

A RELEVÂNCIA DAS MEDIDAS INDIVIDUALIZADAS: OUVIMOS O PACIENTE MAS CAPTAMOS A HISTÓRIA?

Inês Neves^{1,2,☐}, Célia Sales^{3,5}, Rita Carlota², Cláudia Brinquete², Alberto Magalhães⁴, Carlos Falcão⁴, Paula Alves^{5,6}, Sofia Tavares², & Mark Ashworth⁶

¹IMPSP-Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal; ²Universidade de Évora, Portugal; ³CPUP-Universidade do Porto, Portugal; ⁴DPSM – Hospital Espírito Santo de Évora, Portugal; ⁵ISCTE-IUL, Portugal; ⁶King's College London

RESUMO- As medidas individualizadas usadas na avaliação de resultados terapêuticos, permitem ao paciente identificar os aspetos que mais valoriza na apreciação de melhoria clínica. O PSYCHLOPS, como medida individualizada, convida o paciente a definir os próprios itens. Neste estudo, os itens sugeridos pelos pacientes foram comparados com os conteúdos de instrumentos estandardizados e validados na avaliação de resultados terapêuticos. Uma amostra de conveniência ($n=107$) composta por pacientes da consulta de psicologia do Hospital Espírito Santo (Évora), e de três Centros de tratamento para abuso de substâncias preencheram o PSYCHLOPS e, de seguida dois instrumentos apresentados de forma aleatória: o CORE-OM e o PHQ-9. Os 279 itens definidos pelos pacientes no PSYCHLOPS foram codificados através de análise temática, em 51 categorias. *Problemas relacionados com o trabalho* foi a categoria mais identificada pelos pacientes, como relevante para avaliar o efeito clínico. Das 51 categorias, 17 (33,3%) não estão representadas no CORE-OM e 43 (84,3%) não estão representadas no PHQ-9. A maioria dos pacientes indicou pelo menos um item não existente nem no CORE-OM nem no PHQ-9. Estes dados demonstram a importância das medidas individualizadas para identificar as preocupações mais valorizadas pelo paciente, o que poderá ter implicações para o processo de avaliação da mudança terapêutica.

Palavras-chave: Medidas individualizadas, avaliação de resultado, envolvimento do paciente

RELEVANCE OF INDIVIDUALIZED MEASURES: LISTENING THE PATIENT MEANS CAPTURING THE STORY?

ABSTRACT: Individualized measures are relevant for the assessment of therapeutic results and allow patients to identify the aspects that they value the most in assessing their clinical improvement. PSYCHLOPS, as an individualized measure, invite the patient to create their own items. The items created by the patients were compared with the contents of standardized measures. A sample composed by 107 patients admitted for psychological treatment in Hospital Espírito Santo (Évora), and three institutions for drug misuse fill in the PSYCHLOPS and two standardized measures presented in a random order: CORE-OM and PHQ-9. 279 items were created in PSYCHLOPS and later recoded, by thematic analysis, in 51 subthemes. *Work-related problems* was the most common subtheme identified by patients

☐ Av. Professor Egas Moniz, 1649-028 Lisboa. E-mail: inestdneves@gmail.com

OUVIMOS O PACIENTE MAS CAPTAMOS A HISTÓRIA?

as relevant to the clinical improvement assessment. From the 51 subthemes, 17 (33.3%) were not represented in CORE-OM and 43 (84.3%) were not represented in PHQ-9. The majority of our sample indicated at least one subtheme that was not represented in CORE-OM and PHQ-9. These results show us the importance of individualized measures in identifying the patients' most value concerns, which may have implications in the therapeutic process.

Keywords: Individualized measures, outcome assessment, patient involvement

Recebido em 30 de Novembro de 2015/ Aceite em 01 de Dezembro de 2015

Nas últimas décadas tem sido observada uma evolução nas abordagens utilizadas na avaliação psicológica. A abordagem nomotética, em que os itens estão pré-definidos e adaptados para toda a população, tem sido, tradicionalmente, a mais utilizada. Não obstante, um instrumento nomotético pode conter itens que não refletem a condição clínica do paciente, enquanto os problemas que este considera serem mais importantes podem não estar representados nestes instrumentos (Ashworth, Evans, & Clement, 2009; Sales & Alves, in press). É, pois, importante captar o que o paciente considera único e pessoal da sua condição clínica, adquirindo as medidas individualizadas uma relevância particular, em alternativa às nomotéticas (Ashworth et al., 2004; Sales & Alves, 2012).

