metodologickými problémy, například data byla vybrána tak, aby se hodila pro kritiku psychoterapie, a ignorovala řadu jiných výzkumů. Byly také zahrnuty výzkumy s velmi malými vzorky.



Eysenck (1952) úmyslně zahrnul klienty, kteří terapii přerušili, protože se domnívá, že je to v podstatě selhání terapie, že neudržela klienty v procesu. U psychoanalytické terapie šlo až o 30%. Ale ani jejich vyřazení ze skupiny nevyлéčených by podle autora nepřineslo velké zlepšení. Počet vyléčených byl u psychoanalýzy jen 44%. Garfield a Bergin (1978) namítají, že lidé ukončují terapii z různých důvodů, nikoliv jen kvůli špatnému zážitku z terapie.

Celková úspěšnost u eklektických terapií, které Eysenck zahrnul (kategorie vyléčen, zlepšen a velmi zlepšen), vyšla v průměru 64%. Což je méně, než kontrolní skupina z výzkumu pojišťovny. Eysenck dochází navíc k závěru, že „čím více psychoterapie, tím menší míra zlepšení“ (str. 660) a dává doporučení, že je „předčasné zahrnovat takový [terapeutický] výcvik do vzdělání klinického psychologa.“ (str. 662)

Další výzkumy, které navázaly na Eysencka (1952) dospěly k jinému zjištění. Obecně se udává, že psychoterapie je velmi účinná metoda pomoci s ES mezi 0,6 a 0,7. Je podobně účinná jako farmakoterapie, nebo je mírně méně účinná, ale zároveň zvyšuje účinnost farmakoterapie.

Například Glass a Smith (1977) provedli metaanalýzu 375 výzkumů (800 ES) a jejich závěry ukazují, že průměrná síla účinku  $ES = 0,75$ . Byla to první takto rozsáhlá studie a po jejím revidování bylo průměrné ES sníženo na 0,67. Druhá studie byla revidována v roce 1981 a dospěla k  $ES = 0,72$  (Joyce, 2006).

Westen, Novotny a Thompson-Brenner (2004) porovnávali v metaanalýze psychoterapii s farmakoterapií a zjistili velkou výhodu kombinace psychoterapie a farmakoterapie. Sama farmakoterapie má různé průměrné výsledky, například pro bulimii je  $ES_{\text{exp-placebo}} = 0,64$  a pro OCD je  $ES_{\text{exp-placebo}} = 1,35$ .

Orlinsky, Grawe a Parks (1994) analyzovali 3500 zpráv z výzkumů úspěšnosti terapie od roku 1983 do roku 1994. Z celkového počtu jich pouze 897 odpovídalo metodologickým požadavkům a měly porovnání s kontrolní skupinou. Všech 897 zjišťovalo, kdy došlo ke statisticky signifikantní změně na hladině  $p < 0,05$ . Ze všech šlo vypočítat ES jako rozdíl měření před terapií a po terapii vydělený rozptylem výsledků před terapií. Autoři shrnuli výsledky pro jednotlivé terapeutické školy:

Úplný nedostatek zkoumání účinnosti zjistili autoři u Jungovy analytické terapie, Neurolingvistického programování (NLP) a psychosyntézy. Nedostatečné zkoumání u daseinanalýzy, bioenergetiky, katatymně-imaginativní terapie, Adlerovy

individuální psychologie, transakční analýzy a dalších menších škol. Přechodnou oblast tvoří Gestalt terapie, párová terapie a systemická rodinná terapie.

Účinnost byla výzkumy dostatečně prokázána u psychoanalýzy, Rogeriánské terapie a KBT. U psychoanalýzy je výzkumem podpořena psychoterapie s analytickou orientací a krátká dynamická terapie (STPP). Nejlépe je doložena u pacientů s neurotickými poruchami a lehčími poruchami osobnosti. Efekt se nejvíce projevuje na symptomatické stránce problémů, jinak je spíše nižší. Ve stacionární léčbě působí i u psychóz. Nebyla potvrzena účinnost u psychosomatiků. U úzkostných a depresivních pacientů lépe působí behaviorální terapie. Mnohaletá dynamická terapie není podpořena dostatečně výzkumy.

Více než polovina studií, které Orlinsky, Grawe a Parks prozkoumali se věnuje psychoterapiím z kognitivně-behaviorálního spektra.

Lambert et al. (2005) se zabývají poměrně novým fenoménem ve výzkumu psychoterapie. Obrací problém a místo na účinnost se zaměřují na neúspěšné terapie. Uvádějí, že ke zhoršení může dojít až v průměru u 5 až 10% pacientů. Lambert a Cattani-Thompson (1996) z metaanalýzy 50 výzkumů odhadují procento pacientů, kteří se při terapii zhorší na 5 až 15 %. Často se jedná o klienty s těžšími poruchami, schizofrenií, hraniční poruchou osobnosti a jinými psychózami. Je u nich možné zjistit malé zapojení do skupiny, hostilitu, negativní očekávání od terapie, nízkou sebedůvěru a těžší poruchy. Tyto vlastnosti predikují pravděpodobné zhoršení.

### **5.1.1 Kritika metaanalýzy**

Eysenck (1984) zareagoval na debatu ohledně úspěšnosti psychoterapie rozsáhlou kritikou metaanalýzy, která je hlavním nástrojem dokazování v této oblasti. Obecně je podle autora výzkum v psychoterapii velmi nekvalitní (podle počtu odmítnutých článků ve vědeckých časopisech) a nelze proto výzkumy shrnout do jednoho srovnávání. Dále se nedají porovnávat terapie v různých podmínkách a s různou kontrolní skupinou, jak se běžně dělá.

Pokud máme dva protichůdné výzkumy, metaanalýzou bychom dospěli k tomu, že v průměru je souvislost či výsledek nulový. Z hlediska teorie vědy Eysenck namítá, že metaanalýza popírá základní princip, kterým je navrhování a potvrzování hypotéz, ze kterých se stávají teorie. Fakta bez teorie nejsou dostatečným

základem pro vědu, protože každý fakt je spojen s teorií, na jejímž základě je zařazen, nebo kterou má potvrdit. Metaanalýza je podle Eysencka právě pouhým sbíráním faktů.

Jako příklad uvádí Eysenck (1984) podrobnou kritiku metaanalýzy Glasse a Millera (1977). Například upozorňuje, že v seznamu 18 autorů zahrnutých terapií je i placebo. Zatímco v průměru mají terapie úspěšnost 0,85, placebo má  $ES = 0,56$ . Vzhledem k tomu že se  $ES$  má počítat vůči placebo, Eysenck dovozuje, že jde pouze o průměrné  $ES = 0,29$ , což je velmi nízký účinek (viz výše). Autori metaanalýzy by mělo podle Eysencka znepokojovat, že korelace mezi délkou terapie a  $ES$  je  $r = -0,5$  a korelace mezi zkušeností terapeuta a  $ES$  přesně  $r = 0$ . Proto nesouhlasí se závěrem metaanalýzy, že „důkazy přesvědčivě podporují tvrzení, že je terapie efektivní“. (Eysenck, 1984; str. 53)

Eysenck dále vyčítá autorům metaanalýzy vynechání velkého počtu studií a zahrnutí studií, které jsou metodologicky pochybné, nebo vůbec nesouvisí s terapií. Například kontrolní skupina čekatelů (*wait-list*) podle Eysencka není kontrolní skupinou, protože zatímco čekatelé nehledají jinou pomoc a čekají na terapii, kontrolní skupina bez léčby pravděpodobně hledala pomoc u přátel apod.

Obhajobu metaanalýzy nalezneme u mnoha autorů (např. Williams, Spitzer, 1984). Základním protiargumentem je fakt, že autoři metaanalýz zahrnují do výsledku i hodnocení metodologie výzkumu. To znamená, že například mohou vyřadit metodologicky pochybné výzkumy, znevýhodnit je oproti ostatním výsledkům, nebo ověřit, jestli výzkumy s jistým metodologickým rysem přinášejí stejný výsledek, jako výzkumy provedené jinak. Právě poslední možnost je silný argument a ukazuje se, že přes veškerou nedokonalost zahrnutých výzkumů přinášejí metaanalýzy konzistentní výsledky.

## **5.2 Srovnání terapeutických škol**

### **5.2.1 Klasické studie**

Otázka „jaká terapie, nebo její součást, je neúčinnější“, začala být studována zanedlouho potom, co byla obhájena celková účinnost terapie. Kratochvíl (2002) uvádí jeden z nejstarších metodologicky dobře provedených výzkumů, studii Langa a Lazovika z roku 1963, kde byl strach z hadů zkoumán u 24 klientů objektivními

měřítka (přiblížení k teráriu). Klienti byli náhodně rozděleni mezi systematickou desenzibilizaci a hypnózu. U systematické desenzibilizace prokázaly statisticky významné snížení strachu i po půl roce. Sloane et al. (Garfield, Bergin, 1978) nabízí pravděpodobně nejlepší studii ze sedmdesátých let. Jejich klienti (N = 90) byli náhodně zařazeni do verbálně orientované terapie, nebo behaviorální terapie. Jako kontrolní skupina byla zvolena metoda čekání na terapii. Systematická desenzibilizace měla nejvyšší ES = 0,91, Gestalt terapie pouze ES = 0,26. Spontánní remise byla u 50% klientů. Při opakované analýze s kontrolou na závažnost a druh problému vyšla míra účinnosti na ES = 0,8 u behaviorálních terapií a ES = 0,6 u ostatních. Tento malý rozdíl se dále zmenšil při kontrole na proměnné spojené s prostředím experimentu.

Kratochvíl (2002) uvádí několik klasických studií, které dokládají podobnou účinnost různých druhů psychoterapie. Například Di Loreto srovnával v roce 1971 metodu systematické desenzibilizace, Rogersovu terapii a Emocionálně racionální terapii podle Ellise. Terapie se celkově podstatně nelišili, desenzibilizace ukazovala nejvyšší účinnost. Ostatní terapie měli různý efekt u introvertů a extrovertů. Elkinová zkoumala 250 klientů a srovnávala dva typy terapie, obvyklou psychiatrickou léčbu s antidepresivy a placebo. Výzkum nepřinesl signifikantní rozdíly mezi terapiemi a svědčí pro význam společných terapeutických faktorů.

Robinson, Berman a Niemayer (Joyce, 2006) porovnávali 58 výzkumů léčby deprese u různých terapeutických škol a dospěli ke zjištění, že skupina tzv. terapií založených na akci (*action-based therapy*, např. kognitivní, behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie), mírně překonala skupinu tzv. verbálních terapií. Při revizi tohoto výzkumu byla ale zjištěna silná závislost výsledku zařazených výzkumů na teoretické orientaci výzkumníka. Jakmile byly výsledky upraveny podle orientace výzkumníka, nebyly zjištěny signifikantní rozdíly mezi terapiemi.

Wampold, Mondin a Moody (Joyce, 2006) ve svojí metaanalýze kontrolovali výsledky výzkumů na intervenující proměnné, jakými jsou použití behaviorálních posuzovacích škál, zkušenost terapeutů a metodologická přesnost studií, a dospěli také k závěru, že různé terapeutické školy mají stejný účinek.

Kratochvíl (2002) činí z přehledu výzkumů následující závěry: (a) byla prokázána účinnost behaviorálně zaměřených terapií, (b) byla prokázána účinnost i dalších terapií, (c) terapie mají různé účinky podle typu pacientů a povaze problémů, (d) na výsledek terapie mají velký vliv nespecifické terapeutické faktory.

## 5.2.2 Empiricky podpořené terapie (EST)

Hledání „superterapie“ (Wampold, 2001), tedy nejúčinnější terapie, vyvrcholilo v USA ve směr, který se snaží najít lépe empiricky podepřenou terapii (*empirically supported therapy* – EST, nebo také *empirically based therapy* - EBT) (Joyce, 2006).

