



Faculty of Social Sciences



Tilpasning af psykoterapi til klienten: Evidensbaserede principper

Stig Poulsen

DPSP seminar

Fredag d. 7. oktober 2016



Indhold

- Styrker og svagheder ved randomiserede kontrollerede forsøg (RCT)
- Behov for et bredere evidensbegreb
- Principper for tilpasning af terapien til den enkelte klient

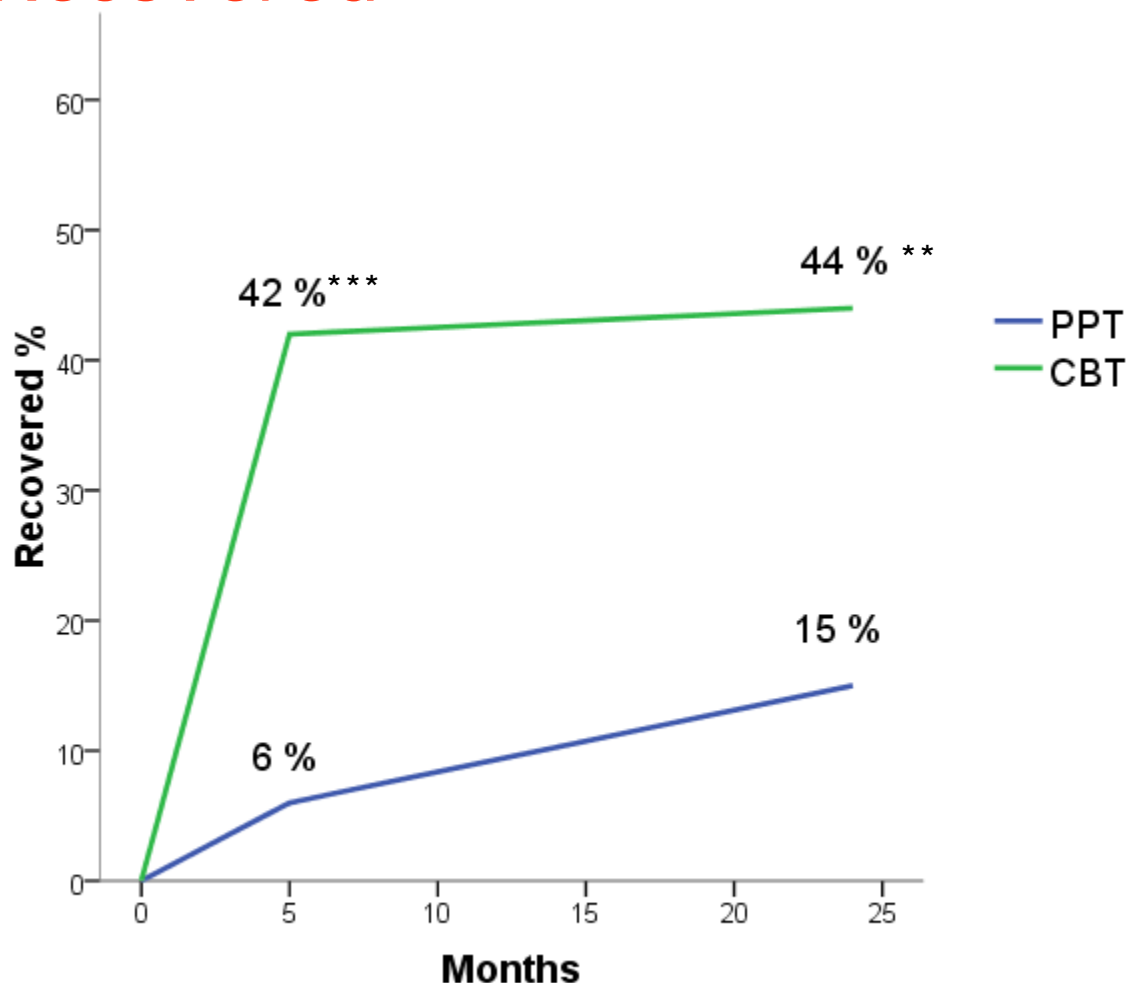


Styrker ved randomiserede kliniske forsøg

- Dokumentation af psykoterapieffekt gennem randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) har betydet en radikal ændring af psykoterapiens status indenfor psykiatrien: Ligeværdig og anerkendt behandlingsform
- Randomiserede kontrollerede forsøg kan korrigere vanetænkning og ideologisk forankret bias
- Poulsen et al. (2014):
 - 70 pt. randomiseret til hhv. 20 uger CBT og 2 år psykoanalytisk psykoterapi
 - Hovedudbyttetmål: Frekvens af patienter helt uden overspisninger og opkastninger i den seneste måned