As medidas individualizadas são instrumentos onde o paciente é convidado a descrever os problemas que quer tratar em terapia, sendo esses problemas utilizados também como medida de avaliação do próprio processo terapêutico. De facto, uma das vantagens da utilização das medidas individualizadas em terapia é a atenção dada aos problemas específicos de cada paciente (Fitzpatrick, et al., 1998). Vários terapeutas indicam que o uso de medidas individualizadas é benéfico para preparar a sessão terapêutica, as sessões de supervisão e para ajudar no processo de decisão clínica em relação ao tratamento (Sales, Gonçalves, Fragoeiro, Noronha, & Elliott, 2007). Existem ainda evidências que as medidas individualizadas mostram maior sensibilidade à mudança, uma vez que a avaliação da mudança é baseada nos problemas identificados pelos pacientes (Ashworth, Evans & Clement, 2015; Elliott et al., 2015).

Apesar destas vantagens, pouco se sabe acerca do uso das medidas individualizadas, não sendo claro que os problemas enunciados pelos pacientes, quando se recorre a estes instrumentos, sejam diferentes dos identificados por medidas nomotéticas bem estabelecidas. Ashworth, et al. (2007) analisaram esta questão, comparando os itens enunciados por uma medida individualizada - PSYCHLOPS (Psychological Outcome Profiles) - com os itens de uma medida nomotética - CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure). Os resultados deste estudo mostram que 60% dos pacientes que responderam a estas questões forneceram informação clínica relevante que de outra forma não seria considerada na avaliação do seu tratamento clínico. O principal objetivo deste trabalho é contribuir para as investigações que têm sido realizadas nesta área, nomeadamente: 1) comparar os itens do PSYCHLOPS com o CORE-OM numa amostra portuguesa; 2) comparar o PSYCHLOPS com uma segunda medida nomotética, o PHQ-9 (Patient Health Questionnaire – 9 itens).

MÉTODO

Participantes

Este estudo faz parte de um projeto mais amplo designado *Personalized outcome measurement in Hospital-based psychological treatments*, aprovado pela Comissão de Ética do Hospital Espírito Santo de Évora. A amostra total ($n=107$ pacientes) integra também dados de um outro projeto, *Patient involvement in psychological therapies for substance misuse: towards a personalised outcome measurement*, financiado pela FCT (Fundação para a Ciência e Tecnologia) (SFRH/BD/87308/2012). Ambos os

projetos enquadram-se numa rede internacional que explora a personalização da avaliação em saúde (grupo IPHA, Sales et al., 2014). Critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; ter uma admissão para tratamento nas instituições de recolha de dados dos dois projetos. Passamos a descrever cada uma das amostras.

Amostra 1: constituída por 57 pacientes (≥ 18 anos) admitidos para consulta de Psicologia no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital Espírito Santo de Évora, entre outubro de 2013 e maio de 2014. Destes, dois foram excluídos por ter o protocolo de recolha de dados incompleto. A amostra final foi constituída por 55 pacientes (23,6% do sexo masculino e 76,4% do sexo feminino), com uma média de idades de 42,6% ($DP = 15,4$) que assinaram o consentimento informado e concordaram em participar no estudo. A recolha de dados foi efetuada por uma equipa de oito assistentes de investigação: seis estudantes de Mestrado em Psicologia e duas estagiárias profissionais da Ordem dos Psicólogos.

Amostra 2: constituída por 52 pacientes (≥ 18 anos) admitidos para tratamento em três instituições para tratamento de abuso de álcool e drogas, com uma média de idades de 40 ($DP=11,7$), sendo que 68,2% dos pacientes eram do sexo masculino e os restantes 31,8% eram do sexo feminino. A amostra foi recolhida entre abril de 2013 e abril de 2014 com o apoio de cinco assistentes de investigação, alunos do Mestrado em Psicologia.

Material

Psychological Outcome Profiles (PSYCHLOPS - versão pré-tratamento; Ashworth et al., 2004; versão portuguesa com todos os direitos reservados © 2013, Universidade de Évora, King's College London, Cis-IUL, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL) - Medida individualizada de auto-relato que oferece ao paciente a possibilidade de desenvolver três itens de maior relevância do seu estado clínico, que abrange três domínios (problemas, funcionalidade e bem-estar percebido). As características psicométricas do PSYCHLOPS têm sido amplamente estudadas, verificando-se que este instrumento é mais sensível a mudanças clínicas e que é percebido pelos terapeutas como uma medida complementar às medidas nomotéticas, fundamental para a interação terapeuta-paciente (Ashworth et al., 2009; Ashworth et al., 2005a; Ashworth et al., 2005b; Czachowski et al., 2011; Evans et al., 2010; Hédinsson, Kristjánsdóttir, Ólason, & Sigurosson, 2013).

