

Universitatea de Medicină și Farmacie

“Carol Davila” București

ȘCOALA DOCTORALĂ

PSIHIATRIE

TEZĂ DE DOCTORAT

**Eficientizarea tratamentului tulburărilor psihice prin
metode de livrare online**

Conducător științific:

Prof. Dr. Manea Mirela

Student-doctorand:

Niculescu-Dincă Roxana (căs. Dinu)

2019

Mulțumiri

Aș vrea să adresez o serie de mulțumiri persoanelor fără de care această lucrare nu ar fi putut fi realizată.

În primul rând aș dori să mulțumesc doamnei Profesor Mirela Manea pentru sprijinul necondiționat oferit pe parcursul întregii lucrări și pentru încrederea acordată. Suportul pe care l-am avut din partea Doamnei Profesor a fost neprețuit și a fost resimțit constant, mai ales în momentele mele de cumpănă, fiind de un real ajutor.

Doamnei Profesor Cătălina Tudose, îi mulțumesc pentru susținere și pentru rolul important și definitoriu pe care l-a avut în dezvoltarea mea personală și profesională.

Aș dori să mulțumesc inițiatorului programului Gândește Sănătos, Gabriel Dinu, a cărei perseverență și ambiție reprezintă un model pentru mine. Realizarea programului nu ar fi putut fi concepută și dusă la îndeplinire fără răbdarea și tenacitatea lui. De asemenea, aș dori să mulțumesc colegilor mei care mi-au fost alături și fără a căror muncă nu aș fi putut duce la bun sfârșit lucrarea: Irina Paraschiv, Mihaela Andreea Stângă, Simona Chiriluță, Roxana Petruș. Etica lor de muncă au reprezentat un real standard pentru mine și o garanție a datelor obținute. Le mulțumesc Andrei Bunea și Ancăi Niculăiță pentru ajutor, răbdare și suport.

Nu în ultimul rând, îi mulțumesc mamei mele, Carmen Mereuță, pentru întregul suport emoțional și fizic de-a lungul întregii vieți și mai ales în realizarea acestei lucrări.

Aș dori să-i transmit tatălui meu, Cezar Mereuță, că nu există un mulțumesc suficient de mare pentru a exprima recunoștința pentru tot ce a făcut pentru mine, în tot timpul evoluției mele sufletești și în dezvoltarea acestei lucrări.

Cuprins

Introducere	5
Capitolul 1 Prevalența tulburărilor mintale. Contextul mondial.	7
Capitolul 2 - Telemedicină, telepsihiatrie, psihoterapie online, psihoterapie cognitiv comportamentală	21
Capitolul 3. Ipoteza de lucru și obiectivele generale	12
Capitolul 4. Metodologia generală a cercetării	14
Capitolul 5 – Studiul 1. Eficiența programului Gândește Sănătos	19
Capitolul 6 - Studiul 2 Tulburarea de anxietate generalizată în Gândește Sănătos	26
Capitolul 7 - Studiul 3 Tulburarea de panică în Gândește Sănătos	32
Capitolul 8 Studiul 4 Episod depresiv major în Gândește Sănătos	35
Capitolul 9 Concluzii finale	39
Bibliografie selectiva	41

Introducere

Serviciile de sănătate mintală reprezintă un punct vulnerabil privind aspectul de cerere – ofertă, lucru evidențiat de datele oferite de OMS.

Ceea ce ne-am propus noi a fost o analiză a modului efectiv de desfășurare a psihoterapiei cognitiv-comportamentale, prin mai multe modalități de livrare pe o perioadă de 18 luni într-un cabinet privat. Cercetarea noastră răspunde la o serie de întrebări privind noile modalități de livrare a psihoterapiei pe populația de naționalitate română și oferă date privind noi studii și cercetări în viitor. Această analiză reprezintă o lucrare complementară cercetărilor mai multor colective de lucru atât din străinătate cât și din țară.

Ipoteza de la care am plecat a fost faptul că un program online structurat de psihoterapie cognitiv-comportamentală reprezintă un suport semnificativ în procesul psihoterapeutic de vindecare. Acest lucru l-am privit dintr-un punct de vedere complex analizând atât eficiența, cât și numărul de ședințe optim și gradul de dropout.

Obiectivul principal a fost să studiem adresabilitatea și limitele psihoterapiei online în România (printr-un program structurat de psihoterapie cognitiv comportamentală). De asemenea, am urmărit să evaluăm eficiența programului Gândește Sănătos în comparație cu terapia desfășurată în mod clasic sau pe Skype și în principalele tulburări pentru care se adresează clienții la cabinet în general.

Am selectat un lot de participanți care au apelat la serviciile de psihoterapie ale cabinetului nostru în perioada de 1 ianuarie 2015 – 30 iunie 2016. Astfel am putut să surprindem caracteristicile lotului care a apelat la psihoterapie, principalele diagnostice pentru care s-a apelat, gradul lor de vindecare, numărul mediu de ședințe pentru utilizatori, gradul de dropout înregistrat, și modul în care răspund la formele de psihoterapie oferite în funcție și de tratamentul medicamentos. Am analizat aceste aspecte, comparativ pentru fiecare grup de subiecți din cele patru forme de livrare a psihoterapiei prezentate.

Am analizat lotul de subiecți (N = 646) și am selectat primele trei diagnostice rezultate (tulburarea de anxietate generalizată, episod depresiv major, tulburarea de panică) și am cercetat separat fiecare dintre acestea din aceleași puncte de vedere prezentate mai sus și folosind aceleași instrumente.

Privind analiza întregului lot, putem observa că în cadrul populației de naționalitate română există adresabilitate privind psihoterapia. Modul principal preferat de desfășurare este față în față, la cabinetul din București. În același timp, se poate observa o deschidere și către formele online de psihoterapie și către programul de psihoterapie online Gândește Sănătos. Acest lucru reprezintă un punct de plecare pentru cercetări ulterioare și pentru urmărirea unor posibilități de educație psihologică și psihiatrică în rândul populației pentru reducerea stigmatului și a prejudecăților legate de aceste servicii medicale și psihologice.

Rezultatele principale privind întregul lot de subiecți sunt promițătoare privind utilizarea programului Gândește Sănătos, acesta având rezultate mai bune ca și grad de remisiune, dropout și număr mediu de ședințe celorlalte forme de psihoterapie. Acest lucru s-a confirmat atât pentru subiecții care au avut tratament medicamentos, cât și pentru cei care nu au avut.

De asemenea, această superioritate a rezultat atât pentru cei care au urmat ședințe prin intermediul GS și la cabinete precum și cu videoconferințe Skype.

În aceea ce privește urmărirea evoluției principalelor trei diagnostice obținute în lotul nostru, din păcate, numărul de subiecți rezultat a fost, în unele situații, prea mic sau au fost grupe de tratament foarte diferite ca pondere, făcând necesară desfășurarea unor analize și studii ulterioare.

Ceea ce am putut remarca, în primul rând, privind datele din punct de vedere empiric este o tendință favorabilă vindecării utilizatorilor care au desfășurat psihoterapie prin intermediul platformei Gândește Sănătos. În al doilea rând ne atrage atenția gradul de dropout mai redus pentru Skype și GS-S. Psihoterapia online, oferă facilitatea de a desfășura ședințele în mediul propriu salvând un timp semnificativ alocat pentru ședințe. Deși se consideră că alocarea acestui timp este importantă pentru gradul de angajare al clientului în procesul psihoterapeutic, este posibil ca acest obstacol să împiedice inițierea unui proces psihoterapeutic. De asemenea, numărul mediu de ședințe este mai ridicat pentru GS-C și GS-S pentru diferitele diagnostice urmărite. Astfel, existența platformei care să ofere un mediu unitar în care participanții să-și înregistreze evoluția, să păstreze notițele efectuate precum și exercițiile efectuate oferă o aderență mai mare la tratament.

Aceste date pot fi utilizate de mai mulți profesioniști din domeniu. Pe lângă psihologi și medici psihiatrii, datele pot reprezenta un interes pentru inițierea unor programe guvernamentale țintite pe grupurile vulnerabile fără acces la aceste servicii.

Capitolul 1 Prevalența tulburărilor mintale. Contextul mondial.

Nevoia de servicii de sănătate mintală la nivel mondial este reală și cât se poate de stringentă. Acest lucru este raportat de aproape toate formele de guvernământ din țările dezvoltate și în curs de dezvoltare.

1.1 Prevalența în lume

Europa - Potrivit unei analize sistematice a datelor și a statisticilor din studiile comunitare în țările Uniunii Europene (UE), Islanda, Norvegia și Elveția: 27% din populația adultă (cu vârste între 18 și 65 de ani) a suferit cel puțin tulburare mintală în ultimul an. [1]

Statele Unite ale Americii - În 2014 a existat un procent estimat de 43,6 milioane de adulți cu vârsta de peste 18 ani în Statele Unite, cu o tulburare mintală în anul respectiv. [2]

Canada - Datele statistice ne arată că unul din cinci canadieni adulți (21,3 %) vor suferi o tulburare mintală de-a lungul vieții. Această cifră se traduce prin 4,5 milioane de persoane. [4]

Asia - În Asia, conceptul de sănătate mintală a avut de suferit mult timp de stigmatizare și o lipsă pronunțată de preocupare, îngrijire profesională și resurse. [5]

America de Sud - O serie de studii epidemiologice din regiune au arătat o prevalență consistentă de 18 – 25 % a tulburărilor mintale. Pentru anul 2010, sunt prognozate 35 de milioane de cazuri noi pe an. [6]

Africa - Resursele de sănătate mintală arată (actualizat septembrie 2000) că au doar aproximativ 1.200 de psihiatri și 12.000 de asistente medicale de psihiatrie pentru o populație de aproximativ 620 milioane. [7]

1.2. Prevalența tulburărilor mintale în România și accesul la serviciile medicale

Florescu și colaboratorii au publicat un studiu unde au arătat în 2007 un procent de 8,2 % din populația adultă din România îndeplinește criteriile pentru o tulburare mintală în ultimele 12 luni conform DSM IV. [9]

1.3. Perspectiva financiară a tulburărilor mintale

Sebastian Trautmann în 2016 e a făcut o distincție între costurile directe și cele indirecte. Pe baza datelor din 2010, costurile economice directe și indirecte globale ale tulburărilor psihice au fost estimate la 2,5 trilioane USD. [11]

Capitolul 2 Telemedicină, telepsihiatrie, psihoterapie online, psihoterapie cognitiv-comportamentală

2.1. Telemedicină - Definiție și scurt istoric

Este, în general, unanim consimțit faptul că termenul de telemedicină cunoaște numeroase definiții și accepțiuni. În 2007 Sood et al au trecut în revistă termenii utilizați pentru telemedicină și au identificat 104 termeni. [12] [14].