Recovered



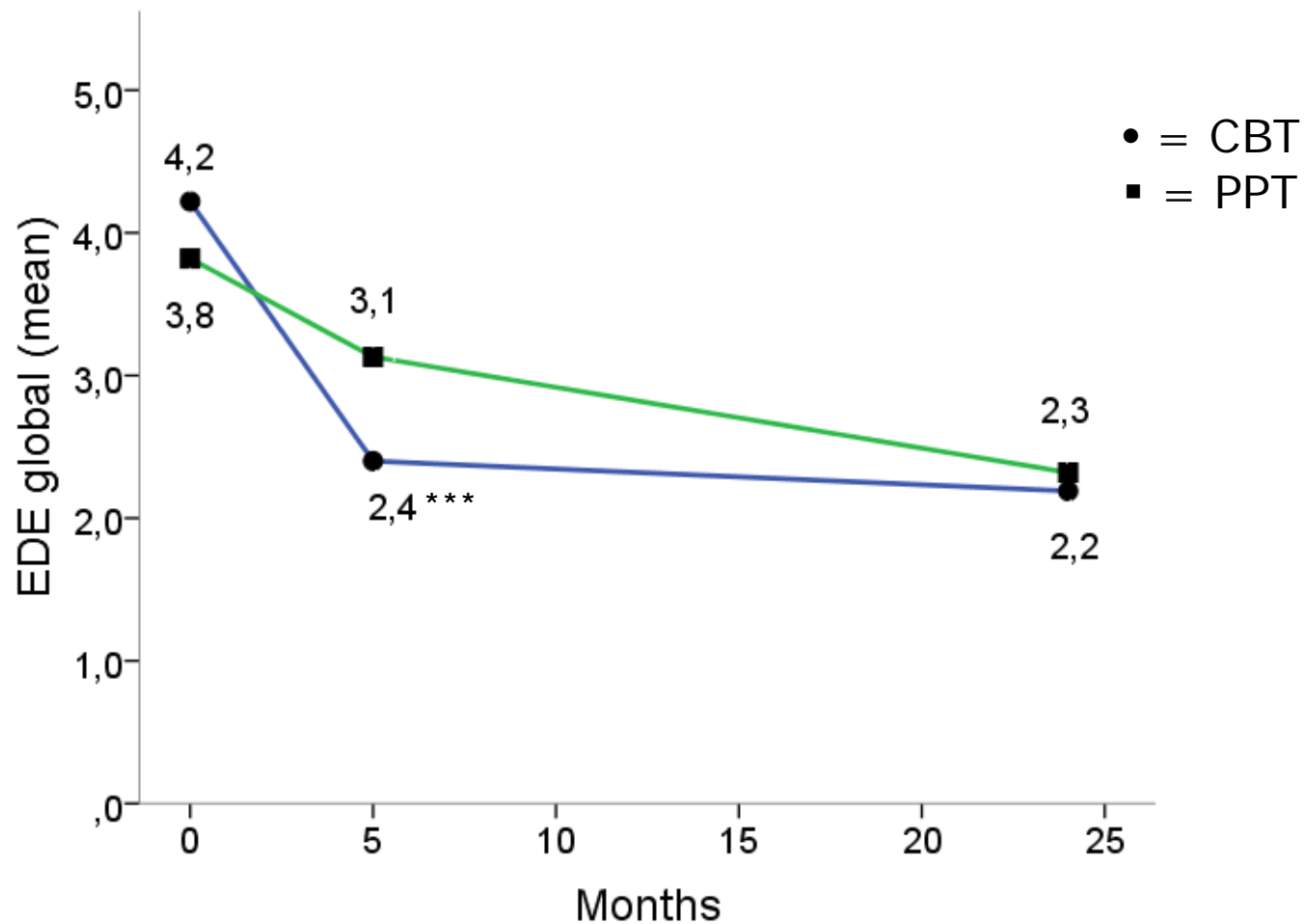
Comparison, CBT 5 mth / PPT 24 mth: Odds ratio=4.41; $p=0.03$.