V roce 1995 vydala komise Americké psychologické asociace (APA, 1995) zprávu, jejíž cílem bylo obhájit psychoterapii na základě EST. Důvodem byla nedůvěra v účinnost psychoterapie: “Pokud má klinická psychologie přežít v konkurenci biologické psychiatrie, APA musí jedna tak, aby zdůraznila sílu toho, co můžeme nabídnout – výběr psychoterapií s prokázanou účinností.“ (APA, 1995; str. 3)

Strategií komise bylo pod tlakem pojišťoven vybrat terapie, které by mohly případně projít obdobným testem, jaký má americká Federální komise pro léky (FDA). Ta vyžaduje, aby byla identifikována (a) účinná složka v léku, (b) aby složka byla účinnější než placebo a to (c) u osob, pro které je lék indikován. Odpůrci psychoterapie argumentovali, že FDA by hypoteticky žádnou ze současných terapií neschválila. APA vybrala 18 standardizovaných terapií, které dokázali alespoň ve dvou RCT, že jsou účinnější než placebo, léky, nebo zavedená terapie. Po několika aktualizacích se ale tento seznam rozšířil na 108 terapií (Joyce, 2006). Ve Velké Británii tento proces také proběhl, ale použil rozumnější kritéria (viz kapitola 3.4.6).

Lambert a Cattani-Thompson (1996) se domnívají, že byla zvolena nevhodná strategie, která podkopává samo zjištění, že většina terapií je vysoce účinná. Teoreticky jsme se tomuto problému věnovali v kapitole o metafoře léku a farmakologickém modelu. V následující části ukážeme problém na konkrétních výsledcích výzkumu terapie.

## 5.2.3 Efekt ptáka Dodo

V roce 1936 uvedl Rosenzweig (Wampold, 1997) svojí domněnku, že psychoterapie jsou rovnocenné ve svém účinku, protože všechny závisí na sdílených léčebných faktorech. Tento fenomén byl nazván *efektem ptáka Dodo*, podle pohádky

*Alenka v říši divů* od Lewise Carrola, ve které pták Dodo pořádá závod, který musí vyhrát všichni.

Pomyslnými výherci jsou zde terapie založené na důkazech (EST). Přestože byli zvoleni výherci, nejsou ale na poli psychoterapie žádní poražení. Každé srovnání zvýhodňující určitou skupinu terapií bylo zpochybněno (Smith, Glass, 1977; Lambert, 1994).

Wampold (1997) provedl metaanalýzu výzkumů, které porovnávaly dvě různé terapie. Na rozdíl od předchozích srovnání zahrnul pouze studie, které srovnávaly dvě konkrétní *bona fide* terapie, tedy nikoliv skupiny terapií. Kromě toho testoval na svém výběru studií dvě další hypotézy: (1) terapie, které jsou si blízké z hlediska teorie, budou při srovnání vykazovat nejmenší rozdíl v účinnosti; a (2) čím novější studie, a tedy lepší nástroje pro měření, tím budou mezi terapiemi zaznamenány větší rozdíly.

Autoři přiřadili zjištěným rozdílům (které přepočítali na ES) v literatuře náhodně kladné nebo záporné znaménko (rozdíly jsou vždy ve prospěch jedné a v neprospěch druhé terapie) a testovali, zda je rozložení kolem nuly symetrické. Jelikož bylo, nelze odmítnout hypotézu, že se terapie neliší. Regresní analýzou došli k závěru, že ani podobnost mezi terapiemi nevede k menším rozdílům. Také se nepodařilo najít větší rozdíly v novějších studiích. Horní hranice možného rozdílu mezi terapiemi byla autory odhadnuta na  $ES = 0,21$ . To je velmi nízká hodnota v porovnání například s  $ES_{\text{exp-placebo}}$ .

*Efekt ptáka Dodo* byl kritizován mnohými autory, kteří považují za nesmyslné doporučit klientovi, aby si vybral jakoukoliv terapii nehledě na svůj problém. To ovšem není závěr této metaanalýzy. Je zcela zřejmé, že některé terapie (např. systematická desenzibilizace) se hodí jen na některé poruchy (fobie), zatímco jiné poruchy (např. deprese) mohou být zvládnány mnoha různými terapiemi. „Bylo by nepodložené udělat z tohoto výzkumu závěr, že všechny terapie jsou stejně účinné u všech psychických poruch.“ (Wampold 1997, str. 214)

Nelze také předpokládat, že ve všech studiích byly správně zjišťovány všechny vlivy nezávislých proměnných (tj. věk, pohlaví, závažnost obtíží apod.) a tyto vlivy v tom případě nebyly zohledněny v porovnání ES terapií. Každá terapie mohla fungovat u jiné podskupiny klientů. Terapie nemusí být nutně zaměnitelné, jen mají podobnou celkovou účinnost.

Westen, Novotny a Thompson-Brenner (2004) provedli metaanalýzu úspěšnosti terapií u následující skupiny diagnóz: u depresí, panické poruchy, GAD a bulimia neurosa. Jejich výsledky byly celkově srovnatelné s citovanou studií Smithe a Glasse (1977), která říká, že mezi terapiemi není výrazný rozdíl. Nalezli ale rozdíl v účinnosti u jednotlivých diagnóz. U deprese byla průměrná  $ES_{\text{exp-placebo}} = 0,3$ , tedy nízká, u panických poruch a GAD vysoká ( $ES_{\text{exp-placebo}} = 0,8$ , resp.  $0,9$ ). Z klientů, kteří dokončili terapii, se statisticky signifikantně zlepšilo 52% až 63%. Z těch, kteří nedokončili 37% až 54%. Dynamické terapie, úspěšnější v globálním hodnocení, ale byly stejně úspěšné jako KBT v jednotlivých symptomech.

Shea et al. (1992) potvrdili špatné výsledky u klientů s depresí. Z nich v dlouhodobém horizontu osmnácti měsíců 78% až 88% vyhledalo další léčení, nebo u nich došlo k relapsu.

#### **5.2.4 Proměnné spojené s terapeutem**

Proměnné spojené s terapeutem byly donedávna sledovány mnohem méně, než srovnávání terapeutických škol. Přitom praxe naznačuje, že terapie je do velké míry spojená s osobností terapeuta a i terapeutické školy zakládají výjimečné „hvězdy“ v oboru (viz Kottler, Carlson, 2006). I výzkum RCT dospěl k tomuto závěru: „Bylo zjištěno, že výrazně více variability ve výsledku klinických zkoušek je způsobeno rozdíly mezi terapeuty než rozdíly mezi terapiemi.“ (Wampold, Ahn, Coleman, 2001; str. 270).

Wampold a Brown (2006) provedli pro americkou pojišťovnu výzkum více než šesti tisíc klientů, kteří byli léčeni u 581 terapeutů (72% žen, průměrný věk 51 let, průměrná doba praxe 21 let). Pro výzkum použil modifikaci vlastního dotazníku na měření výsledku terapie, který byl administrován vždy po několika sezeních. Počáteční závažnost problému výrazně korelovala se zlepšením v terapii ( $r = 0,69$ ). Pouze 8% variance výsledků bylo možné přisoudit vlivu terapeuta, méně než 1% diagnostické skupině. Výrazný vliv měla souběžná medikace. Omezením výzkumu bylo, že nebyla známa teoretická orientace terapeutů. Na druhou stranu autor je přesvědčen, že orientace nehraje roli. Autoři uvádí, že při porovnávání nebylo zjištěno, že by existoval vliv terapeuta věku, pohlaví, rasy, náboženského vyznání, rodinného stavu a délky klinické praxe na účinnost jeho terapie.

Podobný výsledek přineslo několik výzkumů, které srovnávaly různé terapie. Například Sandell (2000) zjistil při srovnání analytické a behaviorální terapie ve Švédsku, že terapeuti měli největší vliv na výsledek terapie, ale nikoliv jejich teoretická orientace. Signifikantně lepší výsledek měly terapeutky oproti terapeutům (nezávisle na pohlaví pacienta) a starší terapeuti/ky s delší soukromou praxí.

Okiishi et al. (2001) provedli výzkum s 90 terapeuty a 1841 klienty a při měření s OQ-45 zjistil, že mezi terapeuty existují velké individuální rozdíly. Někteří terapeuti dosahovali pozitivní změny desetkrát rychleji, než průměrný terapeut. Navíc terapeuti, u kterých docházelo k terapeutické změně nejpomaleji, vykazovali průměrné zhoršení klientových symptomů oproti ostatním klientům. Rozdíl nebyl dán závažností problémů na začátku terapie. Analýza také ukázala, že třetina terapeutů, jejichž klienti vykazovali nejrychlejší změnu, ukončovali terapii mnohem dříve než terapeuti v „nejpomalejší“ třetině (průměrný počet sezení 2,4; resp. 7,05).

V jiné studii Okiishi et al. (2006) provedli výzkum se 7000 klienty a 71 terapeuty, který využíval také OQ-45. Shodně s jinými autory zjistil, že lepší výsledky jsou spojeny s větší empatií terapeutů, schopností nabídnout podporu, ale také direktivní radu. Agresivní (ve smyslu nátlaku) a konfrontační „vůdci“ skupin a terapeuti měli horší výsledky než průměrně direktivní terapeuti. Úspěch záležel nejvíce ale na faktorech spojených s osobností klienta a nejlepším prediktorem úspěchu byla kvalita vztahu mezi klientem a terapeutem.

Hannan et al. (2005) zjišťovali na vzorku 48 terapeutů jejich schopnost ohodnotit, k jakému zhoršení nebo zlepšení dochází v průběhu terapie. Zjistili, že terapeuti většinou neznají křivku, po které se vyvíjí obecně závažnost problémů klientů v psychoterapii. To znamená, že nemají možnost porovnat klienta s jinými standardy. Proto jim také činilo potíže rozpoznat zhoršení klienta při terapii.

Tyto výsledky jsou zajímavé i pro teoretický spor mezi terapií pojatou jako umění a vědecky podloženou terapií. Joyce et al. (2006) dochází k závěru, že současný výzkum je na jednu stranu schopen vědecky identifikovat účinné elementy psychoterapie a to z něj činí vědecký obor. Zároveň ale uznává, že podle těchto výzkumů jsou nejdůležitější proměnou charakteristiky psychoterapeuta, včetně jeho tvořivosti. To ponechává v psychoterapii místo pro umění.



## 5.2.5 Srovnání účinnosti psychodynamické terapie

Leichseringova (2006) metaanalýza z roku 2001, zahrnuje do srovnání 6 RCT s minimálním počtem 13 sezení a vyloučil terapie, které nebyly vedeny *bona fide*. Měření pravděpodobnosti remise vyšlo, že KBT nabízí o 9% vyšší pravděpodobnost, že po terapii dojde k remisi. Při měření později po terapii se tento rozdíl zvýšil na 18%. Po ukončení psychodynamické terapie zjistil Leichsering (2006)  $ES_{\text{pre-post}} = 1,39$  a  $1,57$  (rok po ukončení). Při srovnání s kontrolní skupinou bylo  $ES = 1,17$ . Přestože se účinnost po skončení terapie zvyšovala, Spearmanovy korelace efektu a trvání terapie nebyly signifikantní.

Podle Joyceho (2006) je metodologicky nejspolehlivější analýzou krátkodobé dynamické terapie (STPP) studie, která srovnávala 11 výzkumů přísně vymezené STPP a nenašla signifikantní rozdíl oproti jiným druhům terapie. Oproti kontrolní skupině bez jakékoliv léčby byl  $ES = 0,7$ . V porovnání s kontrolní skupinou s minimální léčbou klesla na  $ES = 0,4$ .

Jedním z největších výzkumů psychodynamické terapie je Sheffieldský psychoterapeutický projekt (Fonagy, 2006), kde 117 náhodně přiřazených subjektů dokončilo KBT nebo STPP. Data byla sbírána rok po skončení. KBT bylo úspěšnější při délce terapie 8 sezení. Při délce terapie 16 sezení se účinnost vyrovnala ( $RR^2 = 0,93$ ). Ale jen 30% klientů nemělo žádné symptomy psychické poruchy.

Další rozsáhlý průzkum, tzv. Helsinský projekt (Fonagy, 2006), porovnával farmakoterapii (SFT), STPP a dlouhodobou psychodynamickou terapii (LTPP). Terapie měly přibližně stejnou účinnost, SFT dosáhla výsledku dříve, později se zvýšila účinnost STPP na  $RR = 2,1$  (95% konfidenční interval  $<1,36;3,25>$ ).