2.2. Evoluția mondială a telemedicinii

În ultimii 40 de ani s-au elaborat numeroase studii și cercetări cu referire la utilizarea tehnologiei informației în medicină. [14]

2.3. Evaluarea costurilor în telemedicină

Una dintre cele mai recente recenzii de cercetare cu privire la eficacitatea costurilor telehealth a examinat 80 de studii din 1990-2010. Există încă puține dovezi concludente că intervențiile telehealth de îngrijire și asistență medicală sunt mai rentabile decât cele tradiționale. [16]

2.4. Eficiență - Cercetări și studii

Există o preocupare susținută și continuă privind telemedicina. În numeroase țări s-au desfășurat diferite studii pentru a surprinde modul în care telemedicina este utilizată și rezultatele sunt promițătoare. [25]

2.5. Limite în implementarea și în utilizarea telemedicinii

În primul rând telemedicina s-a confruntat cu rezistența la schimbare. Această rezistență vine inițial din partea clinicienilor și, secundar, din partea pacienților și a familiei acestora. De aceea este necesar să se accentueze atât nevoia de telemedicină precum și eficacitatea acesteia.

1. Nivelul tehnic – training, suport tehnic, calitatea aparaturii și a serviciilor

2. Standarde legislative, securitatea datelor

3. Evaluarea aplicabilității telemedicinii în funcție de specialitate

4. Obstacole de ordin fizic și mental

5. Lipsa contactului uman direct

6. Accesul la informație

7. Incapacitatea de a efectua întreaga consultație

2.6. Telemedicina în România

În România au început să apară o serie de proiecte care să îmbrățișeze telemedicina. Proiectul “Near to Needs” în Timișoara. [36] [37]

2.7. Telepsihiatrie - Scurt istoric și definiție

Telepsihiatria cunoaște mai multe definiții, dar în principiu se referă la *livrarea de servicii psihiatrice la distanță, în special prin intermediul videoconferințelor interactive*. [38]

2.7.2. Cercetări în telepsihiatrie

Un număr semnificativ de cercetări a demonstrat avantajele din telepsihiatrie dincolo de creșterea accesului la asistență medicală. Unele rezultate arată că utilizarea telepsihiatriei duce la o satisfacție ridicată, atât a pacienților cât și a furnizorilor de servicii medicale, echivalente cu îngrijirea față în față.

2.7.3. Satisfacția utilizatorilor

Williams et al [51] și D R Elford et al au arătat că evaluarea telepsihiatrică a fost „plăcută” și ar folosi sistemul din nou. [53]

2.7.4. Costuri pentru telepsihiatrie

Hyler et al au identificat aproximativ 380 studii privind telepsihiatria publicate din 1956 până în 2002. S-a ajuns la concluzia că, în șapte dintre studii, telepsihiatria a prezentat costuri scăzute. [55]

2.8. Psihoterapia online. Istoric. Cercetări. Avantaje și limite.

2.8.1. Definirea termenilor utilizați

Aaron B. Rochlen et al au definit terapia online ca orice tip de interacțiune terapeutică profesională, care utilizează Internetul pentru a conecta profesioniști calificați și pacienții lor. [58]

2.8.2. Avantaje

Așa cum am enumerat în cadrul telepsihiatriei, avantajele și limitele psihoterapiei sunt numeroase: acces facil, reduce nivelul de stigmatizare, crește nivelul alianței pentru procesul psihoterapeutic, instrument pentru psihoeducație.

2.8.3. Limite ale terapiei online

Multe din limitele psihoterapiei online sunt și limitele telemedicinii și telepsihiatriei: limbajul nonverbal, situațiile de criză, dificultăți tehnice, adaptabilitatea la tehnologie.

2.8.4. Cercetări în psihoterapia online

Unii membri ai comunității și-au dedicat munca investigând calitatea informațiilor online [77], precum și rolul grupurilor de suport web [78]. O mare parte din cercetările recente se reflectă în revista *Internet Interventions*, care publică lucrări privind diverse aspecte ale cercetărilor privind intervențiile pe internet, cum ar fi utilizarea mediilor sociale pentru recrutare [79] și studii calitative privind experiențele tratamentelor prin intermediul internetului [80].

2.8.4.1. Studii privind serviciile psihologice livrate prin videoconferințe

Studiile parcurse sunt promițătoare și dovezile sugerează că, având în vedere posibilitatea, psihologii se pot adapta rapid la tehnologie și prezintă un grad de satisfacție ridicat după utilizarea acestuia [105] [108] [109] [110]

2.8.4.2. ICBT prin intermediul programelor computerizate cu suport terapeutic

Recenzii sistematice și meta-analize recente au sprijinit ideea că intervențiile computerizate și asistate de tehnologia informației pot fi acceptabile și eficiente pentru probleme de sănătate mintală, cum ar fi anxietatea și depresia la adulți. [115], [116], [117]

2.8.4.3. ICBT prin intermediul programelor computerizate fără suport terapeutic față-în-față sau prin videoconferință

Un studiu sugerează că dimensiunile efectului sunt cel puțin la fel de mari atunci când este livrat tratamentul în asistența psihiatrică de rutină de către personal calificat, ca atunci când sunt livrate într-un studiu controlat. [127]

2.8.5. Implementarea ICBT

O strategie de diseminare este necesară de la începutul dezvoltării ICBT care poate fi implementată după evaluarea adecvată și suficientă. În cadrul acestei strategii se ia în considerare mărimea dorită a diseminării și care sectoare sau "piețe" sunt cele mai potrivite pentru programul ICBT[160].

2.8.6. Efecte pe termen lung

În numeroasele studii privind intervențiile pe internet, mai ales sub forma ICBT, au fost incluse în studiile inițiale evaluări follow-up și rezultatele sunt promițătoare. [166]

2.8.7. Predictorii ai rezultatelor și mecanisme de schimbare

Majoritatea cercetărilor privind rezultatul predictorului se bazează, de obicei, pe date colectate fie înainte de începerea tratamentului, fie la începutul terapiei (cum ar fi evaluările timpurii ale alianței terapeutice și credibilitatea terapeutică)[167].

2.8.8. Evoluții viitoare

Viitorul este greu de prezis, datorită perspectivei tehnologice, cu formate în schimbare și datorită modului cum se dezvoltă tehnologia informației în societate. [174]

2.8.9. Relația terapeutică în intervențiile e-mental health

Diferitele modele terapeutice sunt de acord că relația terapeutică, care a fost definită ca fiind o legătură emoțională între client și terapeut, caracterizată prin căldură, încredere și empatie, precum și un acord asupra scopurilor și sarcinilor de intervenție [177], este esențială pentru controlul eficient al intervențiilor.

2.8.10. Satisfacția utilizatorilor de terapie online

Pe lângă telepsihiatrie am căutat și am trecut în revistă răspunsul pacienților la psihoterapia online și ce dificultăți au fost întâmpinate. [128]b

2.8.11. Programe de psihoterapie în lume: *Beating the Blues* [181], *FearFighter* [182], *Evolution Health* [183], *Moodgym* [184], *Ieso* [185], *Online-Therapy.com* [186]

2.8.12. Psihoterapia online în România

Ca și cercetare, există platforma Paxonline, care a desfășurat cercetări cu rezultate promițătoare privind tulburarea de panică. [187] AtlasHelp este o platformă de video-conferință care poate fi utilizată atât pentru întâlniri online, cât și pentru a rezerva întâlniri la cabinetul specialistului. [188]

2.9. Psihoterapia cognitiv comportamentală

Cele mai multe cercetări din domeniul psihoterapiei s-au desfășurat în cadrul psihoterapiei cognitiv-comportamentale. De asemenea, adaptarea psihoterapiei către psihoterapia online s-a efectuat, cel mai adesea utilizând teoria și metodele psihoterapiei cognitiv comportamentale.

2.9.1. Terapia rațional emotivă și comportamentală

În central Terapiei rațional emotive este presupunerea că gândirea și emoția umană sunt semnificativ interdependente [195]

2.9.3. Tehnici de intervenție cognitiv-comportamentală

Tehnicile cognitiv-comportamentale urmăresc modificarea cognițiilor și a comportamentelor care mențin problemele clientului. Conceptele esențiale ale modelului lui Beck sunt gândurile automate, distorsiunile cognitive și schemele cognitive. Toate acestea reflectă într-un mod sau altul aspecte ale interpretării realității externe/interne.[196b]

Capitolul 3. Ipoteza de lucru și obiectivele generale

Am structurat următoarele obiective:

- Obiectivul principal a fost să studiem adresabilitatea și limitele psihoterapiei online în România (printr-un program structurat de psihoterapie cognitiv comportamentală).
- De asemenea, am urmărit să evaluăm eficiența programului Gândește Sănătos în comparație cu terapia desfășurată în mod clasic sau pe Skype.
- Am urmărit eficiența programului Gândește Sănătos în principalele tulburări pentru care se adresează clienții la cabinet în general.
- Descrierea populației care apelează la psihoterapie (cabinet, Skype, GS-cabinet, GS-Skype) și desprinderea caracteristicilor acestora și modul în care acest lucru influențează posibilitățile de dezvoltare a psihoterapiei pe viitor.

Studiul 1 Evaluarea programului Gândește Sănătos pentru utilizatorii cu medicație/fără medicație cu ședințe pe skype sau la cabinet.

Am formulat ipotezele de lucru pentru două loturi de subiecți și anume clienți care nu au necesitat medicație în timpul psihoterapiei și clienți care au avut nevoie de un tratament medicamentos.

Ipoteza 1 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de remisiune mai ridicat decât cei care apelează la terapie în mod clasic.

Ipoteza 2 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un număr de ședințe superior celorlalte forme de desfășurare a psihoterapiei.

Ipoteza 3 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de dropout redus față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Studiul 2 Evaluarea programul Gândește Sănătos pentru subiecții cu diagnosticul de tulburare de anxietate generalizată cu medicație/fără medicație cu ședințe pe Skype sau la cabinet:

Ipoteza 1 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de remisiune mai ridicat față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Ipoteza 2 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un număr de ședințe superior celorlalte forme de desfășurare a psihoterapiei.

Ipoteza 3 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de dropout redus față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Studiul 3 Evaluarea programului Gândește Sănătos pentru subiecții cu diagnosticul de tulburare de panică cu medicație/fără medicație cu ședințe pe Skype sau la cabinet.

Ipoteza 1 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de remisiune mai ridicat față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Ipoteza 2 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un număr de ședințe superior celorlalte forme de desfășurare a psihoterapiei.

Ipoteza 3 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de dropout redus față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Studiul 4 Evaluarea programului Gândește Sănătos pentru subiecții cu diagnosticul de episod depresiv major cu medicație/fără medicație cu ședințe pe Skype sau la cabinet.

Ipoteza 1 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de remisiune mai ridicat față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Ipoteza 2 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un număr de ședințe superior celorlalte forme de desfășurare a psihoterapiei.

Ipoteza 3 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de dropout redus față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Capitolul 4. Metodologia generală a cercetării

În cercetarea prezentă am format lotul de subiecți din practica curentă a unui cabinet de psihoterapie, exclusiv psihoterapie cognitiv comportamentală, format din psihoterapeuți acreditați de Colegiul Psihologilor din România. În perspectiva înțelegerii a modului în care am selectat pacienții și cum a fost realizată baza de date, am definit pe scurt marketingul direct.