Comparison, CBT 5 mth / PPT 5 mth: Odds ratio=13.40; $p<0.01$.

Comparison, CBT 24 mth / PPT 24 mth: odds ratio=4.34; $p=0.02$.



EDE global



Comparison, CBT 5 mo/PPT 5 mo: $t=3.59$, $p=.001$

Comparison, CBT 24 mo/PPT 24 mo : $t=.21$, $p=.832$



Problemer ved RCT

- Overordnet problem: Viser forskelle i gennemsnitlig effekt, men ikke, hvem der har gavn af behandlingen – og rigtig mange har ikke tilstrækkeligt behandlingsudbytte
 - Copenhagen Bulimia Trial:
 - 56% i CBT ikke symptomfri
 - Især patienter med meget restriktiv spisning havde vanskeligt ved CBT
- Forsimplet effektbegreb
 - Lunn, Poulsen & Daniel (2012): "Poor outcome" dækker over udtalt tilfredshed
- Fokuserer på terapiformens bidrag til effekt – ikke i udgangspunktet på terapeut- og klientfaktorer eller på tilpasning af terapien til disse klientfaktorer (fokus i dette oplæg)



Tilpasning af terapien til klienten

- Svarer til *personalized* eller *precision medicine*-tankegangen (Ozomaro et al., 2013)
- Stiles et al. (1998): Responsivity
 - Både terapeutens og klientens adfærd, tænkning og følelser er påvirket af den terapeutiske kontekst (inkl. karakteristika og adfærd hos deltagerne), som er i bestandig udvikling
 - Kontrast til "ballistisk" forståelse af psykoterapi, hvor behandlingen kan tilrettelægges fra starten og gennemføres uændret
 - Derfor er tilpasning af terapien til klienten ikke bare nødvendig, men uundgåelig
 - Optimal tilpasning er ikke bare tilpasning til klientens ønsker, men også til klientens behov



Niveauer for responsivitet

- Valg af behandlingsform:
 - Terapiform tilpasset klientens problemstilling og / eller personlighedskarakteristika (Norcross (Ed.), 2011)
- Behandlingsstrategier (langsigtede mål baseret på overordnede forståelser):
 - Caseformulering
 - Strategien kan ændres gennem behandlingen
- Behandlingstaktikker (veje til indfrielse af målet i den konkrete situation):
 - Valg af teknikker og foci (baseret på kliniske markører)
 - Her-og-nu responsivitet (tilpasning i øjeblikket)



Forskning i responsivitet

- Der eksisterer en omfattende empirisk forskning på alle disse områder
- Forskningen er mangelfuld, giver kun få entydige svar og har endnu kun begrænset betydning i forhold til konkrete kliniske beslutninger, men viser overordnet set, at der er evidens for, at tilpasning af psykoterapi til den enkelte klient er relateret til øget effekt



Valg af behandlingsform

- Norcross (Ed.) (2011): *Psychotherapy Relationships That Work (2. Ed.)*
 - Demonstreret virksomme tilpasningsfaktorer:
 - Præferencer
 - Modstandsniveau
 - Kultur
 - Religion / spiritualitet
 - Formodentlig virksomme:
 - Forandringens faser
 - Coping stil
 - Lovende:
 - Forventninger
 - Tilknytningsstil



Klientens præferencer

At imødekomme klientens terapeutiske præferencer, hvad enten de vedrører:

- klientens rolle i terapien (terapeuten giver råd vs. terapeuten overlader styringen til pt.; gruppe eller individuel etc.)
- præferencer vedr. terapeutens alder, etnicitet etc.
- behandlingspræferencer (fx psykodynamisk eller kognitiv),

har positiv betydning for både:

- frafald
- udbytte



Øvrige tilpasningsvariable

- "Modstand": Jo mindre tilbøjelig en klient til at underordne sig autoriteter, jo mere bør styringen af terapien overlades til klienten (evt. gennem valg af en mindre styrende terapi – fx psykodynamisk)
- Behandlinger, der er tilpasset klientens særlige kulturelle baggrund, er typisk mere effektive end standardbehandling



Tilknytning (lovende)