Clinical Outcomes in Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM; Evans et al., 2000; versão portuguesa Sales, Moleiro, Evans, & Alves, 2012) - Instrumento de auto-relato constituído por 34 itens que avaliam o bem-estar psicológico dos pacientes, nas dimensões de bem-estar, funcionamento social, problemas/sintomatologia e risco. É normalmente aplicado antes da terapia e funciona como um indicador de mudança psicológica se aplicado também durante e depois do processo terapêutico.

Patient Health Questionnaire – 9 itens (PHQ-9; Kroenke & Spitzer, 2002; versão portuguesa Monteiro, Torres, Pereira, Albuquerque, & Morgadinho, 2013) - Instrumento de 9 itens de auto-relato, traduzido e adaptado para a população portuguesa, específico para medir a severidade da depressão de acordo com os critérios do DSM-IV-R (APA, 2000).

Procedimento

O procedimento de recolha de dados foi adaptado às rotinas de cada serviço de forma a interferir o menos possível. O PSYCHLOPS foi administrado em primeiro lugar, seguido dos instrumentos nomotéticos por ordem aleatória. Todos os instrumentos eram de autopreenchimento (exceto em situações de falta de óculos ou dificuldades na leitura, em que foram preenchidos com ajuda do assistente de investigação). Após completar o protocolo de recolha de dados, o paciente seguia para a consulta com o terapeuta.

A análise de dados seguiu os seguintes passos:

OUVIMOS O PACIENTE MAS CAPTAMOS A HISTÓRIA?

1) Codificação dos itens: os itens desenvolvidos pelos pacientes foram codificados utilizando um sistema de classificação originalmente proposto por Robinson e colaboradores (2006). Este sistema codifica os itens em 61 subtemas referentes a 8 áreas temáticas. Este sistema de classificação foi utilizado por ser abrangente e descritivo da perspectiva do paciente em relação à sua condição clínica (Ashworth et al., 2007). Neste estudo, se uma resposta não pertencesse claramente a um subtema do sistema de classificação, um novo subtema era criado. A validade deste método foi assegurada por três juízes independentes que codificaram os itens de resposta ao PSYCHLOPS de forma independente. Em caso de discordância, o supervisor do estudo era consultado. Quando os pacientes enunciaram mais do que um problema na mesma resposta, apenas o primeiro foi considerado para análise (Ashworth et al., 2007).

2) Correspondência dos itens: A listagem final de subtemas derivada das respostas ao PSYCHLOPS foi comparada com os itens do CORE-OM e do PHQ-9. Dois juízes analisaram de forma independente se cada subtema correspondia ou não a itens do CORE-OM e do PHQ-9. A correspondência foi atribuída de acordo com as seguintes categorias: a) *Definitivamente sim* – quando existe correspondência direta e clara; b) *Possivelmente sim* – quando o subtema indica um problema que provavelmente está relacionado com um item do CORE-OM/PHQ-9; c) *Possivelmente não* – quando um subtema é vago ou geral, podendo ou não estar associado a itens do CORE-OM/PHQ-9; d) *Definitivamente não* – subtemas com conteúdos distintos e sem correspondência com itens do CORE-OM/PHQ-9. Quando não era possível os juízes chegarem a acordo no processo de correspondência, um terceiro juiz era consultado e eram comparadas as respostas originais dos itens desenvolvidos no PSYCHLOPS no sentido de perceber de forma mais clara se o subtema associado à resposta estava ou não representado no CORE-OM ou PHQ-9.

3) Análise descritiva: calculou-se a frequência relativa de cada subtema indicado nas respostas ao PSYCHLOPS, a frequência de pacientes que indicaram cada subtema no PSYCHLOPS, quantos pacientes indicaram pelo menos um subtema não representado no CORE-OM e no PHQ-9 e a frequência da não correspondência de itens. Para esta análise foi utilizado o software IBM SPSS Statistics 21®.

RESULTADOS

Os 107 pacientes que constituíam a amostra enunciaram 279 respostas ao PSYCHLOPS (86,9%), num total possível de 321 respostas. Foram identificados itens correspondentes a 47 dos 61 subtemas do sistema de classificação original (Ashworth et al., 2007). A estes 47 subtemas, foram ainda adicionados 4 novos subtemas desenvolvidos a partir dos itens enunciados pelos pacientes: “tentativa de suicídio”, “auto-mutilação”, “problemas relacionados com os estudos”, “problemas relacionados com a justiça”. Para este estudo foram identificados um total de 51 subtemas.