Hilsenroth (2007) v časopise *Psychotherapy Research* představil obdobný výzkum krátké psychodynamické terapie (STPP). Zahrnul do něj jak výzkum procesu, tak i účinnosti (výzkum proces-výsledek) tím, že zpětně pomocí dotazníku (Comparative Psychotherapy Process Scale, CPPS) hodnotil, do jaké míry využívá terapie techniky dynamické a kognitivně-behaviorální terapie. Pro měření účinnosti použil dvě kritéria: (a) posun blíže k normální skupině (klinická změna) a (b) statisticky signifikantní posun RCI. STPP se ve výzkumu ukázala jako účinná u depresí, hraničních poruch osobnosti (analytici tam spontánně užívali více

---

<sup>2</sup> RR (remission ratio) vyjadřuje poměr léčených klientů, kteří dosáhli vyléčení (remise) po terapii, kde  $RR = 1$  znamená, že terapie mají stejnou účinnost.

kognitivně-behaviorálních technik), a při terapiích, které byly zaměřené více na prožívání a vyjadřování emocí.

Sandell et al. (2000) jsou autoři rozsáhlého výzkumu psychoanalytické psychoterapie ve Švédsku (nazvaný STOPPP). Díky podpoře zdravotní pojišťovny se jim podařilo sledovat dlouhodobě 200 osob, které se účastnili psychoanalytické, nebo jiné – behaviorálně orientované – terapie. Obě skupiny terapií měly stejné průměrné trvání 4 roky a psychoanalytická sezení byla v průměru dvakrát častěji než u druhé skupiny.

V baterii svých testů použili autoři také SCL-90. Jejich výzkum přináší několik zajímavých zjištění. Míra standardizované účinnosti ( $ES_{pre-post}$ ) byla u psychoanalytické skupiny vysoká (1,55) a u psychoterapeutické skupiny střední až vysoká (0,6). Přičemž rozdíl v terapiích se projevil až po určitém čase, přibližně v polovině terapie, a poté se zvětšoval. Škála pocitu koherence (Sense of Coherence Scale, SOCS) přinesla podobné výsledky s mírně slabší účinností. Škála sociálního přizpůsobení (Social Adjustment Scale, SAS) přinesla odlišné výsledky: na začátku terapie došlo k mírnému zhoršení a efekt byl spíše nízký ( $ES = 0,45$ , respektive 0,44).

Zajímavé zjištění se týkalo finanční stránky psychoterapie. Nepodařilo se prokázat psychoanalytickou hypotézu, že klienti, kteří si platí terapii sami, mají vyšší motivaci ke změně a tím i lepší prognózu.

Zajímavý rozpor se ukázal při porovnání výsledků sebehodnocení s objektivními daty pojišťovny. U psychoterapeutické skupiny došlo k signifikantnímu snížení závislosti na sociální péči, nižšímu využití zdravotní péče a psychiatrické péče a nižší absenci v zaměstnání z důvodu nemoci. Přestože pacienti v psychoanalytické skupině skórovali lépe na škále SAS, ve skutečnosti u nich došlo ke signifikantnímu nárůstu závislosti na sociálních dávkách, nárůstu pracovních absencí a spotřebě psychofarmak. „Až na několik výjimek byl tedy vzorec změn v psychoanalytickém trsu negativní.“ (Sandell et al., 2000, str. 940)

## 5.2.6 Účinnost psychodynamických terapií z hlediska diagnózy

Závěr z léčby deprese dynamickou terapií je, že celkové důkazy pro účinnost jsou slabé. To je způsobeno především malým počtem RCT. Ze srovnání s KBT vychází dynamická terapie stejně účinně: přibližně polovina pacientů se po 4 až 6

měsících terapie ocitnou ve stavu remise a polovina z nich se v ní udrží následujících 12 měsíců (Fonagy, 2006). To není zcela v souladu se zjištěním Robinsona, Bermána a Neimeyera (1990), kteří v metaanalýze 58 výzkumů určili průměrné ES terapie u depresí na  $ES = 0,74$  ( $SD = 0,61$ ). Navíc zjistili stejné ES při měření minimálně půl roku po terapii ( $ES=0,70$ ,  $SD = 0,67$ ).

U deprese působí léky lépe v kombinaci s dynamickou terapií. Fonagy (2006) také upozorňuje na studie, které dosáhly  $RR = 1,5$  (konfidenční interval  $<1,09;2,06>$ ), při porovnávání terapie pouze antidepresivy a farmakoterapie v kombinaci s STTP. Jiná studie zajímavěji vyčíslila průměrnou částku, která se ušetří na provozu nemocnice při kombinaci léčby s terapií. Bylo to 2,300 USD na jednu depresivní ataku.

Účinnost psychodynamické léčby úzkostných poruch je zkoumána ještě méně. Fonagy (2006) uvádí za nejspolehlivější výzkum, ve kterém po 16 týdnech sezení (jednou týdně), 79% z 26 sledovaných klientů s GAD se klinicky zlepšilo, tj. již u nich nebyla GAD diagnostikována. V jiné studii s 21 pacienty s diagnózou panické poruchy jich 16 dosáhlo 50ti procentního zlepšení na hodnotící škále a 90% těch, kteří vydrželi do konce léčby (24 sezení, dvě týdne) dosáhli remise.

Ve zmíněném výzkumu v Helsinkách (Fonagy, 2006) 56% klientů s GAD nebo panickou poruchou (72 osob) dosáhlo významného zlepšení po 7 měsících STPP.

V oblasti PTSD a poruch přizpůsobení byla v klinických studiích STPP v průměrné délce 18 měsíců úspěšná u 60% klientů. Pro srovnání u skupiny neléčených dosáhlo zlepšení 26%.

U bulimia neurosa není účinnost psychodynamické terapie klinicky prokázána a jedna RCT ji označuje za méně účinnou než KBT. U abúzu a závislostí nebyla prokázána účinnost dostatečným počtem studií.

Poruchy osobnosti jsou velkým problémem pro výzkumy z důvodu časté komorbidity s jinými poruchami. Byly provedeny dvě metaanalýzy, které určily  $ES_{pre-post}$  mezi 1,1 a 1,3 a v případě studií s kontrolní skupinou 0,7. Na základě osmi studií byl určen  $ES_{pre-post}$  u psychodynamické terapie na 1,31 a u KBT na 0,95. Jen část z těchto studií byly standardní RCT. Hraniční porucha osobnosti byla zkoumána jen v několika málo studiích. Jedna z nich zaznamenala zlepšení na škále GSI u dotazníku SCL-90 o jednu SD po 40 sezeních.

## 5.2.7 Srovnání individuální a skupinové terapie

McRoberts, Burlingame a Hoag (1998) uvádí přehled metaanalýz, ve kterých byla porovnávána účinnost skupinové a individuální terapie. Z šesti metaanalýz, které do přehledu zahrnuli, dvě potvrzovaly stejný účinek obou modalit. Ostatní potvrzovaly rozdíl v účinnosti v neprospěch skupinové terapie. Největší rozdíl se uvádí v metaanalýze z roku 1983, do které bylo zahrnuto 69 studií. Průměrné ES pro individuální terapii bylo 0,93 v porovnání s kontrolní skupinou bez léčby ( $ES_{\text{exp-placebo}} = 0,71$ ) a 0,58 (resp. 0,36) pro skupinovou terapii. Poruchy léčené oběma modalitami zahrnovali fobie, psychotické symptomy, deprese a psychosomatické problémy. Metodologicky nešlo o přímé srovnání obou modalit, ale nejdříve byly porovnány experimentální skupiny se skupinou kontrolní a potom až celkové ES.

McRoberts, Burlingame, Hoag (1998) sami provedli metaanalýzu 29 studií do roku 1997. Metodologicky se postup lišil, neboť byly zahrnuty i výzkumy, které nepřinesly statisticky významné zjištění o rozdílu mezi skupinovou a individuální terapií. Tyto výzkumy byly započítány tak, že jejich  $ES_{\text{group-individual}} = 0$ . Tím bylo zamezeno, aby byly zahrnuty jen pozitivní výzkumy. Studie měly v průměru 4,8 škál na měření účinnosti a ES se počítalo jako průměrný výsledek všech škál. Autoři vypočítali celkový průměrný  $ES_{\text{group-individual}} = 0,1$ . Tento rozdíl nebyl signifikantní.

Analýza také neukázala žádný rozdíl v účinnosti individuální a skupinové formy v závislosti na charakteristikách klientů (diagnóza, chronicita, pohlaví), ani na druhu terapie (teoretická orientace, délka), velikosti skupiny (menší nebo větší než devět klientů), počtu terapeutů, jejich vzdělání nebo zkušenosti. Trend naznačoval výhodu individuální terapie při léčbě depresí. Zajímavým zjištěním bylo, že pokud autor studie preferoval skupinovou terapii, signifikantně se to odrazilo i na výsledku studie, který dokládal lepší výsledky u této formy.

Burlingame, Fuhrianam a Mosier (2003) nabízí novější metaanalýzu 111 studií skupinové terapie publikovaných v posledních 20 letech. Tyto studie uvádějí v průměru  $ES_{\text{exp-wait}} = 0,58$ , tj. 72% šance na lepší výsledek u terapie oproti čekatelům.

Autoři také zjistili, že smíšené skupiny jsou statisticky účinnější než čistě mužské, nebo ženské skupiny. Přitom mezi těmito dvěma posledními druhy skupin nebyl signifikantní rozdíl ( $ES_{\text{exp-wait}} = 0,41$ , resp. 0,39). Na zlepšení neměly vliv ani následující proměnné: délka trvání terapie, diagnóza, počet klientů ve skupině,

teoretická orientace terapeuta. Účinnost byla signifikantně závislá na diagnóze, což potvrdil rozdíl ES mezi diagnosticky homogenními a heterogenními skupinami (ES = 0,82, resp. 0,42). Podrobné výsledky ukazuje Tabulka 4.

**Tabulka 4 – Průměrné ES ve skupinové terapii**

Typ poruchy	Počet studií	Průměrné ES <sub>pre-post</sub>
Deprese	25	1,10*
Poruchy příjmu potravy	12	1,38*
Poruchy osobnosti	1	0,91*
Zneužívání návykových látek	2	0,90
Úzkostné poruchy	10	0,84**
Sexuální zneužívání	5	0,69*
Neuroticismus	4	0,45*
<b>Forma skupinové terapie</b>		
Hospitalizace	5	0,66**
Denní stacionář	5	0,53

Zkráceno z Burlingame, Fuhriman a Mosier (2003)

Pozn.: \* signifikantní rozdíl oproti čekatelům,  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$

### 5.3 Shrnutí

Celková účinnost terapie byla dokázána v mnoha RCT, metaanalýzách i ve studiích jiného typu. Výzkum psychoterapie bohužel postihlo stejné soutěžení, které zasahuje samotnou terapii, a to soupeření o účinnost škol. Toto srovnávání nepřineslo příliš zajímavé výsledky, kromě faktu, že obecně je účinnost velmi podobná. Nižší účinnost byla zjištěna u depresí a poruch osobnosti. Zjištění, že účinek psychoterapie a farmakoterapie se sčítá, naznačuje, že obojí působí jiným způsobem a mělo by být více integrováno.

Psychodynamická (psychoanalytická) terapie je po kognitivně-behaviorálně orientovaných terapiích druhá nejčastěji zkoumaná terapie a má často podobnou, nebo jen o málo nižší účinnost. Na druhou stranu přináší dlouhodobé výsledky. Individuální terapie je pravděpodobně jen o něco málo účinnější, než terapie skupinová.

Nejslibnější oblastí pro další výzkum účinnosti, je studie případů zhoršení v terapii a vývojových křivek, které zaznamenávají počet sezení či čas potřebný ke zlepšení.

Hlavním zjištěním výzkumu je ovšem závěr, že terapie musí být studována s ohledem na individuální kombinaci vlastností a dovedností terapeuta a klienta. Tyto dva vlivy se ukázaly jako rozhodující prediktory úspěchu terapie. Větší prostor by měl být proto věnován výzkumu procesu a individuálním schopnostem terapeutů, kteří pravděpodobně v praxi působí obecnými terapeutickými faktory a eklekticky vybírají nejvhodnější nástroje na míru klientově problému.