- Adult Attachment Interview (AAI, Main & George, 1985):
 - Tre tilknytningsmønstre:
 - Sikker: Kan diskutere relationer fra barndommen på en nuanceret måde
 - Opslugt/overinvolveret: Bliver overvældet af følelser, fortællingen bliver usammenhængende
 - Afvisende/undgående: Kortfattede historier om barndomsoplevelser, idealisering af barndommen, men uden konkrete eksempler



Betydningen af tilknytning for udbytte

- Er komplementær eller non-komplementær relation mellem tilknytningsstil og terapiform bedst? – Ikke entydige forskningsresultater
 - McBride et al. (2006): Pt med høj avoidance har bedre udbytte af CBT (komplementær relation)
 - Tasca et al. (2006): Klienter med høj ængstelig tilknytning (~overinvolveret) klarer sig bedst i dynamisk gruppeterapi for bulimi – klienter med lav ængstelig tilknytning klarer sig bedst i kognitiv gruppeterapi for bulimi (komplementær relation)
 - Tyrell et al. (1999): Bedst udbytte ved non-komplementaritet mellem pt's og tp's tilknytning (non-komplementær relation)
- Spørgsmålet er formodentlig for simpelt formuleret – mangler tidsdimension



Daly & Mallinckrodt (2009)

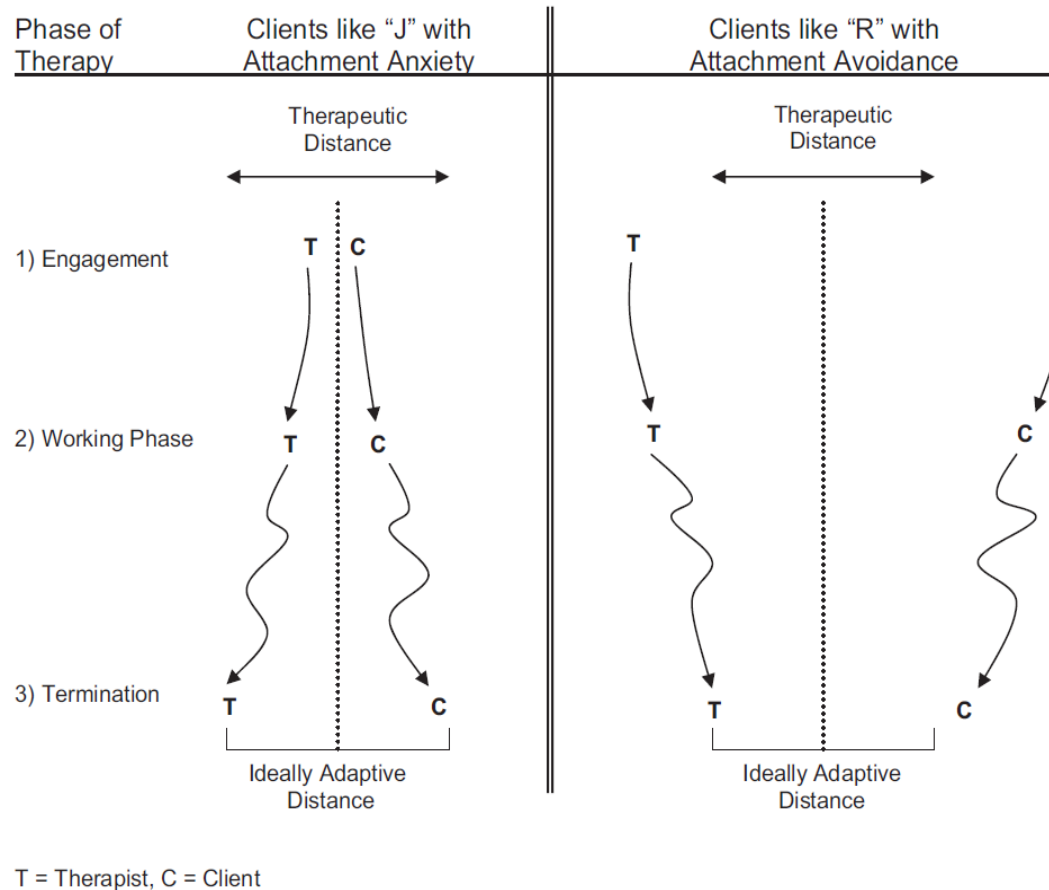


Figure 1. Management of therapeutic distance to facilitate a corrective emotional experience for clients with attachment avoidance or anxiety.