O subtema mais identificado pelos pacientes foi “problemas relacionados com o trabalho” (26%), seguido de “dificuldades de relacionamento: família – preocupação com outro” (23%) e “comportamentos aditivos” (19%).

Dos 51 subtemas identificados no PSYCHLOPS, aproximadamente um terço (33,3%) não tem correspondência com nenhum item do CORE-OM (categoria “Definitivamente não”). A percentagem é ainda maior no que diz respeito ao PHQ-9, em que a maioria dos subtemas (84,3%) não tem correspondência com nenhum item do instrumento.

Verificou-se também que 73,8% dos pacientes indicaram pelo menos uma resposta que não está prevista em nenhum dos itens do CORE-OM, sendo que os mais frequentes foram: “problemas relacionados com o trabalho” (26%), “dificuldades de relacionamento: família – preocupação com outro” (23%), “preocupações com dinheiro” (14%). Considerando o PHQ-9, praticamente toda a amostra (96,2% dos pacientes) indicou pelo menos uma resposta que não está identificada em nenhum item do PHQ-9.

DISCUSSÃO

Este estudo pretende contribuir para as investigações que têm sido realizadas nesta área da avaliação personalizada do paciente. Como tal, procurou-se contrastar os itens do PSYCHLOPS com duas medidas nomotéticas - CORE-OM e do PHQ-9 - numa amostra portuguesa. De uma forma geral, os resultados confirmam a tendência anteriormente verificada por Ashworth et al., (2007) de que os pacientes acrescentam informação nova e relevante quando lhes é dada a oportunidade de estarem envolvidos no seu processo de avaliação clínica. No entanto, não se pode realizar uma comparação direta de resultados entre os dois estudos, sendo que para este trabalho foram realizados alguns ajustes ao sistema de classificação originalmente utilizado. Foram acrescentados 4 subtemas e reformulado o sistema de correspondência dos itens (neste estudo foi utilizada uma escala de classificação de 4 pontos, sendo que no estudo original foi utilizada uma escala de 3 pontos – *sim*, *possivelmente sim* e *não*). Note-se que esta reformulação do sistema de classificação pode ser utilizada em possíveis estudos nesta linha de investigação, visto ser mais descritiva e possivelmente mais abrangente do processo de categorização.

A percentagem de não correspondência de itens é muito mais elevada no PHQ-9 do que no CORE-OM. Esta discrepância na correspondência pode ser justificada pelo facto do PHQ-9 conter menos itens que o CORE-OM, sendo uma medida de diagnóstico para Perturbações Depressivas (DSM-IV-R) em contraste com o CORE-OM que abrange vários domínios do bem-estar psicológico. Torna-se fundamental em estudos futuros avaliar se esta discrepância na correspondência de itens se mantém quando a comparação é feita com medidas mais específicas que identificam preocupações predominantes identificadas no PSYCHLOPS (ex. comparação do PSYCHLOPS com uma medida relacionada com problemas no local de trabalho).

Os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância das medidas individualizadas em captar os problemas que o paciente considera ser de maior preocupação para a sua história clínica. Coloca-se então a questão de que será que os instrumentos nomotéticos não deveriam ser alinhados de forma mais clara com os problemas que o paciente identifica nas medidas individualizadas? Ou a utilização simultânea de medidas nomotéticas e individualizadas será o suficiente para captar os problemas que o paciente considera ser mais importantes? Para estudos futuros seria importante responder a estas questões e também avaliar se com a utilização destas medidas individualizadas o paciente se sente mais envolvido no seu processo terapêutico e quais as suas implicações.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: Author.