## 6 Závěr teoretické části

Účinnost terapie by měla být vždy ověřována randomizovaně a s kontrolní skupinou tam, kde je to možné a etické, ale tento typ výzkumu nepřinese nové objevy ani vysvětlení procesu terapie. Kontrolní skupina by měla být zvolena podle možností. Nejčastější typy – čekatelé a placebo terapie - jsou oba přijatelné, ale nelze předpokládat, že bude navrženo dokonalé placebo, které by umožnilo identifikovat a porovnat účinnou látku terapie. Výzkumy ukázaly, že aplikace a interpretace RCT jsou omezené, ale nikoliv nemožné. Je proto nutné je spojit s naturalistickými výzkumy a studii typu proces-výsledek.

Pokud měříme výsledky terapie kvantitativně, musíme se také ptát, které kritérium je vhodné pro účinnost, tedy jak se pozná úspěšná terapie. V tom případě by mělo být standardem ověřit jak statistickou, tak i klinickou významnost naměřených změn a zdroje měření by měly být maximálně diverzifikované. Klinické a statistické hodnocení lze vhodně kombinovat podle námi popsaného modelu. Nemůžeme ovšem jednoznačně potvrdit přednost ukazatele CSI. Měřicí nástroje (testy), by se měly zaměřit na cíle terapie. Na druhou stranu spokojenost a pocit klienta či terapeuta by neměly být jediným hodnocením, neboť klient v terapii hledá i zpětnou vazbu a reflexi svých problémů z vnějšího pohledu. Bylo také prokázáno, že terapeut se může ve svém vlastním hodnocení zlepšení lehce mýlit, jelikož nemá často příliš objektivních vodítek pro srovnání.

Úspěšnost terapie byla obecně rozhodně prokázána. Některé terapeutické směry by ale měly vyvinout snahu o více výzkumů. Nebyla prokázána odlišná účinnost jednotlivých druhů terapie – s výjimkou několika psychických poruch a problémů - a výsledky naznačují, že účinnost je dána komplexní interakcí mezi technikami, terapeutem, problémem a klientem, kde obecné schopnosti terapeuta a klienta jsou rozhodující.

## **EMPIRICKÁ ČÁST**



## 7 Úvod

Vybrali jsme si druhou hlavní metodu výzkumu psychoterapie, naturalistickou studii, abychom zkoumali účinnost psychodynamicky orientovaného terapeutického programu v denním stacionáři a zároveň ověřili použití různých postupů pro hodnocení účinnosti. Jak uvádíme v teoretické části, účinnost psychodynamické terapie začala být zkoumána standardizovanými nástroji až teprve nedávno a metody se teprve vyvíjejí.

Zvolili jsme si Denní sanatorium Horní Palata (DSHP) – centrum pro psychoterapii Všeobecné fakultní nemocnice především proto, že psychologové tohoto stacionáře sbírali několik let data ze standardizovaných testů a stacionář projevil zájem tato data zkoumat. Byla to pro nás jedinečná příležitost, protože studií účinnosti terapie a zvláště pak dynamické skupinové terapie je v ČR minimální počet. U nás provedl asi nejznámější výzkum Kratochvíl (2005) v Kroměřížském psychoterapeutickém oddělení pro neurózy.

### 7.1 Výzkumné otázky práce

V našem výzkumu se primárně ptáme na účinnost terapie. Tu určujeme třemi způsoby, které jsme popsali v teoretické části práce – jako statisticky signifikantní změnu ve výsledcích z testů, jako míru účinku (ES) a podle klinické významnosti změny.

Data sebraná v denním stacionáři Horní palata nám umožňují odpovědět také na následující sekundární otázky:

- V jaké oblasti došlo k největšímu zlepšení?
- Liší se zlepšení podle demografických kategorií (muži a ženy, věkové skupiny) nebo podle zdravotního stavu či přítomnosti farmakoterapie?
- Jaký je vztah mezi počátečním stavem a zlepšením?
- Jaký je vztah mezi výsledkem v dotazníku a vlastním subjektivním hodnocením?
- Jak je zlepšení rozdílné u jednotlivých terapeutů?
- Jaký je vztah mezi zlepšením a postojem ke skupině?

## 8 Metoda

Náš výzkum je naturalistická studie. Její výhodou je užší sepětí s praxí, tedy externí validita. Nevýhodou je nedostatečná kontrola nežádoucích proměnných. Naše studie nemá kontrolní skupinu a klienti do ní nebyli zařazeni náhodně. Na druhou stranu částečné znáhodnění můžeme předpokládat při porovnání jednotlivých skupin klientů a terapeutů (viz níže). Každá skupina začíná v jiný časový okamžik a klient si tedy nemůže sám vybrat, do které skupiny se zařadí. Naše výsledky můžeme také porovnat s obdobnými výzkumy, stejně jako s daty ze standardizace použitých testů.

Práce vychází z dat Denního sanatoria Horní Palata (DSHP) z let 2005 až 2007. Celkový počet klientů, jejichž data jsme využili byl 162, z nich po vyřazení neúplných dat ve statistických testech používáme vždy nejméně 148 osob. Klienti prošli programem v celkem 23 skupinách a v terapeutické části je vedlo celkem 10 různých terapeutů.

Horní Palata nabízí klientům sedmítýdenní intenzivní program, jehož hlavní součástí je terapeutická skupina pro 5 až 10 osob ( $M = 7$ ). Klienti se také každý den věnují dalším terapeutickým činnostem: arteterapii, dramaterapii, pracovní terapii, relaxaci a fyzickému cvičení. Klienti jsou po celou dobu v péči psychiatra, který předepisuje nebo mění medikaci. Ve stacionáři probíhají dvě skupiny současně. Skupiny tak začínají zhruba každé čtyři týdny.

### 8.1 Sledované proměnné

Data o klientech vychází z vyšetření dotazníkem MMPI-2 (počítačová verze), Syndrom Checklist (SCL-90) a Dotazníkem životní spokojenosti (DŽS). Tyto dotazníky administrují psychologové při nástupu a ukončení terapeutického programu po sedmi týdnech. Kromě toho také čerpáme z vyšetření psychiatrem, který stanoví diagnózu, její kód a nasazení, případně změnu medikace. Úplný přehled sledovaných proměnných udává následující Tabulka 5. Dále shrnujeme velice stručně základní údaje o použitých dotaznících.

### **Dotazník životní spokojenosti (DŽS)**

DŽS je sebehodnotící dotazník, který zkoumá spokojenost v deseti škálách zaměřených na běžné životní oblasti a vlastní osobu. Podle manuálu mohou být změny životní spokojenosti postiženy spíše celkovým skórem dotazníku DŽS, vzhledem k větším zdrojům variance, než jednodimenzionálními škálami (Fahrenberger, 2001) DŽS sice „nebyl vyvinut jako nástroj zkoumání změn“ (str. 69), ale podobné dotazníky jsou v podobných výzkumech často používány (např. Sandell, 2000). Dotazník byl standardizován na vzorku necelých 3000 osob. U nás nebyl restandardizován. Má dobrou konzistenci (Alfa = 0,95) a test-retestovou reliabilitu ( $r_{tt} = 0,87$ ).

### **Minnesota Multiphasic Personal Inventory (MMPI-2)**

MMPI byl uveřejněn S. R. Hathawayem a J.C. McKinleyem poprvé v roce 1940 a dnes patří k nerozšířenějším psychodiagnostickým metodám (Svoboda, 2005). Škály, které sledujeme, byly vybrány za prvé podle literatury, která se zabývá měřením změny (Garfield a Bergin, 1978), dále podle manuálu (Hathaway, McKinley, 2002) a nakonec podle korelační analýzy výsledků v jednotlivých škálách. Faktorová analýza nepřinesla významné údaje pro snížení počtu sledovaných škál, ale do seznamu jsme přidali ty, které nekorelovaly se škálami vybranými podle manuálu a literatury.

MMPI-2 byl v americké verzi standardizován na vzorku 2600 osob a test-retestová reliabilita klinických škál je v intervalu mezi 0,70 a 0,93 u mužů a 0,54 až 0,92 u žen. U obsahových škál je to 0,77 až 0,91, respektive 0,78 až 0,91. Česká verze byla restandardizována na vzorku 650 osob. (Hathaway, McKinley, 2002)

Garfield a Bergin (1978) doporučují MMPI pro měření, neboť tento nástroj opakovaně prokázal schopnost zachytit změnu vyvolanou terapií. Citlivé jsou zejména škály D, Pt, Sc a odvozené škály úzkosti (dále škály Si, K a Es, které s nimi korelují). MMPI není navrženo pro měření změny a je zatíženo zaměřením na nosologické jednotky. Přesto patří k nejlepším dotazníkům v oblasti psychopatologie.

### **Syndrom Checklist (SCL-90)**

SCL-90 patří k nejpoužívanějším sebehodnotícím dotazníkům na symptomy. Tento typ dotazníků je doporučován pro zkoumání změny a účinnosti a používá se pro standardizaci novějších dotazníků. Jeho vnitřní konzistence je udávána v různých

výzkumech na 0,77 až 0,9. Test-retestová reliabilita po týdnu vychází v rozmezí 0,78 – 0,9, po deseti týdnech na 0,68 až 0,8 (Todd, Deane, McKenna, 1997).

**Tabulka 5 – Sledované proměnné**

<b>Zdroj</b>	<b>Označení</b>	<b>Popis a kódování</b>
<i>Klientova karta</i>	Věk	
	Pohlaví	
	Vzdělání	1 – ZŠ, 2 – vyučen bez maturity, 3- SŠ s maturitou, 4- VŠ
	Stav	1 - Svobodný/a, 2 – Ženatý/Vdaná, 3 - Rozvedený/a
	Předchozí léčba	1 – Pokud klient v posledních pěti letech před nástupem absolvoval DS, nebo individuální terapii s min. 15 sezeními, nebo hospitalizaci v PL min. 1 měsíc, nebo opakovaný pobyt v krizovém centru, nebo PL; 0 – Ostatní, včetně pouhé psychiatrické farmakoterapie
	Počet Dg.	0 – 4 podle počtu diagnóz pod písmenem F podle MKN-10
	Medikace	1 - ANO - Klient nastupuje do DS s pravidelným užíváním farmakoterapie; 0 – NE
Zdraví	1 – Problematické – Klient udává somatické obtíže, pro které buď vyhledal léčbu u lékaře, nebo které mu komplikují každodenní život (chronické nemoci, bolesti, včetně anorexie); 0 – Dobré	
	F4, F3, F6	1 – ANO – Pokud je u klienta diagnostikována porucha z tohoto okruhu; 0 – NE
<i>Vlastní hodnocení klienta</i>		
	Hodnocení	0 – 4, podle odpovědi v závěrečném dotazníku na otázku: Váš celkový stav se během DS... (0) Velmi zhoršil, (1) Zhoršil, (2) Nezměnil, (3) Zlepšil, (4) Výrazně zlepšil.
	Důležitost skupiny	2 – 0, podle odpovědi v závěrečném dotazníku na otázku: Co mělo pro vás v DS největší přínos? Skórování: Skupina zmíněna na prvním místě, nebo jinak zdůrazněna – 2, skupina mezi ostatními částmi programu – 1, skupina neuvedena – 0
<i>Dotazník SCL-90</i>		
	GSI	Index závažnosti příznaků
	PSDI	Index počtu příznaků
	PST	Průměrná závažnost příznaku

<i>Dotazník DŽS</i>	
DŽSCelkem	Celková životní spokojenost (součet všech škál s výjimkou tří škál, které nejsou klienty často vyplňovány)
<i>MMPI-2</i>	
Hs	Hypochondrie
D	Deprese
Hy	Konverzní hysterie
Pt	Psychastenie
Sc	Schizofrenie
Ma	Hypomanie
Si	Sociální introverze
ANX	Úzkost
OBS	Obsese
LSE	Nízká sebeúcta
FAM	Problémy v rodině
WRK	Poruchy pracovního výkonu
TRT	Negativní postoje k terapii
A	Úzkost
R	Potlačení

## **8.2 Deskriptivní statistiky vzorku**

Celkově jsme hodnotili 162 klientů. U více než dvaceti chyběly některé údaje. Počet klientů se proto v jednotlivých statistických testech mírně liší. Klienti měli v průměru 33 let, 72 procent byly ženy a více než polovina z klientů již dříve vyhledala pomoc dlouhodobé psychoterapie, stacionáře, nebo psychiatrické léčebny. Nejvíce klientů mělo diagnózu pouze z jednoho nebo dvou okruhů (přes 90%), 59% z okruhu F6 a 69% z okruhu F4. Přibližně dvě třetiny nastupovaly léčbu již s pravidelným užíváním farmakoterapie a méně než třetina (23%) se zdravím, které jsme označili jako problematické.