Niveauer for responsivitet

- Valg af behandlingsform:
 - Terapiform tilpasset klientens problemstilling og / eller personlighedskaraktetika
 - Aptitude-treatment interaction
 - Norcross (Ed.) (2011)
- Behandlingsstrategier (langsigtede mål baseret på overordnede forståelser):
 - **Caseformulering**
 - Strategien kan ændres gennem behandlingen
- Behandlingstaktikker (veje til indfrielse af målet i den konkrete situation):
 - Valg af teknikker og foci (baseret på kliniske markører)
 - Her-og-nu responsivitet (tilpasning i øjeblikket)



Caseformulering

- Kendjelic & Eells (2007): Generisk psykoterapi caseformulering (pkt. 1-4)
 1. Symptomer og problemer
 2. Forudgående / udløsende belastninger
 3. Disponerende begivenheder og betingelser
 4. En antaget forklarende mekanisme, der kan gøre rede for sammenhængen mellem de forudgående tre komponenter, ex. (Eells, 2007):
 - Dynamisk: Ubevidste konflikter og processer; indre objektrelationer
 - CBT: U hensigtsmæssige tanker om selv, omverden og fremtiden; skemata
 5. Behandlingsplan
- Blandet evidens for effekten af caseformulering – formodentlig af størst betydning ved komplekse

cases

07.10.16
Slide 17



Niveauer for responsivitet

- Valg af behandlingsform:
 - Terapiform tilpasset klientens problemstilling og / eller personlighedskarakteristika
 - Aptitude-treatment interaction
 - Norcross (Ed.) (2011)
- Behandlingsstrategier (langsigtede mål baseret på overordnede forståelser):
 - Caseformulering
 - Strategien kan ændres gennem behandlingen
- Behandlingstaktikker (veje til indfrielse af målet i den konkrete situation):
 - Valg af teknikker og foci + her-og-nu responsivitet (baseret på **monitorering**: Formaliseret feedback og kliniske markører)



Feedback fra klienter

Grundprincip:

- Klient udfylder spørgeskema vedrørende symptomer siden sidst før sessionen og spørgeskema vedrørende sessionen, herunder relationen til terapeuten efter sessionen
- Løbende beregning af om klientens bedring ligger indenfor på de forventede fremskridt fra session til session baseret på niveauet af klientens problemer ved starten af terapien

Duncan & Miller:

- Outcome Rating Scale (ORS)
- Session Rating Scale (SRS)

Lambert (2007):

- Outcome Questionnaire-45



Feedback fra klienter

- Hannan, Lambert et al., 2005 (N=550):
- Terapeuterne forudsagde, at 3 klienter ville få det værre
- En af disse fik det faktisk værre – sammen med 39 andre klienter, som terapeuterne ikke havde forudsagt ville få det værre
- Computersystemet identificerede 77% af de, der fik det værre – sammen med et ret stort antal falsk positive



Feedback fra klienter

Lambert (2007):

- Terapeuter får automatisk feedback, hvis OQ-45 angiver, at en klient er i risiko for et dårligt udbytte
- Fire feedback typer:
 - Ingen feedback
 - Terapeuten får feedback om, at klienten ikke bedres som forventet
 - Terapeuten og klienten får feedback om, at klienten ikke bedres som forventet
 - Terapeuten får feedback + kort standardiseret rådgivning om, hvad hun kan gøre (alliance, parathed til forandring, social støtte, revurder diagnose, overvej medicin)
- For "risikoklienterne" var der klart bedre og stigende udbytte i alle disse feedbackgrupper



Effects of feedback

- Effects of feedback are highly variable (Knaup et al., 2009; Carlier et al., 2010)
- Largest effects found in studies by Michael Lambert and colleagues using OQ-45 (including Whipple et al., 2003):
 - Effect of OQ-progress feedback to therapists on at-risk clients:
 - Feedback condition: 38% clinically significant improvement; 9% deteriorate
 - Non-feedback: 22% improve; 20 % deteriorate
 - Effect of OQ-feedback to therapists and clients:
 - Feedback condition: 45% improve; 15% deteriorate (!)
- PCOMS / FIT: Similar effect sizes, fewer studies