4.1. Formarea lotului de subiecți, studiu observațional, marketing direct. Elemente de conținut și caracteristici.

Studiul observațional reprezintă un studiu în care tratamentul sau expunerea de interes nu este atribuită, dar apare prin alegere sau la întâmplare. [211] Atragerea clienților a fost făcută prin marketing direct. [212] Perioada aleasă a fost ianuarie 2015 - iunie 2016 pentru a limita variațiile aduse în psihoterapie de modificarea psihoterapeuților care au lucrat în cadrul cabinetului.

4.2. Evaluarea și formarea lotului de subiecți

Fiecare client este evaluat în concordanță cu criteriile de diagnostic ale manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mintale DSM IV – TR.

4.2.1. Interviu clinic structurat pentru DSM

Interviul clinic pentru diagnostic și manualul statistic al tulburărilor mintale (DSM) este un interviu semi-structurat destinat să determine dacă un individ îndeplinește criteriile de diagnostic pentru orice tulburare DSM. [213].

4.3. Număr optim de ședințe în psihoterapie. Dropout.

Conform Beck Institute, mulți clienți își îmbunătățesc simptomatologia după 10-20 de sesiuni, dar determinarea duratei tratamentului este un proces de colaborare care depinde de obiectivele clientului și de formularea individuală a cazului.

4.3.2 Dropout – definiție

În lucrarea noastră ne-am oprit la abandonul terapiei ca fiind acțiunea clienților de oprire scopurilor stabilite în terapie". (Hatchett și Park, 2003, [222b])

4.4. Metode statistice utilizate

În analizele noastre am folosit: curba ROC în SPSS, testul Hi-pătrat , testul Student (T), analiza de varianță ANOVA, coeficientul de variație, propus de Pearson.

4.5. Gândește Sănătos

Programul Gândește Sănătos este o aplicație online de psihoterapie și dezvoltare personală, care îmbină psihoterapia cognitiv-comportamentală cu avantajele internetului. Formatul acestui program este de o ședință-lecție pe zi, incluzând evaluări, explicații, indicații și interacțiuni cu psihologul. În paralel cu ședințele-lecții din programul online se efectuează și ședințe clasice de 50 de minute, pe Skype sau la cabinet.[237]

Dezvoltarea programului a fost realizată de o echipă de psihoterapeuți pornind de la principiile terapiei cognitiv-comportamentale și a plecat de la nevoia de repetiție a informațiilor în terapie și eficientizarea acestui aspect. Programul conține explicații generale despre tulburările pentru care este destinat: tulburarea de anxietate generalizată, tulburări afective, tulburarea de panică, tulburarea obsesiv – compulsivă și dezvoltare personală. Site-ul este securizat și utilizatorii au un nume de utilizator propriu și o parolă personală cu care își accesează contul.

4.5.1. Etapa de dezvoltare

Crearea, structurarea, dezvoltarea și designul întregului program online a fost realizată de către o echipă de psihoterapeuți, printre care se numără și inițiatorul programului, psihoterapeut Gabriel Dinu. Întreaga echipă a colaborat cu profesioniști din domeniul programării și web designului. Încheierea platformei a durat aproximativ un an, fiind testată inițial în aproximativ 6 luni, pentru a putea rezolva orice dificultate tehnică și pentru a proba derularea modulelor.

4.5.1.1. Structurarea și prezentarea materialului din program

Ținând cont de faptul că este un mediu online am avut în vedere respectarea mai multor reguli de alegere, formulare și prezentare a materialelor din program, precum și a articolelor ulterioare. Modul în care se parcurge un text în mediul online s-a modificat și este nevoie să alocăm mai multă atenție în acest sens pentru a maximiza extragerea informațiilor și a mesajelor transmise.

4.5.2. Prezentare generală

În etapa de prezentare sunt mai multe informații video despre tulburările pentru care se adresează programul Gândește Sănătos. Informațiile sunt atât video cât și în scris. Acest lucru asigură o posibilitate de parcurgere a lor cât mai eficientă și acoperă preferințele diferite ale utilizatorului. De-a lungul folosirii programului, clienții și-au manifestat predilecția pentru una dintre variantele oferite și acest lucru a fost apreciat.

4.5.3. Echipa

Pagina destinată echipei cuprinde o descriere a fiecărui psiholog care lucrează în cadrul programului GS. Există link către fiecare CV al psihologilor pentru ca utilizatorii să-și poată forma o imagine cât mai completă despre fiecare în parte și pentru a putea alege un psiholog în urma aflării cât mai multor informații.

4.5.4. Întrebări frecvente

Programul cuprinde și pagina de întrebări frecvente, cu principalele obstacole întâmpinate de utilizatori de-a lungul timpului. Am încercat să realizăm un program care să fie cât mai ușor de accesat și utilizat astfel încât problemele de natură tehnică să fie minimizate.

4.5.5. Ce spun clienții noștri

Am inclus o pagină specială cu testimonialele clienților noștri despre experiența lor cu programul, în care să-și poată exprima în mod direct și personal rezultatele, problemele, dificultățile. Astfel, utilizatorii noi pot afla direct despre modalitățile în care pot fi ajutați.

4.5.6. Articole

La inițierea programului am organizat un număr de articole destinat utilizatorilor despre tulburările psihice, simptomatologia lor, diferitele aspecte experimentate de clienți în cadrul bolii cât și în psihoterapie și particularitățile acestora. Săptămânal, adăugam articole noi, scrise de specialiști în funcție de nevoile sesizate în program sau în practica zilnică.

4.5.7. Realizarea unui cont personal

Utilizatorii își pot crea un cont personal prin completarea unor informații inițiale. Își aleg un nume de utilizator care poate lua orice formă își doresc. În general, încurajăm clienții să își completeze un nume diferit de cel personal pentru a se păstra anonimitatea. În fișa inițială se completează numele real, numărul de telefon și email. Aceste detalii pot fi vizualizate doar de psihologul care preia fișa clientului și nimeni altcineva nu are acces la aceste informații. Ele nu sunt publice.

4.5.8. Evaluarea inițială

În prima ședință se realizează o evaluare inițială (chestionar). Se selectează cu atenție doar simptomele pe care le experimentează clientul, bifând intensitatea, frecvența și durata fiecăruia dintre ele.

4.5.9. Comunicarea cu psihoterapeutul

În primul rând există secțiunea destinată comunicării cu psihoterapeutul unde se pot schimba mesaje cu psihologul personal. Pe lângă aceasta, mai există un jurnal unde fiecare client își poate scrie întrebările, impresiile, modul în care parcurge materialele.

4.5.10. Etapa de explicații

Primele 8 lecții sunt pentru educație psihologică în terapia cognitiv comportamentală și reprezintă baza informațională de la care se pleacă în exercițiile ulterioare.

4.5.11. Tratamentul medicamentos

Pe lângă informațiile legate de educație psihologică, am inclus materiale care cuprind indicațiile și demontarea prejudecăților legate de tratamentul medicamentos. În practica curentă, colaborarea cu un medic psihiatru este esențială pentru o intervenție psihoterapeutică de succes.

4.5.12. Exercițiile de restructurare cognitivă

Tehnicile cognitiv-comportamentale urmăresc modificarea cognițiilor și a comportamentelor care mențin problemele clientului. În funcție de nivelul la care se intervine sunt clasificate în: tehnici de intervenție la nivel cognitiv, tehnici de intervenție la nivel comportamental; tehnici de intervenție la nivel biologic.

4.5.13. Etapa de intervenție

În etapa de intervenție se continuă restructurarea cognitivă prin exerciții specifice monitorizate de psihoterapeuți. În ședințele din cabinet sau pe Skype pot fi revizuite exercițiile, mesajele și experiențele scrise, fiind mai ușor de trecut în revistă.

4.5.14. Reevaluarea

În prima lună, se face o reevaluare a simptomelor după două săptămâni și după patru săptămâni de psihoterapie. Acest lucru permite atât terapeutului, cât și clientului să observe evoluția și să reajusteze strategiile urmate, să reestimeze așteptările și să le poată regla pentru a asigura bunul mers al tratamentului.

4.5.15. Prezentarea modulelor platformei Gândește Sănătos

4.5.15.1. Modulul 1

În prima lună de tratament sunt cuprinse lecțiile 1-31 cu informațiile prezentate mai sus. Pe lângă acestea, în fiecare lecție sunt prezentate exemple alternative la gândurile și credințele iraționale pentru a ajuta clienții să și le poată identifica și corecta în situațiile din viața lor.

4.5.15.2. Modulul 2

Se continuă sarcinile prezentate în modulul 1 și se adaugă noi sarcini cu privire la restructurarea cognitivă incluzând recomandări privind bibliografie specifică ce vine să ajute în restructurarea cognitivă. Cărțile recomandate sunt în principal cărți din sfera psihoterapiei cognitiv-comportamentale și parcurgerea lor este ușor de realizat în baza informațiilor parcurse în modulul 1.

4.5.15.3. Modulul 3

În modulul 3 se continuă exercițiile cu referire la comunicare eficientă: exemple specifice vizând anumite modificări de comportament, și trecerea acestora prin mai multe alternative de comunicare: asertivitate, agresivitate și pasivitate.

4.5.16. Strategiile programului

Deși programul conține strategii diferite pentru fiecare tulburare în parte, există informațiile de bază care se repetă și câteva variații în funcție de fiecare tulburare în parte. Informațiile oferite și exemplele sunt specifice pentru simptomatologia generală din cadrul diagnosticului principal. De asemenea, în cazul depresiei există sarcini de activare comportamentală care sunt trasate încă de la începutul programului.

4.6. Skype

Pentru ședințele online am utilizat programul Skype.

4.7. Ședințe față în față

Ședințele clasice sunt efectuate în cadrul cabinetului nostru și durează 50 de minute, față în față, în mod individual sau de cuplu. Sunt asigurate toate condițiile de confidențialitate și de desfășurare optimă a psihoterapiei.

4.9. Baza de date și loturile de subiecți

4.9.1 Caracteristici structurale multicriteriale ale grupului de clienți

Lotul de subiecți a cuprins: 646 pacienți din care 430 femei, 216 bărbați.

Fiecare participant a fost de acord cu utilizarea datelor privind rezultatele din psihoterapie în scop de cercetare științifică cu respectarea anonimatului.

Caracteristici sociologice:

Vârsta medie a pacienților și repartiția pe grupe a acestora: 18-30 ani – 41.8%, 31-49 de ani 51.9%, după 50 de ani 6.3%.

Sex: 66.9% - sex feminin, 33.1% sex masculin

Studii: 71.4% - universitare, 24.8% liceale, 2.8% elementare, 1.1 - postuniversitare

Stare civilă: 46.6% necasatoriti, 46% - casatoriti, 1.5% vaduvi, 5.9% divortati.