**Tabulka 6 – Základní údaje o klientech**

	Procento		Procento
<b>Věková skupina</b>		<b>Předchozí léčba</b>	
Starší 33 let	58,6	Ano	52,5
<b>Pohlaví</b>		<b>Počet Dg.</b>	
Žena	71,6	1	52,5
Muž	28,4	2	39,5
<b>Vzdělání</b>		3	7,4
ZŠ	1,9	4	0,6
Vyučený/á	8,7	<b>Okruh Dg.</b>	
Maturita	63,4	F3	11,1
VŠ, VOŠ	26,1	F4	69,8
<b>Stav</b>		F6	60,5
Svobodná/ý	57,4	<b>Zdraví</b>	
Vdaná/Ženatý	29,0	Problématické	24,1
Rozvedená/ý	13,6	<b>Medikace</b>	
		Ano	61,1

**Tabulka 7 - Průměrný věk a počet diagnóz**

	Minimum	Maximum	Průměr	SD
Věk	18	62	33,52	10,13
Počet Dg.	1	4	1,57	0,671

### 8.3 Analýza údajů o klientech

Jednotlivé demografické údaje o klientech jsou na sobě nezávislé (ověřeno korelační analýzou). Výjimku tvoří věk, předchozí léčba a zdravotní stav. Korelační matice ukázala, že starší klienti přicházejí do DSHP častěji s předepsanými psychofarmaky a zdravotními problémy (Spearmanův koeficient korelace 0,14 až 0,22). Tyto koeficienty korelace jsou statisticky signifikantní, ale nejsou vysoké. Two-step cluster analýzou jsme nenašli rozdělení vzorku na podskupiny, které by měly význam z hlediska další analýzy.

Základní údaje o klientech se signifikantně neliší u mužů a žen. To znamená, že muži a ženy přicházejí s přibližně stejným počtem diagnóz, jejich okruhem, manželským stavem a zdravotními problémy. Mají přibližně stejné vzdělání a prodělali ve stejném poměru předchozí léčbu. Analýza variance (ANOVA) neukázala signifikantní rozdíl v žádném z těchto údajů.

## 9 Výsledky

### 9.1 Deskriptivní statistiky

Výsledky před terapií ukazují (Tabulka 8), že průměr skupiny je u všech položek SCL-90 i u celkového součtu DŽS v normě právě pro klinickou populaci (viz dále v klinickém hodnocení). Po terapii se všechny průměry snížily o méně než jednu směrodatnou odchylku. U počátečních výsledků v DŽS a SCL-90 nebyly signifikantní rozdíly mezi ženami a muži (ověřeno t-testem). Muži měli v testech v průměru mírně lepší výsledky.

Tabulka 8 - Výsledky SCL-90 a DŽS před a po terapii

Před	N	Minimum	Maximum	Průměr	SD
GSI	161	0,18	3,51	1,43	0,69
PSDI	161	0,8	3,55	2,10	0,58
PST	160	14	89	57,73	16,13
DŽS Celkem	156	2	293	190,25	40,68

Po	N	Minimum	Maximum	Průměr	SD
GSI	156	0,04	3,25	0,99	0,65
PSDI	156	0,40	3,48	1,69	0,60
PST	155	5,00	90,00	47,72	19,54
DŽS Celkem	154	2	318	203,51	45,51

U MMPI-2 jsme pozorovali, že průměrné hodnoty překročily hranici „náznaku patologie“, tj. 70 bodů u 10 z 19ti námi sledovaných škál (Tabulka 9). Nejvýraznější byl vysoký skór u depresivity (D) a anxiety (A). Rozdíl mezi muži a ženami byl statisticky významný pouze u škál PD, PA, MA, LSE, FAM, A a R (t-test pro nezávislé skupiny). Ve všech případech skórovaly ženy výše než muži. Největší byl rozdíl u hypománie (MA), nízké sebeúcty (LSE) a problémů v rodinných vztazích (FAM), kde ženy dosáhly v průměru o 9 bodů více.

**Tabulka 9 - Počáteční skórování ve vybraných škálách MMPI-2**

	N	Minimum	Maximum	Průměr	SD
HS	137	41	97	66,93	12,924
D	137	37	110	78,43	15,014
HY	137	36	98	67,33	12,510
PD	124	29	112	68,25	14,624
PA	124	35	111	65,06	12,581
PT	137	42	111	78,55	13,304
SC	135	45	99	75,12	12,865
MA	137	29	99	59,73	13,346
SI	137	40	95	69,77	12,350
ANX	137	46	97	78,55	10,938
FRS	137	39	88	59,56	12,107
OBS	137	46	94	72,09	10,866
LSE	137	40	110	76,34	16,962
FAM	137	41	110	74,55	16,193
WRK	137	49	103	77,77	12,498
HEA	124	46	102	71,36	12,946
TRT	137	41	96	69,18	12,116
A	137	48	97	76,80	10,932
R	137	20	72	48,45	11,130

Pozn. Označené skóry překračují hranici „náznaku patologie“

## 9.2 Klinická významnost změny

Klinickou významnost změny jsme posuzovali třemi různými způsoby, které jsme popsali v teoretické části. Vybrali jsme je na základě vhodnosti podle dostupných dat.

### 9.2.1 Klinické hodnocení DŽS

U DŽS jsme měli k dispozici pouze údaje o klientech a hodnoty z manuálu. Podle manuálu je průměr standardizačního vzorku (normální populace)  $M = 256,59$  a  $SD = 34,26$  (Fahrenberger, 2001). Za hodnotu, která naznačuje patologii, tedy můžeme považovat výsledek menší než  $M - 2 \times SD$ , tj. menší než dvě směrodatné odchylky pod průměrem normální populace. Získáme tak hranici  $A = 187,35$ .

Počet klientů, kteří měli na začátku skóre nižší než 187,35 byl 70. Z nich procento těch, kteří po terapii překročili vypočítanou hranici při měření po terapii bylo 45,7%. Tedy necelá polovina byla z hlediska DŽS klinicky vyléčena. Je třeba upozornit, že podle autorů postupu výpočtu se jedná o nejkonzervativnější variantu,



kteřá odděluje nejmenší počet vyléčených v porovnání s ostatními způsoby určení hranice. Na druhou stranu, když jsme jako hranici využili manuálem stanovený bod pro podezření na problémy (212 bodů), byl počet vyléčených ještě nižší – pouhých 26,5%. Druhá metoda je podle našeho názoru vhodnější. Podle první hranice bychom měli před terapií příliš mnoho „zdravých“ jedinců,

## 9.2.2 Klinické hodnocení SCL-90

U SCL-90 jsme hodnotili pouze ukazatel GSI, jak je zvykem v odborné literatuře (viz Todd, Deane, McKenna, 1997). Údaje o běžné populaci u SCL-90 se liší. Nejkonzervativnější měření u stratifikovaného vzorku ve Spojených státech udává pro ženy  $M = 0,36$  ( $SD = 0,35$ ) a u mužů  $M = 0,25$  ( $0,24$ ) (Todd, Deane, McKenna, 1997). Pro srovnání výzkumy se studenty vychází například  $M = 0,6$ ,  $SD = 0,44$ . Klinická populace má například  $M = 1,56$  ( $SD = 0,61$ ), což skoro odpovídá našim zjištěním.

Klinickou *cutoff* hranici jsme stanovili jako střed mezi klinickou a neklinickou populací podle vzorce:

$$C = \frac{SD_0 \cdot M_1 + SD_1 \cdot M_0}{SD_0 + SD_1}$$

$$C (\text{ženy}) = 0,7559$$

$$C (\text{muži}) = 0,5666$$

Z aplikování vzorce vyšlo, že procento mužů, kteří překročili hranici 0,57 bylo 23%. (Z celkových 42, kteří měli „klinický“ výsledek před terapií.) Procento žen, které překročili vypočtenou hranici 0,75 bylo 28,3%. Jen 94 ze 115 žen mělo před terapií „klinický“ výsledek v SCL-90. V průměru je klinicky zlepšených 25,65%.

## 9.2.3 Klinické hodnocení MMPI-2

U MMPI-2 jsme měli k dispozici manuál, který určuje interpretaci skóre. T-skóry z testu mají střední hodnotu 50 a  $SD = 10$ . Skóre nad 70, tedy na dvě standardní odchylky, naznačuje podle manuálu patologii. Nad 90 jde potom o silnou patologii. Výsledky přehledně ukazuje Tabulka 10. Jak tato situace vypadá při porovnání průměrů ukazuje Graf 2.

**Tabulka 10 – Procento klientů s náznakem patologie<sup>1</sup> a procento „vyléčených“ u MMPI-2**

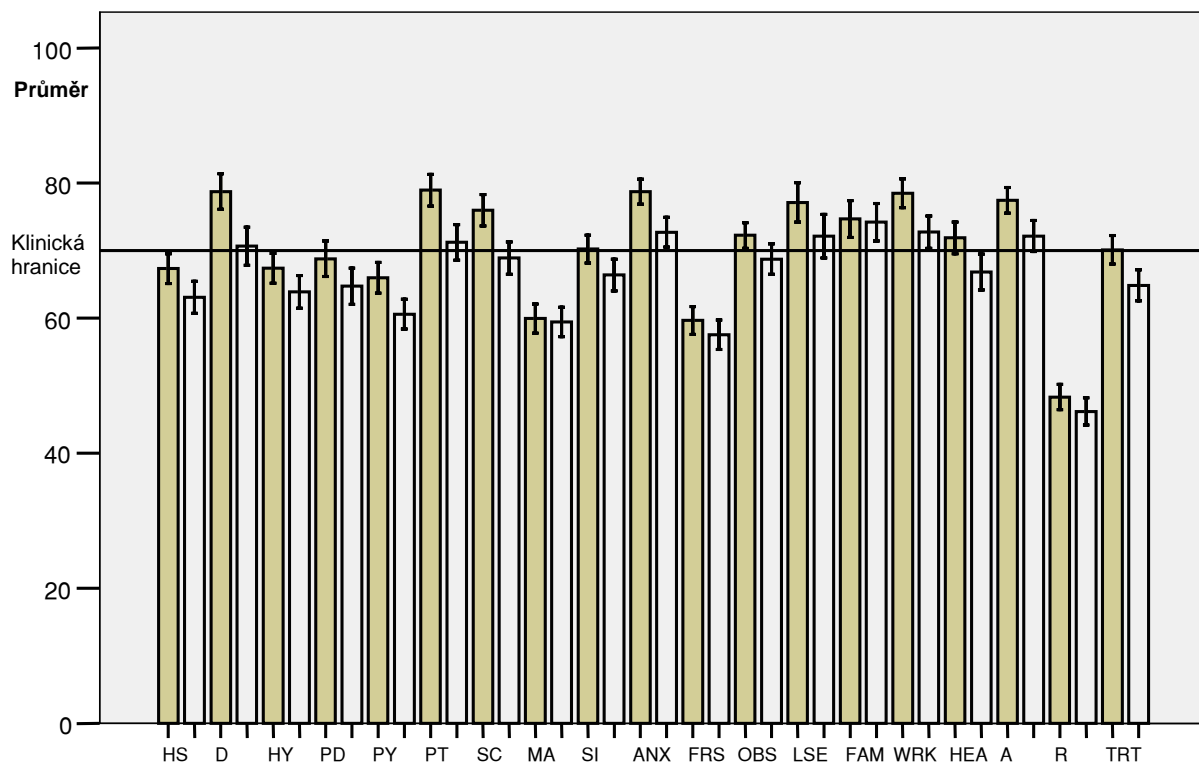
	HS	D	HY	PD	PA	PT	SC	ANX	FRS
<b>Před</b>	40,8	73	42,1	48,9	31,7	73,7	66	73,7	19,7
<b>Po</b>	28,5	49	31,8	30,2	20,9	50,3	42,4	55	15,2
<b>Procento vyléčených</b>	69,9	67,1	75,5	61,8	65,9	68,2	64,2	74,6	77,2

pokračování:

OBS	FAM	WRK	HEA	TRT	A	R	MA	SI	LSE	Průměr
58,6	60,5	73	51,1	51,3	74,3	1,3	23	49,3	59,9	51,6
45,7	61,6	54,3	37,4	33,1	55,6	0	20,5	40,4	47,7	37,9
78	-1,8	74,4	73,2	64,5	74,8		89,1	81,9	79,6	68,8

<sup>1</sup> Procento těch, kteří skórovali na škále více než 70 bodů.