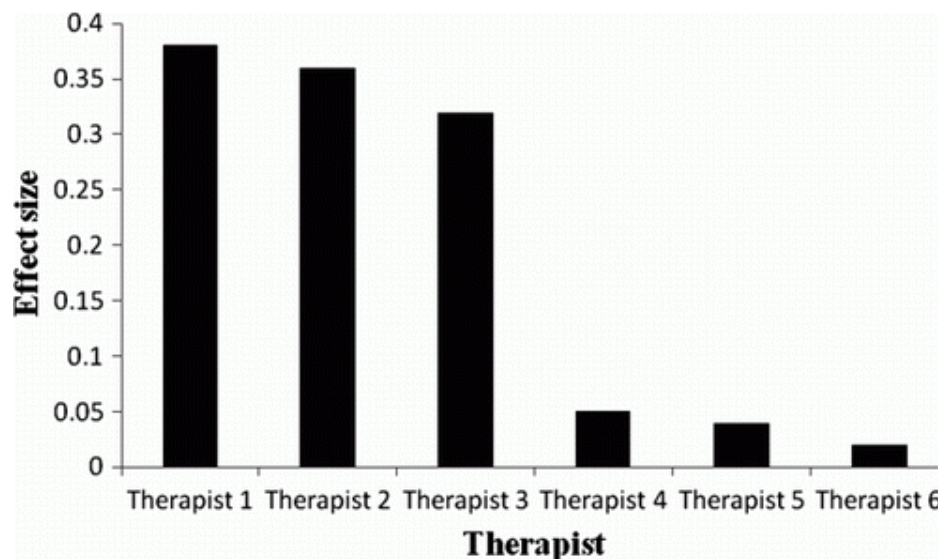
Effect of feedback on group therapy for ED

- Davidsen, Poulsen et al. (under revision)
 - 159 patients referred to group psychotherapy for BN, BED or EDNOS at PCS
 - Randomized to either group therapy as usual or group therapy + ORS & SRS
 - Feedback did *not* affect
 - the rate of attendance (0.59 vs 0.58; $p = 0.96$),
 - the severity of symptoms (2.03 vs 2.02; $p = 0.46$)
 - or any of the exploratory outcomes (p -values from 0.06 to 0.67)



Therapist factors influencing feedback

- Simon et al. (2012):
 - Substantial differences in therapist improvement after feedback



- The therapists had very heavy caseloads and seemed demoralized by organizational changes (cf. de Jong, 2012)



Therapist factors influencing feedback

- De Jong (2012):
 - Feedback only effective with therapists that actively use the feedback in the interaction with the client
 - Therapist variables important:
 - Among therapists receiving feedback, therapists with high self-efficacy have patients with a higher rate of change
 - Therapists with internal feedback propensity had patients with a slower rate of change (regardless of whether the therapist had received feedback)



Therapist factors influencing feedback

- Tracey, Wampold, Lichtenberg & Goodyear (2014):
 - Therapist experience is only weakly related to client outcome
 - Deliberate practice is necessary – and a key component in deliberate practice is to actively exploit the information inherent in errors
 - Clinicians' self-confidence grow with experience
 - Attention to feedback and focus on errors is less likely with growing confidence (the secret behind the success of novice therapists?)



Therapist factors influencing feedback

- Nissen-Lie, Rønnestad et al. (2015): Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist:
 - Therapists who reported higher professional self doubt seemed to evoke more change in client interpersonal distress if they also had a self-affiliative introject, i.e. treat themselves with love, care and tolerance.