Caracteristicile clinice ale lotului de subiecți

a. Tipul de tratament urmat

Cabinet: 45%, Skype, 10.1%, GS-C – 13.5%, GS-S: 31.4%.

Tabel IV.18. Distribuția diagnosticilor

Tulburările anxioase	
Tulburare de anxietate generalizată	37.3%
Tulburarea de panică	12.7%
Tulburare obsesiv compulsivă	6.3%
Agorafobie	5.9%
Fobie socială	2.0%
Tulburările afective	
Tulburarea depresivă majoră	20.6%
Tulburare bipolară I	0.6%
Tulburările somatoforme	
Hipocondrie	1.1%
Tulburări sexuale și de identitate sexuală	1.7%
Tulburări legate de controlul impulsurilor	0.5%
Tulburări de comportament alimentar	0.3%
Fără diagnostic clinic (Dezvoltare personală)	7.3%
Terapie de cuplu	3.4%

b. Distribuția populației în funcție de tratamentul medicamentos

Farmacoterapia

Analiza statistică a loturilor de subiecți a fost făcută și din punctul de vedere al tratamentului medicamentos. Evaluarea acestuia, recomandările și deciziile legate de modificările și/sau retragerea medicației sunt realizate în întregime de medicul psihiatru.

Total populație

Tabel IV.19. Ponderea subiecților în funcție de tratamentul medicamentos

Tip	Număr	%
Cu medicație	157	24,30
Fără medicație	489	75,70

Așa cum se poate vedea, aproape în toate cazurile, aproximativ un sfert din populația lotului are și tratament farmacoterapeutic. Am folosit coeficientul Person de variație și am obținut valori între 10%-20% pentru fiecare comparație în parte (abatere standard/medie).

Capitolul 5 – Studiul 1. Eficiența programului Gândește Sănătos

5.1. Ipoteze și obiective

Ipoteza 1 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de remisiune mai ridicat decât cei care apelează la terapie în mod clasic.

Am repartizat comparațiile clienților pentru două subgrupe: cu medicație și fără medicație.

Ipoteze specifice

De asemenea, am realizat comparații pentru următoarele loturi de subiecți pentru o evaluare multidimensională a programului GS:

- psihoterapie desfășurată în cadrul GS cu ședințe desfășurate la cabinet comparată cu psihoterapie clasică la cabinet, față în față.
- psihoterapie desfășurată în cadrul GS cu ședințe desfășurate prin intermediul programului Skype comparată cu psihoterapie desfășurată numai prin intermediul programului Skype.

5.2. Metodologie

Metodologia lucrării a fost aceeași pentru toate studiile prezentate. De aceea, o vom prezenta la primul studiu, urmând să fie parcurși aceeași pași și în studiile următoare.

Pentru analiza ipotezei principale am analizat loturile de subiecți din perspectiva remisiunii acestora, adică din perspectiva încheierii psihoterapiei în momentul în care clienții nu mai întrunesc criteriile de diagnostic DSM IV pentru care s-au prezentat la psihoterapie.

Pe lângă acest aspect, există o evaluare a eficienței psihoterapiei din punct de vedere a acestor simptome și a criteriilor de diagnostic DSM IV:

- În remisiune – nu mai întrunește criteriile de diagnostic
- Ameliorat – s-au îmbunătățit simptomele în cadrul a cel puțin două dintre cele trei dimensiuni: intensitate, frecvență, durată, dar încă întrunește criteriile de diagnostic DSM IV pentru tulburarea pentru care au început psihoterapia
- Staționar – nu s-a modificat niciun simptom prezent la începerea psihoterapiei

Criteriile de includere:

- Vârstă peste 18 ani
- A apelat la serviciile cabinetului nostru în perioada 1 ianuarie 2015 – 30 iunie 2016.
- Au consimțit utilizarea rezultatelor din cadrul psihoterapiei în scopul cercetării științifice.

5.3. Rezultate

I1a) Comparație între GS-C cu Cabinet pentru pacienții ce au urmat și un **tratament medicamentos**. În urma aplicării testului HI pătrat am obținut diferențe semnificative ($\chi^2 = 25,52$; DF = 2; p = 0,00).

I1b) Comparație între GS-C cu Cabinet pentru pacienții care nu au avut un tratament medicamentos. În urma aplicării testului HI pătrat am obținut și în acest caz diferențe semnificative ($\chi^2 = 8,12$; DF = 2; p = 0,02).

I1c) Comparație între GS-S cu Skype pentru pacienții ce au urmat tratament medicamentos.

Avem diferențe semnificative între distribuțiile celor două grupuri ($\chi^2 = 7,84$; DF = 2; p = 0,02).

I1d) Comparație între GS-S cu Skype pentru pacienții care nu au urmat un tratament medicamentos. Avem diferențe semnificative între distribuțiile celor două grupuri ($\chi^2 = 8,49$; DF = 2; p = 0,01).

Deoarece ipoteza s-a validat pentru toate cele patru cazuri putem spune că ipoteza 1 se validează.

Analize suplimentare

I1e) Comparație între Cabinet și Skype pentru pacienții ce au urmat un tratament medicamentos. În urma aplicării testului hi pătrat am obținut diferențe nesignificative ($\chi^2 = 1,62$; DF = 2; p = 0,45).

I1f) Comparație între Cabinet și Skype pentru pacienții ce nu au urmat un tratament medicamentos. În urma aplicării testului HI pătrat am obținut diferențe semnificative ($\chi^2 = 9,40$; DF = 2; p = 0,01). Observăm un grad mai ridicat de remisiune în cazul psihoterapiei prin Skype.

I1g) Comparație între GS-C și GS-S pentru pacienții ce au urmat un tratament medicamentos. În urma aplicării testului HI pătrat am obținut diferențe semnificative ($\chi^2 = 21,38$; DF = 2; p = 0,00).

I1g) Comparație între GS-C și GS-S pentru pacienții fără medicație În urma aplicării testului HI pătrat am obținut diferențe semnificative ($\chi^2 = 11,53$; DF = 2; p = 0,00). În ambele comparații GS-S prezintă un procent mai mare de subiecți în remisiune față de GS-C.

Ipoteza 2 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un număr de ședințe superior celorlalte forme de desfășurare a psihoterapiei.

În primul rând am aplicat ONE WAY ANOVA pentru a vedea dacă avem diferențe între medii. În urma aplicării (vezi tabelul de mai jos):

Am arătat că există diferențe semnificative între unele medii. Pentru a vedea unde sunt aceste diferențe am folosit testul Student (testul t) pentru a compara mediile grupurilor.

Rezultatele le-am evidențiat în tabelul de mai jos:

Tabel V.2. Rezultatele comparațiilor

Variabilele comparate	Valoarea p	DF	Interpretare
Cabinet – GS-C	0,00	376	Diferențe semnificative între medii (media GS-C > media C)
Skype – GS-S	0,04	266	Diferențe semnificative între medii (media GS-S > media S)
Cabinet – Skype	0,53	354	Nu avem diferențe semnificative între medii
GS-C – GS-S	0,34	288	Nu avem diferențe semnificative între medii

Am făcut analiza pe două subgrupuri: grupul cu medicație și grupul fără medicație. Am aplicat pentru fiecare grup ONE WAY ANOVA pentru a vedea dacă avem diferențe semnificative între diferitele tipuri de tratament:

1. Cu tratament medicamentos

În această situație am obținut diferențe nesemnificative între diferitele tipuri de tratament ($p = 0,64 > 0,05$), deci ipoteza nu se validează pentru acest caz.

2. Fără tratament medicamentos

Am obținut diferențe semnificative între medii ($p = 0,00 < 0,05$), deci vom analiza, folosind testul t, pe subcazuri pentru a vedea unde avem diferențe semnificative:

2a. Cabinet vs GS-C

Aplicând testul t am obținut o valoare $p = 0,00$ care este mai mică decât 0,05, deci se validează ipoteza alternativă, adică avem diferențe semnificative între numărul mediu de ședințe corespunzător fiecărui grup. Adică numărul de ședințe de la GS-C este semnificativ mai mare ca numărul de ședințe de la cabinet (clasic). Se validează ipoteza.

2b. Skype vs GS-S

În urma aplicării testului t am obținut o valoare p mai mică decât 0,05 ($p = 0,002$), deci se validează ipoteza alternativă, adică avem diferențe semnificative între cele două tipuri. Ca și în cazul anterior ipoteza se validează deoarece numărul mediu de ședințe de la GS-S ($=9,9$) este semnificativ mai mare decât numărul de ședințe de la Skype ($=5,8$).

Analize suplimentare

2c. Cabinet vs Skype

În acest caz, aplicând testul t, am obținut o valoare p mai mare ca 0,05 ($p = 0,881$), deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între numărul mediu de ședințe de la cele două tipuri de tratament.

2d. GS-C vs GS-S

Ca și în cazul anterior, nici în acest caz nu avem diferențe semnificative între numărul mediu de ședințe ($p = 0,325 > 0,05$).

Ca și tendință generală în cadrul acestei ipoteze, subiecții care au desfășurat ședințe prin intermediul GS, indiferent de metoda de livrare (cabinet sau Skype) au avut un număr mediu de ședințe mai mare decât subiecții fără GS.

Ipoteza 3 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de dropout redus față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Pentru a verifica această ipoteză am folosit testul Fisher exact (pentru tabele de contingent 2 x 2). Ca și la ipotezele anterioare am studiat validitatea ipotezelor pentru cele 2 situații: cu medicație și fără medicație. Am realizat și o diagramă pentru fiecare caz.

Cu tratament medicamentos

Tabel V.9. Rezultatele comparațiilor

Comparația	Valoarea p	Interpretare
Cabinet vs GS-C	0,03	Gradul de dropout este mai redus la GS-C
Skype vs GS-S	0,21	Nu avem diferențe între gradul de dropout
Cabinet vs Skype	0,40	Nu avem diferențe între gradul de dropout
GS-C vs GS-S	0,84	Nu avem diferențe între gradul de dropout

Fără tratament medicamentos

Tabel V.10. Rezultatele comparațiilor

Comparația	Valoarea p	Interpretare
------------	------------	--------------

Cabinet vs GS-C	0,01	Gradul de dropout este mai redus la GS-C
Skype vs GS-S	0,07	Nu avem diferențe între gradul de dropout
Cabinet vs Skype	0,03	Gradul de dropout este mai redus la Skype
GS-C vs GS-S	0,19	Nu avem diferențe între gradul de dropout

Observăm faptul că gradul de dropout este mai redus la GS-C. În cazul GS-S, deși diferențele sunt nesemnificative, valoarea foarte mică a lui p ne arată o tendință favorabilă pentru această formă de psihoterapie.