Ashworth, M., Evans, C., & Clement, S. (2009). Measuring psychological outcomes after cognitive behavior therapy in primary care: A comparison between a new patient-generated measure “PSYCHLOPS” (Psychological Outcome Profiles) and “HADS” (Hospital Anxiety and Depression Scale). *Journal of Mental Health, 18*, 169-177. doi:10.1080/09638230701879144

Ashworth, M., Robinson, S., Evans, C., Shepherd, M., Conolly, A., & Rowlands, G. (2007). What does an idiographic measure (PSYCHLOPS) tell us about the spectrum of psychological issues and scores on a nomothetic measure (CORE-OM)? *Primary Care and Community Psychiatry, 12*, 7-16. doi: 10.1080/17468840701560805

Ashworth, M., Robinson, S., Godfrey, E., Parmentier, H., Sheperd, M., Christey, J., Matthews, V. (2005a). The experiences of therapists using a new client-centred psychometric instrument, ‘PSYCHLOPS’ (‘Psychological Outcome Profiles’). *Counselling and Psychotherapy Research: Linking research with practice, 5*, 37-42. doi:10.1080/14733140512331343886

Ashworth, M., Robinson, S., Godfrey, E., Sheperd, M., Evans, C., Seed, P., Tylee, A. (2005b). Measuring mental health outcomes in primary care: the psychometric properties of a new patient-generated outcome measure, "PSYCHLOPS" (psychological outcome profiles). *Primary Care Mental Health, 3*, 261-270.

Ashworth, M., Shepherd, M., Chistey, J., Matthews, V., Wright, K., Parmentier, H., Godfrey, E. (2004). A client-generated psychometric instrument: the development of "PSYCHLOPS". *Counseling and Psychotherapy Research: Linking research with practice, 4*, 27-31. doi:10.1080/14733140412331383913

Czachowski, S., Seed, P., Schofield, P., & Ashworth, M. (2011). Measuring psychological change during cognitive behavior therapy in primary care: a Polish study using 'PSYCHLOPS' (Psychological Outcome Profiles), in a non-clinical student sample. *British Journal of Guidance and Counselling, 38*, 431-439.

Evans, C., Ashworth, M., & Peters, M. (2010). Are problems prevalent and stable in non-clinical populations? Problems and test-retest stability of a patient-generated measure, 'PSYCHLOPS' (Psychological Outcome Profiles), in a non-clinical student sample. *British Journal of Guidance and Counselling, 38*, 431-439. doi: 10.1080/03069885.2010.503701

Evans, C., Mellor-Clark, J., Margison, F., Barkham, M., Audim, K., Connell, J., & McGrath, G. (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health, 9*, 247-255. doi:10.1080/jmh.9.3.247.255

Elliott, R., Wagner, J., Sales, C., Rodgers, B., Alves, P., & Café, M. (2015). Psychometrics of the Personal Questionnaire: A Client-Generated Outcome Measure. *Psychological Assessment*. Jun 15. [Epub ahead of print]

Fitzpatrick, R., Davey, C., Buxton, M. J., & Jones, D. R. (1998). Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials: a review. *Health Technology Assessment, 2*, 1-86. doi:org/10.3310/hta2140

Hédinsson, H., Kristjánisdóttir, H., Ólason, D., & Sigurosson, J. (2013). A validation and replication study of the patient-generated measure PSYCHLOPS on an Icelandic Clinical Population. *European Journal of Psychological Assessment, 29*, 89-95. doi:org/10.1027/1015-5759/a000136

Kroenke, K., & Spitzer, R. (2002). The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure. *Psychiatric Annals, 32*, 509-521. doi: 10.3928/0048-5713-20020901-06

Monteiro, S., Torres, A., Pereira, A., Albuquerque, E., & Morgadinho, R. (2013). Preliminary validation study of a portuguese version of the patient health questionnaire (PHQ-9). *European Psychiatry, 28*, 12-19. doi: 10.1016/S0924-9338(13)76982-7

Robinson, S., Ashworth, M., Shepherd, M., & Evans, C. (2006). In their own words: a narrative-based classification of clients' problems on an idiographic outcome measure for talking therapy in primary care. *Primary Care Mental Health, 4*, 165-173.

Sales, C., & Alves, P. (2012). Individualized patient-progress systems: why we need to move towards a personalized evaluation of psychological treatments. *Canadian Psychology, 53*, 115-121. doi:org/10.1037/a0028053

Sales, C., Alves, P., Evans, C., & Elliott, R. (2014). The Individualised Patient-Progress System: A decade of international collaborative networking. *Counselling and Psychotherapy Research Linking research with practice, 14*, 181-191. doi:10.1080/14733145.2014.929417

Sales, C., Gonçalves, S., Fragoeiro, A., Noronha, S., & Elliott, R. (2007). Psychotherapists Openness to Routine Naturalistic Idiographic Research? *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice, 145* – 161. doi: 10.5920/mhldrp.2007.42145

Sales, C., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. (2012). The Portuguese version of the CORE-OM: translation, adaptation, and preliminary study of psychometric properties. *Revista de Psiquiatria Clínica, 39*, 54-59.