**Graf 2 – Průměry škál MMPI-2 před a po stacionáři**



(Liché sloupce stav před, sudé po stacionáři. Úsečky označují interval spolehlivosti 95%.)

### 9.3 Statistická významnost změny

Statistická významnost změny je podmínkou pro určení, že pozorovaná změna není náhodná. T-testy pro všechny námi sledované položky SCL-90 a DŽS vyvrátily nulovou hypotézu, že nedošlo k pozitivní změně (Tabulka 11). To znamená změna nebyla dána náhodným kolísáním. U MMPI-2 došlo k signifikantnímu zlepšení u vybraných podstatných škál s výjimkou Problémů v rodině (FAM). Je to dáno tím, že u žen v průměru skóre o dva body klesalo, u mužů rostlo. Tento rozdíl nebyl ale statisticky významný.

**Tabulka 11 - Párový t-test pro SCL-90 a DŽS**

Škála	t	df	Sig. (2-tailed)
SCL-90 GSI	11,241	155	< 0.01
PST	7,956	154	< 0.01
PSDI	11,169	155	< 0.01
DŽS	-6,095	153	< 0.01

**Tabulka 12 – Hodnoty t-testu pro vybrané dvojice položek u MMPI-2**

Škála MMPI-2	t	df	p
HS	4,743	135	< 0.01
D	7,802	135	< 0.01
PT	7,030	135	< 0.01
SC	6,967	133	< 0.01
ANX	7,679	135	< 0.01
LSE	5,652	135	< 0.01
FAM	-0,316	135	0,753
TRT	6,352	135	< 0.01
A	5,931	135	< 0.01
R	3,075	135	< 0.01

### 9.4 Míra účinku (ES)

Jelikož jsme již z povahy naturalistické studie nemohli použít kontrolní skupinu, vypočítali jsme míru účinku srovnáním počátečního stavu a výsledků po terapii. Použili jsme přitom vzorec vysvětlený v teoretické části. Proměnná GSI ukázala středně vysokou míru účinku  $ES = 0,66$ . Spíše nižší bylo ES u DŽS a MMPI-2 (

Tabulka 13).

**Tabulka 13 - ES<sub>pre-post</sub> pro SCL-90 a DŽS a pro vybrané škály MMPI-2**

Škála	ES	Škála	ES	Škála	ES
GSI	0,66	HS	0,32	FRS	0,17
PSDI	0,69	D	0,55	OBS	0,28
PST	0,56	HY	0,26	LSE	0,3
DŽS	0,31	PD	0,28	FAM	-0,03
		PA	0,4	WRK	0,42
		PT	0,55	HEA	0,37
		SC	0,51	TRT	0,41
		MA	0,03	A	0,43
		SI	0,3	R	0,19
		ANX	0,52		
				<b>Průměr MMPI-2</b>	<b>0,33</b>

## 9.5 Zlepšení a vlastní hodnocení klienta

V dotazníku, který klient vyplňoval při odchodu z denního stacionáře, jsme také sledovali odpověď na následující otázku: „Co pro vás bylo ve stacionáři nejpřínosnější?“ Odpověď jsme skórovali podle toho, zda a jak byl zmíněn přínos skupiny (viz Tabulka 5). Data ukázala, že klientova odpověď v hodnocení přínosu skupiny nesouvisí se zlepšením v testech. Nelze tedy říci, že by lepší vztah ke skupině, projevený právě v dotazníku, souvisel s lepšími výsledky (testováno One way ANOVA a korelací).

Na druhou stranu klientovo vlastní hodnocení zlepšení ve stejném závěrečném dotazníku (škála viz Tabulka 5) pozitivně souvisí se zlepšením výsledků v diagnostických testech. Spearmanův koeficient korelace (Tabulka 14) je sice poměrně nízký a u žádné škály nepřekročil hodnotu 0,37, ale korelace jsou statisticky významné. Koeficienty jsou s výjimkou DŽS záporné, protože zatímco hodnocení stoupá, klesá index závažnosti příznaků a skórování v MMPI-2.

Průměrné vlastní hodnocení bylo velmi dobré, 61,4% klientů uvedlo, že se jejich stav zlepšil a 11,4%, že se „výrazně zlepšil“. Hodnocení skupiny podle našeho kódování (Tabulka 5) bylo v průměru 1,31. Přes 51 % klientů uvedlo při odpovědi v dotazníku skupinu na prvním místě.

**Tabulka 14 – Korelace mezi vlastním hodnocením a vybranými škálami testů**

Položka	Vlastní hodnocení <sup>1</sup>	Důležitost skupiny <sup>1</sup>
Důležitost skupiny	0,183(*)	
GSI	-0,346(**)	0,033
DZS	0,362(**)	0,066
HS	-0,258(**)	-0,084
SC	-0,291(**)	-0,060
ANX	-0,348(**)	-0,084
LSE	-0,309(**)	-0,053
HEA	-0,347(**)	-0,112

<sup>1</sup>Spearmanův koeficient korelace\* Stat. významné na hladině  $p < 0,05$ \*\* Stat. významné na hladině  $p < 0,01$ 

## 9.6 Analýza vlivů na změnu

Mnohonásobnou regresní analýzou jsme zjišťovali vliv nezávislých proměnných, jako například pohlaví, věk, zdraví a medikace, na jednotlivé škály. Zjistili jsme, že tyto proměnné nemají na zlepšení významný vliv.

Všechny rozdílly (zlepšení) ale korelují s výsledkem testu před terapií (s výjimkou DŽS). To znamená, že lidé s horším počátečním stavem (vyšší skóre) dokázali dojít k většímu zlepšení. Korelační koeficienty ukazuje Tabulka 15. Můžeme velmi zjednodušeně říci, že 20 až 45 % zlepšení jde na vrub tomu, jak „špatný“ byl počáteční stav. Jinak řečeno, čím horší byl stav na začátku, tím k většímu zlepšení došlo. Korelace mají záporné znaménko, protože zlepšení se projevuje poklesem hodnot v testech.

**Tabulka 15 – Korelace výsledku před terapií a velikosti zlepšení (DŽS a SCL)**

	GSI pre	PSDI pre	PST pre	DŽS Celkem pre
GSI změna	-0,445(**)	-0,293(**)	-0,441(**)	0,111
PSDI změna	-0,309(**)	-0,353(**)	-0,229(**)	0,085
PST změna	-0,100	0,025	-0,262(**)	-0,069
DZS změna	-0,014	-0,036	-0,009	-0,141

\*\* Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01 (dvoustranné testování).

U MMPI z vybraných škál nekoreluje s počátečním stavem pouze změna u LSE. Všechny korelace se pohybují mezi -0,1 a -0,3. Korelace jsou zde záporné, protože zlepšení se projevuje poklesem, nikoliv nárůstem hodnot.

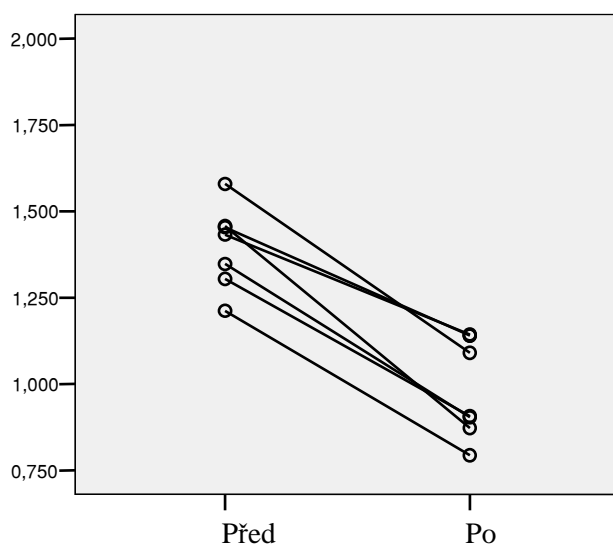
U některých výsledků testů jsme mohli pozorovat rozdíly podle určitých údajů. Například zlepšení na škále FAM se lišilo podle věkové kategorie klienta, zlepšení ve skóre DŽS se lišilo podle zdravotního stavu (DŽS obsahuje otázky na zdravotní stav) a podle toho, zda u klienta byla, nebo nebyla diagnostikována porucha z diagnostického okruhu F4.

Statistická analýza (MANOVA) tyto rozdíly potvrdila jen pro zlepšení na škále Depresivity (D) v MMPI, a to v závislosti na přítomnosti diagnózy z okruhu F4.

### 9.6.1 Vliv terapeuta

V DSHP se ve sledovaném období věnovalo vedení skupin celkem 10 terapeutů. Každý z nich měl za celou dobu na starosti 5 až 33 klientů ( $M = 8,7$ ). Na našich datech jsme zjišťovali, zda se projevilo na zlepšení, který terapeut skupinu vedl. Vyřadili jsme přitom tři terapeuty, kteří vedli v součtu méně než deset klientů. Vliv terapeuta se u výsledků testů neprojevil (ANOVA). Typický průběh zlepšení pro jednotlivé terapeuty je znázorněn v Grafu 3. Většina křivek znázorňující zlepšení je zhruba rovnoběžná, tj. terapeuti měli až na výjimky v průměru stejnou úspěšnost.

Graf 3 – Změna průměrných skóre u GSI podle terapeutů



## 10 Diskuze

Výsledky analýzy sebraných dat potvrzují, že po sedmitýdenním terapeutickém programu stacionáře došlo u klientů ke zlepšení v dotaznících DŽS a SCL-90 a ve většině vybraných škál MMPI-2. Toto zlepšení je statisticky významné. Klinické zlepšení, „vyléčení“, můžeme podle zdroje dat sledovat u 25 až 68 % klientů. Míra účinku terapeutického programu je podle SCL-90, tedy nejvhodnějšího z měřících nástrojů,  $ES_{pre-post} = 0,66$ . To znamená střední až vyšší účinek podle Cohenova hodnocení (viz kapitola 4.2.1). Výsledky přehledně shrnuje Tabulka 16.

**Tabulka 16 – Shrnutí hodnocení změny**

Zdroj dat	Procento klinicky vyléčených	Metoda klinického hodnocení	ES	Hodnocení ES	Statisticky významná změna (t-test)
DŽS Celkem	45,7	A <sup>2</sup>	0,31	nízké	Ano
DŽS Celkem	26,5	Manuál			
SCL-90 (GSI)	25,65	C <sup>2</sup>	0,66	střední	Ano
MMPI-2 <sup>1</sup>	68,8	Manuál	0,33	nízké	Ano

<sup>1</sup> průměr vybraných škál; <sup>2</sup> metoda stanovení hranice popsána v teoretické části

Nejstručněji můžeme shrnout výsledky do závěru, že došlo k výraznému zlepšení, které se ale velmi liší v závislosti na metodě hodnocení a testu, který zvolíme. Zatímco dotazník SCL-90 ukazuje vysokou míru účinku (ES) a zároveň nízké procento „vyléčených“, u MMPI-2 je tomu naopak. Důvodem je, že klinické a statistické hodnocení pracuje s individuálními hodnotami a normami, zatímco ES pouze porovnává průměry celé skupiny před a po terapii. ES je nezbytný nástroj pro metaanalýzu, ale při hodnocení programu stacionáře je užitečnější pohled na statistickou významnost a procento „vyléčených“. 45,7 % u DŽS, nebo průměrných 68,8 % u MMPI-2 jsou velmi vysoké výsledky.