5.4. Discuții studiul 1

1. Analiza datelor din lotul clienților care la sfârșitul terapiei erau în remisiune a arătat că numărul subiecților care au făcut psihoterapie prin intermediul platformei GS este semnificativ statistic superior comparativ cu cel al celor fără GS, atât pentru subiecții cu tratament medicamentos cât și pentru cei fără tratament.
2. Acest rezultat este similar cu datele din literatura de specialitate care arată faptul că intervențiile computerizate cu suport terapeutic au o eficiență echivalentă cu ședințele față în față (ex.: [76], [77], [78]). De asemenea, acest prim rezultat ne permite să afirmăm că GS aduce un beneficiu suplimentar terapiei și o reprezintă o abordare nouă, față de care există deschidere în rândul subiecților care apelează la psihoterapie.
3. Pentru un control al variabilelor cât mai riguros, am realizat comparațiile pe loturi separate (cabinet și Skype), astfel încât elementele de noutate introduse de GS să poată fi surprinse în mod obiectiv. Așadar, datele au arătat rezultate favorabile lotului GS din punct de vedere al obiectivului final de remisiune, pentru toate analizele efectuate, atât pentru clienții cu tratament medicamentos (pentru ambele comparații), cât și pentru cei fără. Atât în cazul ședințelor față în față, cât și în cazul ședințelor efectuate pe Skype, în prezența GS evoluția clienților a fost mai bună.
4. În cazul lotului cu tratament medicamentos, procentajul utilizatorilor ameliorați este mai mare pentru clienții care au desfășurat ședințe fără platforma GS. De asemenea, ponderea clienților staționari este mai mică în acest grup. Putem concluziona că, deși mai mulți subiecți își ameliorează simptomele în cadrul ședințelor față în față, acest lucru nu este suficient pentru a continua și pentru a finaliza terapia. În consecință se pune problema unei atenții mai mari în faza de platou a terapiei, unde diminuarea simptomatologiei este mai redusă și motivația clienților nu

mai susține suficient continuarea ședințelor. Așteptările legate de terapie pot fi mai mari în comparație cu realitatea în această etapă și astfel renunță la ședințele de psihoterapie. [239]

5. Ne uităm la comparațiile ulterioare pentru **cabinet și skype**:

- În lotul cu tratament medicamentos, în cazul GS-C observăm, un procent foarte mare de ameliorați, iar clienții staționari sunt mai reduși. Astfel că alianța terapeutică s-a realizat mai bine prin GS-C. Cu toate acestea, ponderea cea mai mare a clienților rămâne în stadiul de ameliorat, pentru ambele loturi de subiecți. Putem observa faptul că, în lotul de GS-C avem o pondere mai redusă de staționari și o pondere mai mare de remisiune.
- Fără medicație lucrurile stau puțin diferit în sensul în care avem mai mulți staționari pentru lotul GS-C (comparativ atât cu cei din cabinet cât și cu lotul cu medicație), ceea ce ne face să observăm beneficiile aduse de tratamentul medicamentos. Deși remisiunea s-a atins, din nou, mai mult în lotul GS-C, avem mai mulți ameliorați în cabinet. În același timp, trebuie să luăm în considerare faptul că lotul subiecților fără medicație cuprinde un număr mai mare de subiecți (în medie trei sferturi din subiecții din lotul studiat a fost fără medicație). Se confirmă rezultatele semnificative statistic similare favorabile pentru grupul în remisiune din cadrul psihoterapiei desfășurate prin GS.

6. Ponderile mai mari de clienți ameliorați, în toate grupele de tratament, pot avea o explicație pe lângă procesul terapeutic, dacă luăm în considerare perspectiva financiară. Toți clienții au apelat voluntar la psihoterapie și au suportat costurile personal. Întinderea terapiei pe o perioadă de timp mai îndelungată e posibil să nu poată fi susținută din acest punct de vedere și să fie un motiv întemeiat de întrerupere a psihoterapiei. Mai ales dacă survine în urma ameliorării simptomelor, clienții pot considera finalizarea terapiei redundantă. Astfel că, analiza practicii uzuale a psihoterapiei confirmă date obținute în cercetările de laborator.

7. Pentru lotul de subiecți fără tratament medicamentos, ipoteza s-a confirmat, atât pentru subiecții care au desfășurat psihoterapie prin intermediul GS cu ședințe la cabinet cât și pentru cei care au desfășurat psihoterapie prin intermediul GS cu ședințe pe Skype, numărul mediu de ședințe fiind semnificativ mai mare față de formele clasice de livrare. Numărul de ședințe este semnificativ mai mare pentru clienții GS, ceea ce vine în sprijinul rezultatelor din prima ipoteză.

8. Ipoteza 3, legată de dropout, se confirmă pentru ședințele desfășurate prin intermediul GS-C,

atât pentru lotul cu tratament medicamentos, cât și pentru cel fără. Dropoutul este semnificativ mai redus pentru ambele loturi. De asemenea, în cazul GS-S, deși rezultatele nu sunt semnificative statistic, valoarea scăzută a „p” ne arată o tendință de dropout mai scăzută și pentru acest grup. Am realizat și o serie de comparații între grupele de tratament pentru a putea surprinde alte variabile care influențează dropoutul, dar diferențele au fost ne semnificative statistic.

9. În consecință, în practica uzuală, platforma online GS aduce un beneficiu suplimentar în desfășurarea psihoterapiei, care are rezultate semnificativ favorabile în evoluția utilizatorilor

Capitolul 6 - Studiul 2 Tulburarea de anxietate generalizată în Gândește Sănătos

6.1. Rezultate

Ipoteza 1: Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos și prezintă diagnosticul de tulburare de anxietate generalizată vor prezenta un grad de remisiune mai ridicat față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Deoarece în acest caz avem grupuri ce au sub 30 de subiecți pentru verificarea ipotezelor nu mai pot fi folosite metodele de la studiul 1. Vom folosi testul t folosind următoarele codificări:

Tabel VI.1 Codurile pentru interpretarea rezultatelor

STATIONAR	AMELIORAT	ÎN REMISIUNE
0	1	2

Ca interpretare: cu cât media va fi mai mare cu atât gradul de remisiune va fi mai mare.

6.2.1 Cabinet vs GS-C pentru subiecții care au avut și pentru subiecții care nu au avut și tratament medicamentos.

Fără tratament medicamentos

Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,49$ deci nu avem diferențe semnificative între medii. Media este puțin mai mare pentru GS-C, dar diferența este foarte mică față de cabinet.

Cu tratament medicamentos

Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,64$ deci nu avem diferențe semnificative între medii.

6.2.2. Skype vs GS-S

Fără tratament medicamentos - Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,32$ deci nu avem diferențe semnificative între medii.

Cu tratament medicamentos - Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,65$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii.

6.2.3. Cabinet vs Skype

Fără tratament medicamentos - Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,80$ deci nu avem diferențe semnificative între medii.

Cu tratament medicamentos - Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,46$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii.

6.2.4. GS-C vs GS-S

Fără tratament medicamentos - Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,40$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii.

Cu tratament medicamentos - Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,83$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii.

Tabelele de mai jos, cu valorile p arată analiza tendințelor. Ca interpretare – cu cât p este mai mic cu atât avem probabilitatea să existe o tendință mai pronunțată spre diferențiere între medii. În cazul primei ipoteze observăm că toate cele patru analize arată diferențe nesemnificative în ceea ce privește prezența sau absența programului GS în tratamentul psihoterapeutic. Gradul de remisiune a fost asemănător între grupuri. Ținând cont de faptul că este un studiu explorator care analizează lotul de subiecți în timp real, așa cum au apelat ei la terapie, distribuția acestora a fost inegală și comparațiile dificil de făcut în mod optim.

Atât pentru lotul de subiecți cu medicație cât și fără medicație se observă o inegalitate importantă în grupurile de comparație.

Tabel VI.12. Date cu privire la componența loturilor

Cu medicație	Fără medicație
G-C – 13	GS-C – 29
GS-S – 21	GS-S – 69
Skype – 8	Skype – 19
Cabinet – 22	Cabinet – 60

De aceea, am analizat tendințele rezultatelor obținute ca o bază de referință pentru studii viitoare cu un număr adecvat de subiecți pentru niște concluzii pertinente. Observăm că subiecții care au apelat la GS-C prezintă o tendință către remisiune mai mare decât cei care au mers la cabinet, și GS-S – tendință de remisiune mai mare față de Skype. Acest lucru se observă mai ales în cadrul lotului fără medicație unde valoarea lui p este mult mai mică față de comparațiile obținute în cadrul celui alt lot. Acest lucru poate fi explicat prin îmbunătățirea simptomatologiei cu ajutorul tratamentului medicamentos în ambele grupuri, astfel că diferența dintre ele nu poate fi evaluată semnificativ diferit.

Ipoteza 2 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un număr de ședințe superior celorlalte forme de desfășurare a psihoterapiei.

Am realizat analiza pentru cele 2 cazuri: cu medicație și fără medicație.

1. Cu tratament medicamentos

ANOVA - Deoarece am obținut o valoare $p = 0,902 (> 0,05)$ nu avem diferențe semnificative între medii pentru acest caz. Deci putem spune ca media numărului de ședințe este statistic egală pentru toate tipurile de terapie. Și în acest caz putem observa diferențele dintre grupurile analizate care pot influența rezultatele obținute.

2. Fără tratament medicamentos

ANOVA - Ca și în cazul studiului 1, și în acest studiu am obținut diferențe semnificative între medii ($p = 0,04 < 0,05$), deci putem compara numărul mediu de ședințe pentru diferite perechi de terapii:

2a. Cabinet vs GS-C ANOVA

Observație: s-a luat pentru p valoarea de pe rândul 2, deoarece pentru comparația variantelor din a doua coloană am obținut valoarea $p = 0,01$ deci avem diferențe semnificative între variante, adică suntem în cazul “Equal variances not assumed” la testul t . În acest caz am obținut o valoare $p = 0,09$ deci nu avem diferențe semnificative între numărul mediu de ședințe. Putem vorbi despre o tendință deoarece valoarea p este destul de mică. Observăm că pentru GS-C numărul mediu de ședințe este mai mare.

2b. Skype vs GS-S - Rezultate statistice

În acest caz am obținut valoarea $p = 0,51$ care este mai mare ca $0,05$ deci nu avem diferențe semnificative între numărul mediu de ședințe la cele 2 tipuri de terapie.

2c. Cabinet vs Skype - Rezultate statistice

În acest caz am obținut valoarea $p = 0,27$ care este mai mare ca 0,05 deci nu avem diferențe semnificative între numărul mediu de ședințe la cele 2 tipuri de terapie.

2d. GS-C vs GS-S - Rezultate statistice

În acest caz am obținut valoarea $p = 0,69$ care este mai mare ca 0,05 deci nu avem diferențe semnificative între numărul mediu de ședințe la cele 2 tipuri de terapie. Observație. Faptul că aplicând ANOVA a rezultat că avem diferențe semnificative între unele grupuri a fost dat de faptul că între cabinet și GS-S avem diferențe semnificative. De altfel și la ANOVA valoarea p obținută (0,43) este foarte aproape de 0,5.

În concluzie ipoteza nu se validează pentru subiecții care prezintă tulburare de anxietate generalizată, dar se poate face o analiză pentru ipotezele 2a și 2c unde valoarea relativ mică a valorii p ne poate indica anumite tendințe (studiul este explorator și grupurile sunt destul de dezechilibrate ca număr. De exemplu, la cabinet avem 60, iar pe Skype sunt doar 19).