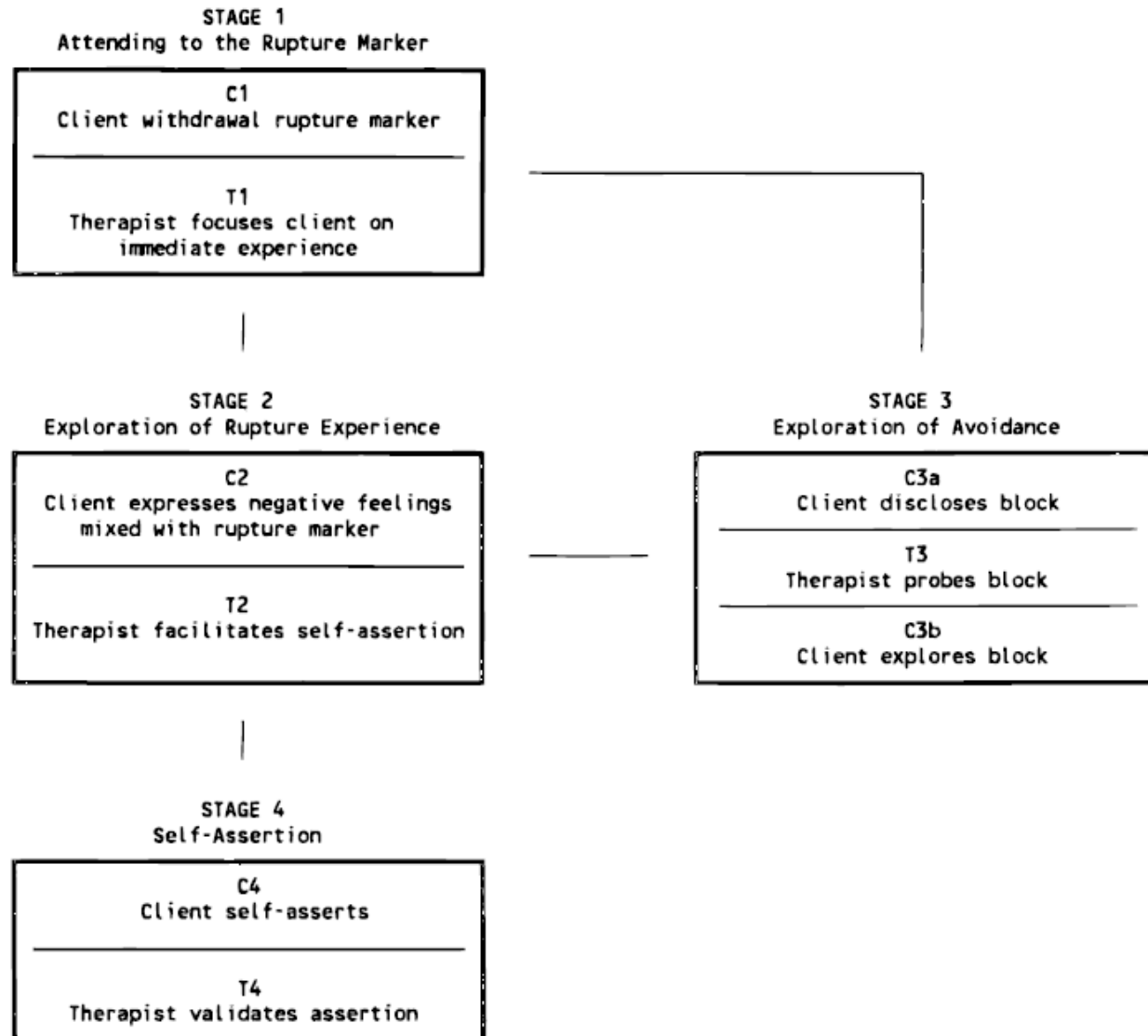


Monitorering og tilpasning af terapien

- "Aktuarisk" gennem systematisk feedback (Lambert & Shimokawa, 2011 – se også Dawes, Faust & Meehl, 1989)
- Klinisk baseret gennem opmærksomhed på kliniske "markører"
 - Dynamisk: Ex Modoverføring (Gabbard, 2001); "Listening to listening" (Faimberg, 1996)
 - Emotions-fokuseret: Markører, fx Self-critical split (Elliott et al., 2004)
 - Brief relational therapy: Alliancebrud og –heling (Safran & Muran, 2000)



Brud på og heling af alliancen



Implikationer for terapeuter

- Terapeuten bør:
 - Lade sig informere evidens-baseret terapi, når denne findes
 - Undgå at praktisere nogen terapiform for rigidt
 - Tilpasse terapien eller henvise klienten på basis af klientkarakteristika og præferencer
 - Sikre at klientens oplevelse af terapien bliver hørt og brugt (fx ved systematisk feedback)
 - Løbende monitorere den terapeutiske proces ud fra den eksisterende viden om kliniske procesmarkører (teori- og forskningsbaseret)