Další analýzy ukázaly, že na účinnost terapie nepůsobí demografické údaje (věk, pohlaví, vzdělání a podobně). To je pochopitelné, jelikož terapie je většinou navržena univerzálně a zároveň individuálně přizpůsobována. Proto nelze očekávat, že některá podskupina klientů dosáhne zlepšení výrazně rychleji (nesledovali jsme ale například inteligenci, která by u PA mohla hrát roli). Tento závěr se také shoduje se zjištěním Burlingama, Fuhrimana a Mosiera (2003).

Výsledné zlepšení bylo mírně až středně závislé na počátečním horším stavu klienta. Důvody proto mohou být především dva. Měřicí nástroje mohou být citlivější v oblasti extrémnějších hodnot, nebo má klient s horším počátečním stavem „více prostoru“ ke zlepšení.

## 10.1 Omezení výzkumu

Ukazuje se, že je velkým omezením, pokud je účinnost zkoumána bez kontrolní skupiny. Například v ČR jsme nenašli data, se kterými bychom naměřené  $ES_{pre-post}$  porovnali. Běžné  $ES_{exp-wait}$  se udává kolem 0,7, ale porovnání těchto dvou druhů ES v teoretické části nedoporučujeme. Burlingame, Fuhriman a Mosier (2003) uvádí  $ES_{pre-post}$  u skupinové terapie 0,45 až 1,4 v závislosti na diagnóze, u úzkostných poruch 0,84. Sandell et al. (2002) uvádí u čtyřleté individuální psychodynamické terapie ve Švédsku  $ES_{pre-post} = 1,7$  a u běžné individuální terapie  $ES_{pre-post} = 0,6$ .

Klinické hodnocení terapeutického programu stacionáře je velmi dobré. Například Jacobson a Traux (1991) uvádí ve svém ukázkovém výzkumu, že podle použité metody hodnocení (hranice C) došlo ke zlepšení u 43 % klientů.

Výsledky bohužel nelze přímo srovnávat s terapeutickými intervencemi, jelikož denní stacionář má kromě skupinové terapie další dva výrazné pilíře. Za prvé jsou to doplňkové terapeutické programy a za druhé vytváření komunity klientů. Jak poznamenává Kratochvíl (2005), doplňkové aktivity vždy zvyšují účinnost skupinové terapie ve stacionáři. Kromě toho naprostá většina klientů DSHP užívá psychofarmaka, a nelze tak mluvit o čistém účinku terapie. Na druhou stranu většině klientů nebyla medikace během programu změněna. Tento údaj pouze odhadujeme, jelikož ho nebylo možné získat z materiálů dostupných pro výzkum.

Každé vyplňování dotazníků a testů může ovlivnit mnoho nežádoucích proměnných. Vzhledem k nepřítomnosti kontrolní skupiny musíme počítat s tím, že lepší výsledek v testu mohl být dán učením (znalostí) testu, regresí k průměru anebo výraznými životními událostmi v průběhu léčby.

Klienti mohli také výstupní dotazník ovlivnit přáním „být na tom lépe“ a autosugescí zlepšení. Nemůžeme ani vyloučit opak, totiž že výsledky výstupního dotazníku jsou zhoršené strachem z odchodu ze stacionáře a návratu do normálního života. Leichsering (2006) sledoval vývoj závažnosti symptomů rok po ukončení terapie (13 dynamicky orientovaných sezení) a zjistil mírný nárůst ES.



Poslední omezení se týká vztahu psychodynamické terapie a diagnostických nástrojů. Podle ústního vyjádření psychologů DSHP by pro hodnocení výsledků bylo vhodnější použít diagnostické kategorie podle psychodynamických manuálů. Toto rozřazení se běžně v kartě klienta v DSHP neuvádí, a proto jsme ho nemohli použít, jelikož by se muselo provádět zpětně a bylo by již poznamenáno zkušeností terapeuta s klientem.

Lze také namítat, že psychodynamický přístup se například mnohem více než KBT soustředí na změnu náhledu problému a nikoliv zmírnění symptomů. Proto by se mohl vliv psychodynamické terapie projevit až s jistým zpožděním po výstupních testech. Na druhou stranu symptom je i v psychodynamické teorii zviditelněním vnitřních konfliktů a přímo souvisí i se změnou náhledu. Většina výzkumů, které citujeme v teoretické části, nenašla výrazný rozdíl mezi behaviorálně a dynamicky orientovanou terapií.

Překvapilo nás, že jsme nenašli výrazné rozdíly mezi efektivitou terapeutů. Jeden z možných důvodů je malý počet klientů u jednotlivých terapeutů.

Výrazným omezením každého výzkumu může být počet klientů, kteří program opustí předčasně. Tento problém diskutujeme v teoretické části, kde docházíme k závěru, že nelze tyto klienty automaticky počítat mezi neúspěšné. V našem případě byla za prvé „úmrtnost“ nízká - 17,8%, za druhé nešlo o randomizovanou studii, nebo studii srovnávací, ale naturalistický výzkum, kde každý klient již prochází sebevýběrem a výběrem psychoterapeutů, kteří posuzují jeho schopnost léčbu podstoupit a dokončit.

Nakonec bychom rádi okomentovali důsledky našeho výzkumu pro praxi, přestože by to měl dělat spíše psycholog s dlouhodobou psychoterapeutickou zkušeností. Za prvé se ukazuje, že metoda hodnocení zlepšení je v DSHP pokročilejší, než na jiných pracovištích, ale i tak by vyžadovala použití nástrojů, které lépe odpovídají teorii psychodynamické intervence. Za druhé je možné s potěšením konstatovat, že terapeutický program je významně účinný. Ovšem bez sledování po určitém období, kdy se očekává zpožděný efekt psychodynamického působení (například po jednom roce), nelze z výsledků říci, že by byl vysoce účinný.

## 11 Závěr empirické části

Po sedmítýdenním terapeutickém programu stacionáře došlo u klientů k zlepšení v dotaznících DŽS a SCL-90 a v naprosté většině vybraných škál MMPI-2. Toto zlepšení je statisticky významné. Z klinického hodnocení výsledků vyplývá, že došlo i ke klinickému zlepšení, „vyléčení“, a to u 25 až 68 % klientů podle typu dotazníku. Toto číslo je relativně vyšší, než by se u takto krátkého terapeutického programu dalo očekávat. Míra účinku (ES) programu je mezi 0,3 a 0,66. Podle SCL-90, tedy nejvhodnějšího z měřících nástrojů, je  $ES_{\text{pre-post}} = 0,66$ . To znamená střední až vyšší účinek, který odpovídá účinku dlouhodobé terapie. Hodnocení účinnosti se výrazně lišilo podle použitého testu a metody vyhodnocování.

Analýzy nenašly žádné nezávislé proměnné, které by výrazně ovlivnily, zda je terapie účinnější nebo méně účinná. Dá se říci, že terapie je dostatečně univerzální a individuální a lépe pomáhá klientům s horším počátečním stavem, tj. těm, kteří před programem skórují v testech hůře.

Výsledky výzkumu jsou srovnatelné s obdobnými studiemi a nijak významně se neliší. Největším rozdílem oproti literatuře bylo, že se statisticky neprokázal vliv terapeuta na rozdíly ve výsledném zlepšení. Všichni terapeuti měli přibližně stejný vliv na klientovu změnu. Větší zlepšení v testech mírně korelovalo s vlastním hodnocením klienta a nesouviselo s tím, jaký význam klient přikládal vlastní skupinové terapii.

## 12 Závěr

Na začátku práce jsme se ptali, zda má být účinnost psychoterapie ověřována pomocí metody vědeckého experimentu. Tato metodologická otázka vytvořila v teorii výzkumu pevnější a hůře překonatelnou hradbu než v samotné praxi výzkumu. Ukázali jsme, že ačkoliv výzkumy účinku a procesu jsou metodologicky vzdálené, v důsledku jde pouze o různé pohledy na stejný problém s často stejnými výsledky.

Jedním z důvodů vzniku disciplíny výzkumu psychoterapie bylo, aby umožnila nahlédnout terapii nezaujatým pohledem. V současnosti je příležitost spojit pohled výzkumný a praktický. Jak RCT, tak i naturalistické studie dospěly totiž k závěru, že terapie je vysoce účinná, a to především díky jistým kvalitám terapeuta a jeho vztahu s klientem. Ukázaly tak z jiného pohledu to, co zastává i praxe psychoterapie.

V teoretické části práce jsme došli k závěru, že účinnost terapie by měla být ověřována ve studiích typu RCT s kontrolní skupinou a placebem v těch případech, kdy je to možné. Zároveň je potřeba vždy počítat s faktem, že se tím snižuje externí validita a že kontrolní skupina či placebo z podstaty věci nemohou dosahovat takové kvality, aby sami o sobě dokázaly účinnost určité „složky“ terapie.

Pro měření účinnosti jednotlivých technik a mechanismů terapie by tedy měla být větší pozornost zaměřena na jiné modely než na model farmaceutický a na výzkum typu RCT. Větší přínos má kontextuální model terapie a model společných faktorů.

Podle našich závěrů by se při hodnocení účinnosti mělo vždy používat více kritérií, která odpovídají konkrétním terapiím a zároveň umožňují komparaci. Zjistili jsme v empirické části, že výsledky hodnocení účinnosti se v závislosti na použité metodě mohou diametrálně odlišovat. Je proto nutné vždy využít jak statistické zhodnocení významnosti, tak i klinické posouzení, například podle námi doporučené metody, a učinit srovnání s pomocí míry účinku (ES).

Množství námi shrnutých výzkumů ukázalo, jak nepřesně terapeuti sami poměřují výsledky terapie a jak velký může být rozdíl mezi schopnostmi jednotlivých terapeutů. Náš empirický výzkum toto tvrzení ovšem nepotvrdil.

Tlak na objektivní měření je vhodný, ale musí sloužit jako pomocný nástroj pro terapeuta. Zjistili jsme, že objektivní měření založené na farmaceutickém modelu

prozatím nemůže rozhodovat o podpoře nebo zrušení některé techniky nebo druhu terapie.

Vysoká účinnost psychoterapie byla prokázána ve stovkách kvalitních studií a často překonává efektem i samotnou farmakoterapii. Zkoumání metaanalýz účinnosti psychoterapie nás prozatím vede k závěru, že terapie je natolik individuální a zároveň univerzální nástroj, že nemůžeme prokázat lepší výsledky jedné konkrétní terapeutické školy, nebo jednoduchý klíč pro „párování“ diagnóz s odpovídajícími postupy. I naše empirická studie to ilustruje. Důvodem je pravděpodobně fenomén společných terapeutických faktorů.

Závěry naší práce můžeme použít pro dvě doporučení. Za první by měl výzkum efektu pokračovat s větší intenzitou, jelikož může být velkým přínosem pro praxi terapie. Za druhé psychoterapeuti by se měli orientovat na to, co jednotlivé terapeutické školy spojuje, na společné faktory, které jsou pravděpodobně tím neúčinnějším pro většinu diagnóz. Je také možné doporučit, aby se výzkum efektu více věnoval případům neúspěšné terapie, jelikož pouhé dokazování úspěchů terapie nepřináší výsledky, které by byly tolik užitečné pro samotné terapeuty.

Na úplný závěr chceme shrnout důsledky naší analýzy pro psychoterapeutické školy. Při nedostatku výzkumu jsou to totiž právě terapeutické školy, které dodávají terapeutům potřebnou prestiž a supervizi. Řečeno velmi laicky: terapeut si nemůže pověsit na zeď certifikát, že je empatický, vytváří dobrý vztah s klientem, nebo jaká je jeho celková úspěšnost, ale může se zaštitit výcvikem a terapeutickou školou. Cílem výzkumu účinnosti psychoterapie by mělo být tyto funkce (kontrola a podpora) integrovat. Výhodou specializace jednotlivých škol je soutěž a vzájemná kontrola. V praxi i ve výzkumu je ovšem přínosnější eklektický přístup, který by mohl být umožněn právě lepšími nástroji pro měření výsledku a účinnosti terapie.