În cazul Ipotezei 2, observăm că nu avem diferențe semnificative între grupurile de subiecți. Acest lucru arată că numărul de ședințe nu a fost îmbunătățit de prezența programului GS în protocolul de psihoterapie urmat în timpul celor 18 luni urmărite. Putem observa în cadrul acestor analize o serie de tendințe în direcția ipotezelor noastre și anume, un număr mediu mai ridicat pentru GS-C (9) precum și GS-S (9,84) față de cabinet (5,73) și Skype (8,26). Rezultatele, deși ne semnificative din punct de vedere statistic, arată o înclinație către programul GS precum și către desfășurarea ședințelor în mediul online, atât cu GS cât și doar prin Skype. Deschiderea populației către metodele online oferă o serie de posibilități pentru lărgirea accesului la psihoterapie precum și realizarea unor standarde generale de desfășurare.

Ipoteza 3 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de dropout redus față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Pentru a verifica aceasta ipoteză am folosit testul Fisher exact (pentru tabele de contingent 2 x 2). Ca și la ipotezele anterioare am studiat validitatea ipotezelor pentru cele 2 situații: cu medicație și fără medicație. Am realizat și o diagramă pentru fiecare caz.

Cu tratament medicamentos

Tabel VI.19. Sinteza rezultatelor

Comparația	Valoarea p	Interpretare
Cabinet vs GS-C	0,18	Nu avem diferențe între gradul de dropout
Skype vs GS-S	0,02	Gradul de dropout este mai redus la GS-S
Cabinet vs Skype	0,08	Nu avem diferențe între gradul de dropout (se poate vorbi de o tendință ca la Skype să avem un dropout mai mic)
GS-C vs GS-S	0,02	Gradul de dropout este mai redus la GS-S

În cazul subiecților cu medicație ipoteza se validează pentru GS-S. În cadrul ambelor comparații se observă faptul că subiecții renunță mai greu la terapie în grupul GS-S. De asemenea, deși nesemnificativ statistic, se observă faptul că și față de cabinet tendința de dropout este mai mică la clienții cu Skype. În cabinet diferențele nu sunt semnificative indiferent de prezența programului GS. Analizând doar ponderile de dropout, cel mai mare este înregistrat de cabinet, urmat de GS-C, Skype și GS-S. Din nou acest lucru ne indică faptul că prin intermediul internetului dropoutul este mai redus, subiecții utilizând în mod eficient avantajele aduse de acesta.

Fără tratament medicamentos

Tabel VI.20. Sinteza rezultatelor

Comparatia	Valoarea p	Interpretare
Cabinet vs GS-C	0,29	Nu avem diferențe între gradul de dropout
Skype vs GS-S	0,34	Nu avem diferențe între gradul de dropout
Cabinet vs Skype	0,02	Gradul de dropout este mai redus la Skype
GS-C vs GS-S	0,02	Gradul de dropout este mai redus la GS-S

6.2. Discuții studiul 2

1. Astfel, la grupul de subiecți fără medicație, am observat că subiecții care au realizat psihoterapie prin intermediul GS, și anume GS-C și GS-S, au prezentat un grad mai ridicat de remisiune în comparație cu terapia clasică față în față, respectiv Skype. Acest lucru nu se păstrează la clienții cu medicație. Este posibil ca numărul de clienți cu medicație mai mic să influențeze evaluările statistice.

2. Există în schimb o tendință de remisiune mai mare a clienților care au desfășurat psihoterapia pe Skype față de cei care au venit la cabinet cu ședințe clasice față în față. Această predispoziție, deși nu una semnificativă statistic, își face simțită prezența în majoritatea analizelor din cadrul ipotezei 1, studiul 2. Ceea ce ne poate duce cu gândul la o legătură a diagnosticului cu metoda de psihoterapie. Astfel, simptomatologia caracteristică TAG se poate diminua în psihoterapia online (clienții desfășurând ședințele într-un mediu cunoscut, securizant), ceea ce permite o aderență mai mare la tratament, favorizând astfel o remisiune mai rapidă.

3. În cazul lotului cu tratament medicamentos, nu se înregistrează nicio diferență semnificativă. De asemenea, chiar și o analiză a tendințelor nu evidențiază nicio superioritate a vreunui grup de clienți. Astfel, și în cadrul ipotezei 2, în lotul de subiecți fără medicație nu se înregistrează diferențe semnificative. Analiza statistică a evidențiat o diferență semnificativă între GS-S și cabinet. Tendințe favorabile se înregistrează pentru GS-C față de cabinet cu o valoare a lui p mică (0.09).

4. Urmărim și comparațiile dintre celelalte tipuri de tratament și observăm o tendință a superiorității GS-C și a ședințelor desfășurate prin Skype față de cabinet. Astfel, se poate observa că prezența programului GS duce la un număr de ședințe superior ceea ce poate facilita o evoluție mai bună. Aceste date continuă direcția observată în cadrul ipotezei 1, atât a programului GS, cât și a ședințelor desfășurate prin Skype. Astfel, ipoteza se confirmă pentru lotul de subiecți cu medicație care a desfășurat psihoterapie prin GS-S. De asemenea, avem diferențe semnificative pentru GS-S față de GS-C.

5. La lotul fără medicație, rata dropoutului a fost mai redusă la GS-S față de GS-C și la Skype față de cabinet. Ca și în analizele precedente GS-S și Skype gradul de dropout a fost mai mic față de celelalte forme de psihoterapie.

Capitolul 7 - Studiul 3 Tulburarea de panică în Gândește Sănătos

În cadrul studiului 3 ne-am propus să analizăm eficiența programului GS în cadrul subiecților care au primit diagnosticul de tulburare de panică fără agorafobie.

7.1. Rezultate

Ipoteza 1 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de remisiune mai ridicat față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Deoarece în acest caz avem grupuri ce au sub 30 de subiecți, pentru verificarea ipotezelor nu mai pot fi folosite metodele de la studiul 1. cu cât media va fi mai mare cu atât gradul de remisiune va fi mai mare.

Tabel VII.1. Codificările pentru interpretarea rezultatelor

STAȚIONAR	AMELIORAT	ÎN REMISIUNE
0	1	2

I1a. Cabinet vs GS-C

Fără tratament medicamentos - Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,14$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii.

Cu tratament medicamentos - Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,94$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii. Observăm că nu există o tendință în acest caz. Gradul de remisiune este echivalent între cele două metode, atât pentru subiecții cu tratament medicamentos cât și pentru cei fără. Și în acest caz loturile subiecților sunt mici și o analiză pe o populație reprezentativă este necesară.

I1b. Skype vs GS-S și Cabinet vs Skype

Deoarece la categoria Skype sunt prea puțini pacienți nu sunt asigurate condițiile pentru aplicarea testului t .

I1c. GS-C vs GS-S

Fără tratament medicamentos Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,35$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii.

Cu tratament medicamentos Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,01$ deci se validează ipoteza alternativă, adică avem diferențe semnificative între medii cu o tendință de remisiune a clienților care au urmat psihoterapie prin intermediul programului GS cu ședințe desfășurate în cabinet.

Ipoteza 2 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un număr de ședințe superior celorlalte forme de desfășurare a psihoterapiei. Am realizat analiza pentru cele 2 cazuri: cu medicație și fără medicație.

Cu tratament medicamentos ANOVA

Deoarece am obținut o valoare $p = 0,532$ ($> 0,05$) nu avem diferențe semnificative între medii pentru acest caz. Fiind un studiu de tip explorator, putem face o analiză empirică asupra rezultatelor (se poate vedea că la cabinet și GS-S avem o medie mai mică față de GS-C). Tendința către un număr de ședințe mai mare este mai mare pentru GS-C și GS-S față de cabinet.

Fără tratament medicamentos ANOVA

Ca și în cazul anterior, și în acest studiu am obținut diferențe nesignificative între medii ($p = 0,67 > 0,05$), deci numărul mediu de ședințe nu diferă între diferitele tipuri de terapii.

Ipoteza 3 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de dropout redus față de cei care apelează la terapie în mod clasic. Pentru a verifica această ipoteză am folosit testul Fisher exact (pentru tabele de contingent 2×2). Ca și la ipotezele anterioare am studiat validitatea ipotezelor pentru cele 2 situații: cu medicație și fără medicație. Am realizat și o diagramă pentru fiecare caz.

Cu tratament medicamentos

Tabel VII.8

Comparația	Valoarea p	Interpretare
Cabinet vs GS-C	0,25	Nu avem diferențe între gradul de dropout
GS-C vs GS-S	0,57	Nu avem diferențe între gradul de dropout

Fără tratament medicamentos

Tabel VII.9. Sinteza rezultatelor

Comparația	Valoarea p	Interpretare
Cabinet vs GS-C	0,53	Nu avem diferențe între gradul de dropout
GS-C vs GS-S	0,02	Gradul de dropout este mai redus la GS-S

În cazul Ipotezei 3 observăm că diferența semnificativă o avem la lotul fără medicație între GS-C și GS-S în favoarea GS-S.

7.2. Discuții studiul 3

1. Gradul de remisiune este echivalent pentru loturile analizate, fără diferențe semnificative. Tendințele, de asemenea, în acest caz sunt foarte mici. Mediile rezultate arată că remisiunea este relativ asemănătoare pentru toate loturile. Ceea ce am putut observa ca și direcție o reprezintă numărul de ședințe mai ridicat în cazul GS-S, precum și gradul de dropout mai scăzut în acest caz.

2. În limitele datelor pe care le avem, putem concluziona, o preferință a populației pentru GS-S atât pentru oportunitățile oferite de această formă de psihoterapie (timp, confortul oferit de mediul personal propriu fiecărui client), cât și pentru suportul oferit de programul GS.

3. De asemenea, se observă faptul că remisiunea survine în mod echivalent pentru cele trei tipuri de tratament psihoterapeutic investigate în cadrul acestui studiu.

4. Numărul de ședințe mediu este egal statistic pentru toate tipurile de terapie. Acest lucru îl întâlnim atât pentru loturile cu medicație cât și pentru cele fără. De aceea, am analizat empiric datele obținute. Observăm că în lotul fără medicație numărul mediu de ședințe este mai mare pentru GS-S, iar pentru lotul cu medicație numărul mediu de ședințe este mai ridicat pentru GS-C. Aceste date ne indică o direcție pozitivă pentru ipoteza noastră, conform căreia programul GS ajută în realizarea unui număr optim de ședințe.

5. În cazul lotului cu medicație, unde simptomatologia este diminuată în prezența medicației, clienții realizează un număr mai mare de ședințe la cabinet față de cei fără medicație, care preferă Skype. Și acest lucru este susținut de faptul că și în cazul comparației GS-C – GS-S, gradul de remisiune este mai mare pentru lotul GS-S fără medicație, în timp ce gradul de remisiune este mai mare pentru GS-C la lotul cu tratament medicamentos.

6. În ceea ce privește dropoutul, diferența semnificativă observată este doar cea dintre GS-S și GS-C, cu un dropout redus pentru Skype împreună cu GS. Se remarcă în continuare superioritatea acestei forme de tratament în evaluarea dropoutului.

7. Observăm că rezultatele noastre privind eficiența programului GS și a ședințelor efectuate prin Skype sunt în aceeași direcție cu rezultatele din literatura de specialitate. [152b], [153b], [154b].

Capitolul 8 Studiul 4 Episod depresiv major în Gândește Sănătos

8.1. Rezultate

Ipoteza 1 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de remisiune mai ridicat față de cei care apelează la terapie în mod clasic. Deoarece în acest caz avem grupuri ce au sub 30 de subiecți pentru verificarea ipotezelor nu mai pot fi folosite metodele de la studiul 1. Vom folosi testul t folosind următoarele codificări:

Tabel VIII.1. Codificări pentru interpretarea rezultatelor

STATIONAR	AMELIORAT	ÎN REMISIUNE
0	1	2

Ca interpretare: cu cât media va fi mai mare cu atât gradul de remisiune va fi mai mare.

I1a. Cabinet vs GS-C

Fără tratament medicamentos Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,36$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii.

Cu tratament medicamentos Deoarece cu medicație la GS-C avem un singur pacient nu se poate aplica testul t.

I1b. Skype vs GS-S Fără tratament medicamentos

Am obținut $p = 0,32 (> 0,05)$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii. Cu media ușor mai ridicată pentru Skype.

Cu tratament medicamentos

Deoarece atât la pacienții Skype cât și la pacienții GS-S avem foarte puțini în fiecare categorie (câte 2 la fiecare grup) nu se poate aplica testul t.

I1c. Cabinet vs Skype

Fără tratament medicamentos Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,63 (> 0,05)$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii. De asemenea, mediile sunt foarte puțin diferențiate între ele.

Cu tratament medicamentos

Deoarece la pacienții Skype avem doar 2 subiecți nu se poate aplica testul t.

I1d. GS-C vs GS-S

Fără tratament medicamentos Rezultate statistice

Am obținut $p = 0,17$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii. Avem o tendință de remisiune mai mare pentru GS-C.

Cu tratament medicamentos Deoarece la GS-C avem 1 subiect și la GS-S avem 2 subiecți la categoria “cu medicație”, nu se poate aplica testul t.

Ipoteza 2 Clienții care apelează la Programul Gândește Sănătos vor prezenta un număr de ședințe superior celorlalte forme de desfășurare a psihoterapiei.

Fără tratament medicamentos ANOVA

În acest caz am obținut diferențe semnificative între medii ($p = 0,002 > 0,05$), deci numărul mediu de ședințe diferă între diferitele tipuri de terapii. De aceea putem aplica testul t pentru a vedea între ce tipuri de tratament avem diferențe semnificative între numărul mediu de ședințe.

2a) Cabinet vs GS-C Rezultate statistice

În a doua coloană a testului Levene am obținut $p = 0,00 < 0,05$ deci suntem în cazul variantelor inegale (“equal variances not assumed”), prin urmare vom lua valoarea lui p din a doua linie la testul t, adică valoarea $p = 0,17 > 0,05$. Astfel se validează ipoteza nulă – nu avem diferențe semnificative între medii. Totuși, pentru că valoarea lui p este mică, putem spune că ar exista o tendință ca la GS-C să avem o medie mai mare decât la cabinet.

2b) Skype vs GS-S Rezultate statistice

Am obținut valoarea $p = 0,10 > 0,05$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii (se poate aplica și aici observația de mai sus).

Totuși, pentru că valoarea lui p este mică, putem spune că ar exista o tendință ca la GS-S să avem o medie mai mare comparativ cu Skype.

2c) Cabinet vs Skype Rezultate

Am obținut valoarea $p = 0,33 > 0,05$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii (aici nu se poate vorbi de tendințe deoarece valoarea p este destul de mare).

2d) GS-C vs GS-S Rezultate

Am obținut valoarea $p = 0,22 > 0,05$ deci se validează ipoteza nulă, adică nu avem diferențe semnificative între medii (aici nu se poate vorbi de tendințe deoarece valoarea p este destul de mare).

Ipoteza 3 Clienții care apelează la programul Gândește Sănătos vor prezenta un grad de dropout redus față de cei care apelează la terapie în mod clasic.

Pentru a verifica aceasta ipoteza am folosit testul Fisher exact (pentru tabele de contingent 2 x 2). Am studiat validitatea ipotezelor pentru subiecții fără medicație.

Fără tratament medicamentos

Tabel VIII. 12 Rezultatele comparațiilor

Comparatia	Valoarea p	Interpretare
Cabinet vs GS-C	0,23	Nu avem diferențe între gradul de dropout
Skype vs GS-S	0,04	Gradul de dropout este mai redus la Skype
Cabinet vs Skype	0,15	Nu avem diferențe între gradul de dropout
GS-C vs GS-S	0,04	Gradul de dropout este mai redus la GS-C

În cadrul analizei ipotezei 3, gradul de dropout este mai mic pentru Skype. Iar în comparația legată numai de GS, dropoutul este mai redus la GS cu cabinet.

În acest caz observăm o altă tendință față de loturile precedente și anume Skype și GS-C. Este posibil ca simptomatologia depresivă să împiedice subiecții să adere foarte mult la tratamentul prin GS și să prefere să comunice direct prin Skype. Acest lucru poate fi mai ușor de rectificat la cabinet unde relația terapeutică poate să motiveze mai mult sarcinile de acasă, și anume consultarea programului în mod constant și parcurgerea informațiilor cuprinse de acesta.

8.2. Discuții studiul 4

În cadrul studiului 4 am selectat subiecții care s-au prezentat la cabinet pentru simptome depresive și au întrunit criteriile DSM pentru episod depresiv major.

1.Observăm în cadrul studiului 4 o modificare atât a tendințelor de remisiune, cât și a tendințelor din cadrul dropoutului. Din păcate la loturile cu medicație nu am reușit să avem un număr de subiecți suficient de mare pentru a analiza ipotezele. De aceea, în continuare vom studia clienții fără medicație.

Tendința de remisiune este una echivalentă pentru toate cele patru loturi. Există o tendință de remisiune mai mare pentru GS-C în comparația cu GS-S. În coroborare cu această tendință observăm faptul că numărul mediu de ședințe este mai mare pentru GS-C și gradul de dropout este semnificativ mai redus pentru GS-C în comparație cu GS-S.

În cadrul acestui diagnostic, relația terapeutică se realizează mai bine în cadrul cabinetului, față în față, și de aceea motivarea subiecților de a realiza sarcinile pentru acasă și consultarea programului în mod constant s-a realizat mai bine.

De asemenea, numărul de ședințe mediu a fost mai mare pentru GS-S în comparație cu Skype, astfel că putem trage concluzia că GS ajută la o aderență mai mare la tratament și trebuie investigate modalități de a mări această aderență mai ales pentru diagnosticul de episod depresiv.

O altă observație ce trebuie luată în considerare este lipsa lotului cu medicație într-o măsură care să ne permită să cercetăm ipotezele. Acest lucru ridică un semn de întrebare referitor la gradul în care populația cu episod depresiv major apelează la psihoterapie în mod consecvent. Este adevărat că repartizarea loturilor pe mai multe subploturi a afectat această analiză și a făcut ca aceste comparații să fie mai puțin reprezentative. Astfel, ne propunem în viitor să refacem studiile noastre cu teste standardizate și pe un număr de subiecți mai mare.

Fiind o simptomatologie ce necesită o atenție și un număr sporit de ședințe este posibil ca aspectul financiar să joace un rol important în decizia subiecților de a parcurge un număr optim de ședințe de psihoterapie. Subiecții care au medicație pot resimți o îmbunătățire a simptomatologiei mai rapidă și, de aceea, să nu îi motiveze să depună un efort financiar semnificativ.

Contribuția programului GS, deși își face simțită prezența nu a fost semnificativă statistic și de aceea trebuie investigată mai mult în viitor.

Capitolul 9 Concluzii finale

1. Grupurile de tratament au răspuns în mod favorabil programului Gândește Sănătos. Subiecții în remisiune (nu au mai întrunit criteriile de diagnostic) în urma procesului psihoterapeutic cu ajutorul platformei au fost în pondere semnificativ statistic mai mare.
2. Acest lucru s-a păstrat atât pentru cei cu medicație cât și pentru cei fără și prezintă un potențial mare de îmbunătățire a practicii curente și de căutare a unor strategii de implementare a platformelor online și în alte direcții: psihoeducație, dezvoltare persoană, prevenție etc.
3. Gradul de dropout a fost mai redus pentru loturile de tratament care au urmat psihoterapie împreună cu programul de psihoterapie online.
4. Am observat faptul că GS duce la un număr de ședințe mediu mai mare pentru utilizatori, crescând posibilitatea de remisiune.
5. Lotul de subiecți a fost ulterior împărțit în trei mari grupe în funcție de diagnosticul primit: tulburare de anxietate generalizată, episod depresiv major, tulburare de panică. Acest lucru a făcut ca unele loturi să fie mai mici decât ar fi fost necesar pentru o analiză reprezentativă și comparația lor a fost supusă unor limite statistice. Acest lucru este posibil să fie un factor care a dus la infirmarea mai multor ipoteze din cadrul acestui studiu.
6. Privind observațional datele obținute am putut observa o tendință către remisiune mai mare la grupul de subiecți care a urmat psihoterapie împreună cu platforma GS, în special cei care au ales să țină concomitent ședințele prin intermediul Skype.
7. De asemenea, ceea ce este notabil este faptul că această tendință se păstrează de-a lungul tuturor ipotezelor din studiul 2. Numărul mediu de ședințe este mai mare pentru GS-C și pentru GS-S ceea ce înseamnă că pacienții se raportează la procesul terapeutic într-un mod mai asumat prin intermediul GS. La fel, se poate observa că dropoutul este mai redus la GS-S, cu o diferență semnificativă față de Skype în grupul cu medicație. Datele obținute se susțin dacă privim întregul studiu în ansamblu.
8. Plecând de la cercetările din domeniu am observat faptul că eficiența programelor online este în mare parte egală cu ședințele față în față. Ceea ce am încercat să dovedim a fost faptul că un program structurat online crește această eficiență și poate să îmbunătățească procesul terapeutic.
9. Psihoterapia online prin intermediul Skype cu/fără GS prezintă o serie de factori cu o tendință pozitivă comparativ cu ședințele clasice/Skype, privind eficiența, numărul de ședințe și gradul

scăzut de dropout. De aceea, este important să aflăm care sunt principalele motive care duc la aceste date. Pe lângă specificul dat de simptomele tulburării de anxietate generalizată și de siguranța oferită de ședințele desfășurate într-un mediu cunoscut se pot adăuga cele legate de timp, confort fizic și psihic, precum și evitarea stigmatizării mersului la psiholog.