## Literatura

AHN, H. – WAMPOLD, B. E. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, July 2001, Vol. 48, No. 3, str. 251–257.

APA (TASK FORCE ON PROMOTION AND DISSEMINATION OF PSYCHOLOGICAL PROCEDURES). Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments : Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 1995, Vol. 48(1), str. 2–23.

AVELINE, M. – STRAUSS, B. – STILES, W.B. Psychotherapy research. In: Oxford textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press, 2005. ISBN 0-19-852064-6

BARLOW, S.H. – BURLINGAME, G. M. – FUHRIMAN, A. Therapeutic application of groups: From Pratt's "Thought control classes" to modern psychotherapy. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, March 2000, Vol. 4, No. 1, str. 115 – 134.

BAUER, S. – LAMBERT, M.J. – NIELSEN, S. L. Clinical significance methods : A comparison of statistical techniques. *Journal of Personality Assessment*, 2004, Vol. 82, No. 1, str. 60 – 70.

BURLINGAME, G. M. – FUHRIMAN, A. – MOSIER, J. The differential effectiveness of group psychotherapy : a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 2003, Vol. 7, No. 1, str. 3 – 12.

COHEN, J. – COHEN, P. Applied multiple regression : correlation analysis for the behavioral sciences. 1st edition. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1975. ISBN 0-470-16360-7

CONE, J. D. Evaluating outcomes : empirical tools for effective practice. Vyd. 1. Washington: American Psychological Association. 2001. ISBN 1-55798-723-8

DAHL, H. – KÄCHELE, K. – THOMÄ, H. (Eds.). Psychoanalytic Research Strategies. 1st edition. Berlin: Springer-Verlag, 1988. ISBN 3-540-5021-0

DISMAN, M. Jak se vyrábí sociologická znalost. 3. vydání. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0139-7

EYSENCK, H. J. Meta-analysis : an abuse of research integration. *The Journal of Special Education*, 1984, Vol. 18, No. 1. Str. 41 – 59.

EYSENCK, H. J. The effect of psychotherapy : an evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1952, Vol. 16, str. 319 – 324.

FAHRENBERGER, J. et al. Dotazník životní spokojenosti. 1. české vydání. Praha: Testcentrum, 2001. Přeložili a upravili Rodná K., Rodný T.

FELTHAN, C. (Ed.) Which psychotherapy? 1st edition. London: Sage, 1997. ISBN 0-8039-7478-7

FONAGY, P. Evidenced-Based Psychodynamic Psychotherapies. In: *Psychoanalytic Diagnostic Manual*. PDM Task Force. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006. str. 765-806.

GABBARD, G. O. – BECK, J. S. – HOLMES, J. (Eds.). Oxford textbook of psychotherapy. Oxford: Oxford University Press, 2005. ISBN 0-19-852064-6

GARFIELD, S. L. – BERGIN, A. E. (Eds.) Handbook of psychotherapy and behavior change. 2nd edition. New York: Wiley, 1978. ISBN 0-471-2917-1

GUILFORD, J. P. – FRUCHTER, B. Fundamental statistics in psychology and education. 5th edition. New York: McGraw-Hill, 1973. ISBN 0-07-025148

HANNAN, C. et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 2005, Vol. 61, str. 1–9.

HATHAWAY, S. R. – MCKINLEY, J. C. MMPI-2 : Minnesota Multiphasic Personal Inventory. 1. české vydání. Praha: Testcentrum, 2002. Autor č. verze K. Netík.

HENDL, J. Přehled statistických metod zpracování dat. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-820-1

HILSENROTH, M. J. A programmatic study of short-term psychodynamic psychotherapy: Assessment, process, outcome, and training. *Psychotherapy Research*, 2007, Vol. 17, No. 1, str. 31 – 45.

IMBER, S. D. et al. Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, June 1990, Vol. 58, No. 3, str. 352 – 9.

JACOBSON, N. S. – TRAUX, P. Clinical significance : A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, Vol. 59, No. 1, p. 12 -19.

JOYCE A. S. et al. Psychotherapy Research at the Start of the 21st Century. *Canadian Journal of Psychiatry*, Nov 2006, Vol. 51, No. 16. Health Module. s. 797.

KOTTLER, J. A. – CARLSON, J. Nezdařená terapie : nejhorší chyby z praxe předních současných psychoterapeutů. Vyd. 1. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-088-7

KRATOCHVÍL, S. Skupinová psychoterapie v praxi. 3. doplněné vydání. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-347-8

KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. 4. vydání. Praha: Portál, 2002. 392 s. ISBN 80-7178-657-8

KRATOCHVÍL, S..Kroměřížské výzkumy skupinové psychoterapie v letech 1974 – 2003. *Česká a slovenská psychiatrie*, 99, Č. 2, s. 99 – 102.

LAMBERT, M. J. – HILL, C. E. Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: Bergin, A. E – Garfield, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th edition. New York: Wiley. Str. 143 - 179. ISBN 0-471-2917-1

LAMBERT, M. J. et al. Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress : clinical results an practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology / In Session*, 2005 Vol. 61, No. 2, str. 165 – 174.

LAMBERT, M.J. – CATTANI-THOMPSON, K. Current findings regarding the effectiveness of counseling. *Journal of Counseling and Development*, Jul/Aug 1996; Vol. 74, No. 6, str. 601.

LEIHSENRING, F. Review of Metaanalysis of Outcome Studies of Psychodynamic Therapies, In: *Psychoanalytic Diagnostic Manual*. PDM Task Force Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006.

MCROBERTS, C. - BURLINGAME, G. M. – HOAG, M.J. Comparative efficacy of individual and groups psychotherapy : A metya-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 1998, Vol. 2, No. 2., p. 101 -117.

MILLER, N. E. – LUBORSKY, L. – BARBER, J. P. et al. (Eds.) Psychodynamic treatment research : a handbook for clinical practice. New York: BasicBooks, 1993. ISBN 0-465-02877-2

MIOVSKÝ, M. Proč terapeuti tak málo zajímá výzkum? *Konfrontace*, 2000, 2. ročník, č. 4. s. 211 – 214.

MORRISON, K. H. – BRADLEY, R. – WESTEN, D. The external validity of controlled clinical trials of psychotherapy for depression and anxiety: a naturalistic study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2003, Vol. 76, str. 109 – 132.

OKIISHI, J. C. et al. An analysis of therapist treatment effects : toward providing feedback of individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, September 2006, Vo. 62, s. 1157 – 1172.

OKIISHI, J. C. et al. Waiting for the supershrink : an empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2003, Vol. 10, s. 361 – 373.

ORLINSKY, D. E. - GRAWE, K. - PARKS, B. K. Process and outcome in psychotherapy: Noch Einmal. In: BERGIN, A. E – GARFIELD, S. L. (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th edition. New York: Wiley. str. 270-379.

PDM TASK FORCE. Psychoanalytic Diagnostic Manual. Silver Spring: Alliance of Psychoanalytic Organizations, 2006. ISBN 0976775824

RUSELL, R. L. (Ed.). Reassessing psychotherapy research. New York: Guilford Press, 1994. ISBN 0-89862-755-9

RUTTAN, J. S. (Ed.) Psychotherapy for the 1990s. New York: Guilford Press, 1992. ISBN 0-89862-198-2

SANDELL, R. et al. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the stockholm outcome of psychoanalysis and psychotherapy project (Stopp). *International Journal of Psycho-Analysis*, 2000, Vol. 81, str. 921 -942.

SHEA, M. T. et al. 1992. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of general psychiatry*, October 1992, Vol. 49 No. 10.

SMITH , E. C. – GRAWE, K. Which Therapeutic Mechanisms Work When? : A Step Towards the Formulation of Empirically Validated Guidelines for Therapists' Session-to-Session Decisions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2005, Vol. 12, str.112–123.



SMITH, E. G. – MATHUR, A. Blinding in psychotherapy plus medication trials. *The American Journal of Psychiatry*, Jul 2006, Vol. 163, No. 7, Health Module, Str. 1295.

SMITH, M. L. – GLASS, G.V. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, September 1977, Vol. 32, No. 9, str. 752 – 60.

SVOBODA, M. 2005. Psychologická diagnostika dospělých. Vyd. 3. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7367-050-X

TIMULÁK, L. 2005. Současný výzkum psychoterapie. 1. vyání. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-707-0

TODD, D. M. – DEANE, F. P. – McKENNA, P. A. Appropriateness of SCL-90 adult and adolescent norms for outpatient and nonpatient college students. *Journal of Counseling Psychology*, 1997, Vol. 44, No. 3, p. 294 – 301.

VYMĚTAL, J. Obecná psychoterapie. 2. rozš. vydání. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3

WAMPOLD, B. E. - AHN, H. - COLEMAN, H. Medical Model as Metaphor: Old Habits Die Hard. *Journal of Counseling Psychology*. July 2001, Vol. 48(3), str. 268–273.

WAMPOLD, B. E. - BROWN, G. S. Estimating Variability in Outcomes Attributable to Therapists: A Naturalistic Study of Outcomes in Managed Care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, October 2005, Vol. 73, No. 5, str. 914–923.

WAMPOLD, B. E. et al. A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies : Empirically, “All Must Have Prizes”. *Psychological Bulletin*, November 1997, Vol. 122(3), str. 203–215.

WELKOWITZ, J. – EWEN, R. B. – COHEN, J. Introductory statistics for the behavioral sciences. New York: Academic Press, 1971.

WESTEN, D. – NOVOTNY C. M. – THOMPSON-BRENNER, H. The Empirical Status of ESTs : Assumption, Findings, and Reporting in Controlled Clinical Trials. *Psychological Bulletin*, 2004, Vol 130, No 4, str. 631-663.

WILLIAMS, J. B. W. – SPITZER, R. L. (Eds.) Psychotherapy research : where we are and where should we go? New York: Guilford Press, 1984. ISBN 0-89862-635-8

YALOM, I. D. Teorie a praxe skupinové psychoterapie. 1 vydání. Hradec Králové: Konfrontace, 1999. ISBN 80-86088-05-7

## **Abstrakt**

Diplomová práce analyzuje metody výzkumu účinnosti psychoterapie, jejich přednosti a omezení. Teoreticky zkoumá terapeutickou změnu, farmaceutický model měření efektu a randomizovanou klinickou studii. Na tomto základě navrhuje hodnocení změny, které je jak klinické, tak i statistické, a umožňuje srovnání pomocí míry efektu (ES). Docházíme k závěru, že byla ověřena vysoká účinnost psychoterapie, ale nebylo zatím určeno, která terapie je nejúčinnější a pro jaké diagnózy. Důležitější než jednotlivé terapie se totiž ukazují schopnosti a osobnost terapeuta a klienta a společné terapeutické faktory. V empirické části zkoumáme účinnost sedmítýdenního terapeutického programu v Denním sanatoriu Horní Palata. V naturalistické studii se 162 klienty docházíme k závěru, že zlepšení bylo statisticky významné. Další hodnocení se ale liší podle použitého dotazníku (SCL-90, DŽS a MMPI-2) a metody hodnocení. Počet klinicky zlepšených je 25 až 68 procent. ES se pohybuje mezi 0,33 a 0,66. Účinnost se nelišila podle pohlaví, věku, medikace, diagnózy, terapeuta apod., ale závisela na počátečním stavu.

## **Abstract**

This paper analyzes methods of therapeutic effect's research, its advantages and limitations. It describes the theory of therapeutic change, medical model of measurements and randomized clinical trials. Based on this we suggest a three-level evaluation of change, where clinical, statistical and comparative (effect size) view is used. We conclude that the high effectiveness of therapy has been proven, but it has not been determined so far, which therapy is the most effective and for which diagnosis. The techniques of therapies are far less relevant than the capabilities of the therapist and client and the common factors. In the empirical part we measure the effect of seven-weeks-long outpatient therapeutic community program at Horni Palata. In a non-RCT study with 162 clients we found, that the change was positive and statistically significant. The evaluation differs much with the tool (SCL-90, DZS, MMPI-2) and method that is used. The percentage of clinically improved ranges form 25 to 68, the effect size is between 0.33 and 0.66. The effect doesn't differ with sex, age, medication, diagnosis and therapist, but it correlates with the pre-treatment scores.