10. Ceea ce ne atrage atenția în cazul tulburării de panică este faptul că în comparația GS-S – GS-C avem câteva date semnificative statistic în lotul cu medicație cu rezultate pozitive ale programului GS-C față de lotul fără medicație, unde numărul mediu de ședințe este mai mare pentru GS-S și dropout redus pentru GS-S.

11. Ceea ce s-a putut remarca în studiul pentru tulburarea depresivă majoră este faptul că GS a reprezentat o contribuție pentru ședințele care s-au desfășurat în cabinet. Rezultatele au fost coroborate cu un număr mediu de ședințe mai mare pentru GS-C.

12. În cadrul acestui diagnostic, relația terapeutică se realizează mai bine în cadrul cabinetului, față în față, și de aceea motivarea subiecților de a realiza sarcinile pentru acasă și consultarea programului în mod constant s-a realizat mai bine.

13. Ceea ce s-a păstrat a fost dropoutul redus pentru GS-S. Există în acest caz un avantaj semnificativ reprezentat de ședințele desfășurate prin GS-S, lucru care ar trebui folosit pentru studii viitoare și pentru o dezvoltare a acestei forme de psihoterapie astfel încât să atingă obiectivul de remisiune.

Bibliografie selectivă

- [1] <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
- [2] <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-mental-illness-ami-among-us-adults.shtml>
- [4] http://alberta.cmha.ca/mental_health/statistics/#.V-kBvvl97IU
- [5] <http://www.woroni.com.au/features/mental-health-in-asia/>
- [6] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525063/>
- [7] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489826/>
- [9] Silvia Florescu, Mona Moldovan, Constanta Mihaescu-Pintia, Marius Ciutan, Prof. George Eliot Sorel, *Studiul de sănătate mintală - Romania 2007, Prevalenta in ultimele 12 luni, severitatea si tratamentul tulburarilor mintale, conform clasificatiei DSM-IV, Management in Health*, Vol 13, No 4, 2009
- [11] Trautmann S, Rehm J, Wittchen H., *The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders?*, EMBO Reports, 2016; 17(9):1245-1249. doi:10.15252/embr.201642951.
- [12] Sood S., Mbarika V, Jugoo S, Dookhy R, Doarn CR, Prakash N, Merrell RC, *What is telemedicine? A collection of 104 peer-reviewed perspectives and theoretical underpinnings*, Telemedicine Journal and e- Health: the official Journal of the American Telemedicine Association, 2007 Oct;13(5):573-90.
- [14] http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
- [16] Dávalos ME, French MT, Burdick AE, Simmons SC, *Economic evaluation of telemedicine: review of the literature and research guidelines for benefit-cost analysis*, Telemedicine Journal and e- Health: the official Journal of the American Telemedicine Association, 2009 Dec;15(10):933-48. doi: 10.1089/tmj.2009.0067.
- [25] Wootton, R. *Twenty years of telemedicine in chronic disease management—An evidence synthesis*, Journal of Telemedicine and Telecare 2012, 18, 211–220.
- [36] *European Projects on Telemedicine in Timisoara - Journal of Experimental Medical & Surgical Research*, Cercetări Experimentale & Medico-Chirurgicale Year XVI Nr.3/2009 Pag.187 – 190

- [37] Ioana Moisil, Elena Jitaru, Lucian Blaga, *E-health progresses in Romania*, University of Sibiu, Hermann Oberth Faculty of Engineering, Computer Science and Automatic Control Department, I.C.I.-National Institute for Research and Development in Informatics, Bucharest, Romania
- [38] Kaye L. McGinty, Sy Atezaz Saeed, Scott C. Simmons, Yilmaz Yildirim, *Telepsychiatry and e-Mental Health Services: Potential for Improving Access to Mental Health Care*, Psychiatr Q, 2006.
- [53] D R Elford, H White, K St John, B Maddigan, M Ghandi, R Bowering, *A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland*, Journal of Telemedicine and Telecare , 2001
- [55] Steven E. Hyler, M.D., Dinu P., Gangure, M.D, *A Review of the Costs of Telepsychiatry*, Psychiatry Online, 2003, <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.54.7.976>
- [58] Aaron B. Rochlen, Jason S. Zack, Cedric Speyer, *Online Therapy: Review of Relevant Definitions, Debates, and Current Empirical Support*, 2004 Wiley Periodicals, Inc., Journal of Clinical Psychology 60: 269–283, 2004.
- [77] Nilsson-Ihrfelt, E., Fjällskog, M.-L., Ahlgren, J., Edlund, P., Hansen, J., Malmberg, L., Villman, K., Blomqvist, C., Andersson, G., *Breast cancer on the Internet: the quality of Swedish breast cancer web sites*, Breast 11, 376–382, 2004.
- [78] Griffiths, K.M., Caelear, A.L., Banfield, M., *Systematic review on Internet Support Groups (ISGs) and depression (1): do ISGs reduce depressive symptoms?*, J Journal of Medical Internet Research, 11, e40, 2009.
- [80] Johansson, O., Michel, T., Andersson, G., Paxling, B., *Experiences of non-adherence to Internet-delivered cognitive behaviour therapy: a qualitative study*, Internet Interventions, 2, 137–142, 2015.
- [105] Morrissey SA, Reser JP, *Natural disasters, climate change and mental health considerations for rural Australia*, Australian Journal of Rural Health, Apr;15(2):120-5, 2007.
- [108] Rees CS, Stone S. *Therapeutic alliance in face-to-face versus videoconferenced psychotherapy*, Professional Psychology: Research and Practice 2005;6:649–653.

- [109] Austen S, McGrath M., *Attitudes to the use of videoconferencing in general and specialist psychiatric services*, Journal of Telemedicine and Telecare, 2006 12:146–150. [PubMed: 16638236]
- [110] Louise Shepherd, David Goldstein, Hayley Whitford, Belinda Thewes, Viki Brummell, and Mary Hicks, *The Utility of Videoconferencing to Provide Innovative Delivery of Psychological Treatment for Rural Cancer Patients: Results of a Pilot Study*, Journal of Pain and Symptom Management , Volume 32 , Issue 5 , 453 – 461, 2006.
- [115] Titov N, Andrews G, Davies M, McIntyre K, Robinson E, *Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician versus technician assistance*, PLoS ONE 5(6): e10939. doi:10.1371/journal.pone.0010939, 2010.
- [116] Cuijpers P, Marks IM, Van Straten A, Cavanagh K, Gega L, Computer-aided psychotherapy for Anxiety Disorders: A meta-analytic review, Cognitive Behavioural Therapy 38(2): 66–82, 2009.
- [117] Richards D., Richardson T, *Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis*, Clinical Psychological Review, Jun;32(4):329-42. doi: 10.1016/j.cpr.2012.02.004. Epub 2012 Feb 28.
- [127] Erik Hedman, Brjánn Ljótsson, Viktor Kaldö, Hugo Hesser, Samir El Alaoui, Martin Kraepelien, Evelyn Andersson, Christian Rück, Cecilia Svanborg, Gerhard Andersson, Nils Lindefors, *Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care*, Journal of Affective Disorders 155(2014)49–58.
- [128] D.D. Ebert, M. Berking, P. Cuijpers, D. Lehr, M. Pörtlner, H. Baumeister, *Increasing the acceptance of internet-based mental health interventions in primary care patients with depressive symptoms. A randomized controlled trial*, Journal of Affective Disorders 176 (2015) 9–17.
- [152] Litza A. Kiropoulos, Britt Klein, David W. Austin, Kathryn Gilson, Ciaran Pier, Joanna Mitchell, Lisa Ciechomski, *Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT?*, Journal of Anxiety disorders, 2008
- [153] Britt Klein, Jeffrey C. Richards, David W. Austin, *Efficacy of Internet therapy for panic disorder*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37, 2006, 213–238.

- [154] Johanna Schroder, Lena Jelinek, Steffen Moritz, *A randomized controlled trial of a transdiagnostic Internet intervention for individuals with panic and phobias- One size fits all*, Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 2016.
- [160] Vigerland, S., Ljótsson, B., Thulin, U., Öst, L.-G., Andersson, G., Serlachius, E., *Internet-delivered cognitive behavioural therapy for children with anxiety disorders: a randomised controlled trial*, Behaviour Research and Therapy, 76, 47–56, 2016.
- [166] Andersson, G., Rozental, A., Shafran, R., Carlbring, P., *Long-term effects of Internet-supported cognitive behavior therapy*. Experts Review of Neurotherapeutics, 18, 21–28 2018.
- [167] Kazdin, A.E., *Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research*, Annual Review of Clinical Psychology, 3, 1–27. 2007
- [174] Strandskov, W.S., Ghaderi, A., Andersson, H., Parmskog, N., Hjort, E., Svanberg Wärn, A., Jannert, M., Andersson, G., *Effects of tailored and ACT-influenced Internetbased CBT for eating disorders and the relation between knowledge acquisition and outcome: a randomized controlled trial*, Behavioural Therapy, 48, 624–637, 2017.
- [177] Bordin, E. S., Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), Wiley series on personality processes. The working alliance: Theory, research, and practice, Oxford, England: John Wiley & Sons, 1994.
- [181] <http://www.beatingtheblues.co.uk/>
- [182] <http://fearfighter.cbtprogram.com/>
- [183] <https://www.evolutionhealth.com.au/>
- [184] <https://moodgym.com.au/>
- [185] <https://www.iesohealth.com/en-gb>
- [186] <https://www.online-therapy.com/>
- [187] Miclea, Mircea & Miclea, Ștefania & Ciuca, Amalia & Budău, Ozana, *Computer-mediated psychotherapy. Present and prospects. A developer perspective*, Cognitive Brain Behaviour, 14, 2010.

- [188] M. Bran, M. Ladea, M. Sarpe, *Developing a platform for online psychotherapy sessions*, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1993>, 2017.
- [195] Ellis, A., *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living, 1970.
- [196] Beck A. T., *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- [211] Carla J. Alvarado, *Tipuri de studii pentru cercetarea clinică și epidemiologică*, University of Wisconsin-Madison, (608)263-2177, carla.alvarado@mail.admin.wisc.edu
- [212] Vegheș, Călin, *Marketing direct*, Editura Uranus, București, 2004
- [213] Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB, *The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description*, Archives of General Psychiatry, 1992 Aug;49(8):624-9.
- [222] Hatchett, Gregory T., Park, Heather L, *Comparison of Four Operational Definitions of Premature Termination*, Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, Vol 40(3), Fall 2003, 226-231.
- [237] Dinu Roxana, *Online therapy in a structured cognitive behavioral therapy program with Romanian - born subjects*, 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts SGEM 2018, SGEM2018 Conference Proceedings, ISBN 978-619-7408-54-6 / ISSN 2367-5659, 26 August - 1 September, 2018, Vol. 5, Issue 3.2, 247-254 pp
- [239] Dinu Roxana, *Analysis of an online structured Cognitive - behavioural psychotherapy program*, Revista Română de Psihiatrie, nr3/2018, p121-127, p-issn: 1454-7848, E-issn: 2068-7176.