



UiO : **Department of Psychology**
University of Oslo

Viten om vedvarende effekt & vekst etter avslutning av psykoterapi

-Vidar Blokhus Ekroll
Psykolog & PHD-Stipendiat



Disposisjon

- Gjennomgang av tidligere forskning rundt langtidseffekter av psykoterapi
 - Generelt om tema
 - Potensielle prediktorer/moderatorer
 - Potensielle mediatorer (prosesser/mekanismer)
- Relevante funn fra eget PHD-prosjekt
- Oppsummering og mulige implikasjoner

Begrepsavklaring

- Prosesser, endringer og utfall
- Langtidseffekt
- Post-terapi-bevegelse

Avgrensning

- Voksne klienter
- Hovedsakelig i forbindelse med
Depresjon/Angst/Personlighetsproblematikk

Langtidseffekter av psykoterapi

- Vi vet en del om effekter av psykoterapi på kort sikt
- Mindre kunnskap om langtidseffekter:
 - Kun liten andel studier med over 1 års follow-up
 - Lite evaluering av langtidseffekter i helsevesen
- Risiko for at kortsiktig gevinst blir prioritert fremfor langsiktig
- Grunner til å være opptatt av langtidseffekter:
 - maksimering av klienters velvære og funksjon over tid
 - samfunnsøkonomi
 - teoretisk interessant

Tidligere forskning

Noen generelle funn:

- Typisk mer endring under enn etter terapi (Lieberman, 1978; Nicholson & Berman, 1983; Lambert, 2011)
- Men enkelte tilstander har fremdeles betydelig tilbakefallsrate (e.g., Ludgate, 1998)

Ulike behandlingsformer

Psykoterapi vs. medikamentell behandling:

- Tendens til at psykoterapi gir mer varig effekt (f.eks. De Maat et al., 2006; Imel et al., 2008).
- Ofte basert på sammenligning av CBT vs Antidepressiva (SSRI) ved depresjon.
- Lik responsrate ved avslutning, medikamentell behandling brattere tilbakefallsrate deretter (f.eks. Hollon, Stewart & Strunk, 2006).
- = Psykoterapi innebærer mer enn umiddelbar lindring?

DeRubeis, Siegle & Hollon, 2008:

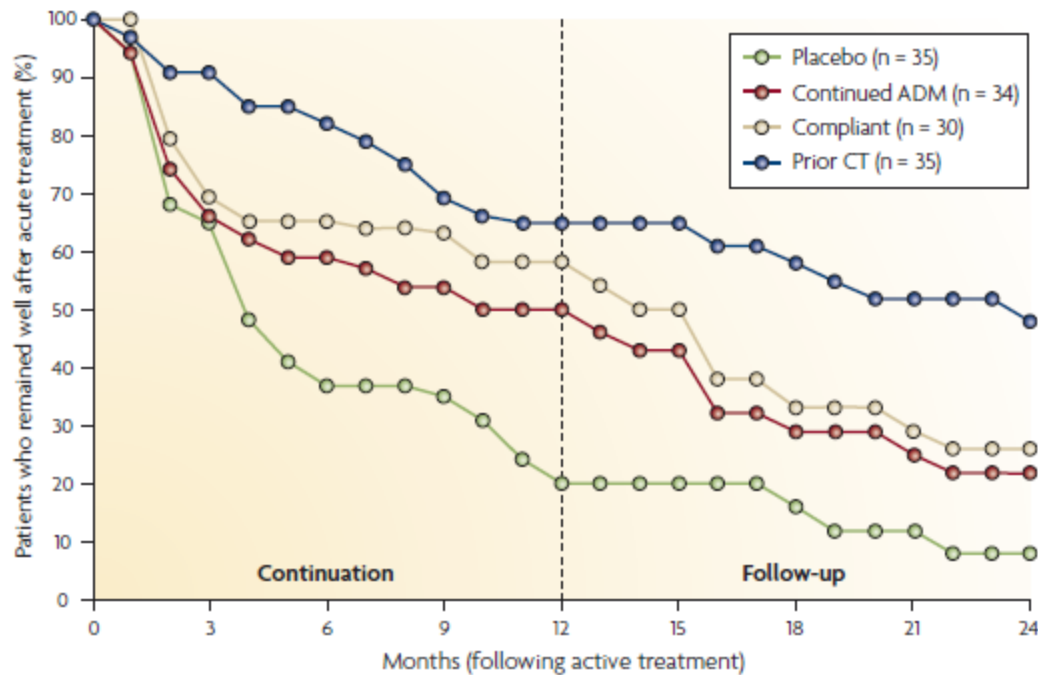


Figure 2 | Less relapse after cognitive therapy compared with antidepressant medication. The second phase of the parent antidepressant medication (ADM) versus cognitive therapy (CT) study³⁵ followed patients who had responded to ADM or to CT³⁸. Patients who had responded to ADM were randomly assigned to either continue ADM treatment for one year (beige and red lines) or to change to placebo treatment for 1 year (green line). Patients who responded to CT were allowed three sessions of CT during the 1-year continuation period. In the follow-up period, none of the patients received any treatment. The figure shows that prior treatment with CT protected against relapse of depression at least as well as the continued provision of ADM, and better than ADM treatment that was subsequently discontinued. Note that the patient group that was given ADM in the continuation year contained a number of patients who did not adhere to the medication regimen. The red line indicates the response of the ADM-continuation group including these non-compliant patients, whereas the beige line shows the response of the patients in this group after the non-compliant patients had been removed from the analysis. Figure modified, with permission, from REF. 38 © (2005) American Medical Association.

Ulike typer psykoterapi

Gjennomsnittlig post-terapi-bevegelse:

- CBT: Relativt stabile effekter (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006)
- Psykodynamisk: Tendens til post-terapi vekst? (Shedler, 2010; Town et al., 2012)
- Humanistisk: Økende effektstørrelser her også? (Elliot et al., 2013)

Ulike typer psykoterapi

Komparative studier:

- Få komparative studier med lang follow-up
- Kun 3 inkludert i nylig metaanalyse av psykodynamisk vs. andre typer psykoterapi (Kivlighan III et al., 2015).
- Hederlige unntak:
F.eks. Poulsen et al., 2014
- Men generelt for tidlig å konkludere
- Individuell variasjon, også ved samme type behandling
- Kanskje kan andre faktorer enn teoretisk tilnærming være
vell så viktig?

Andre faktorer som kan moderere langtidseffekt:

- **Type problematikk**
-depresjon og avhengighet vanskeligere enn angst (Ludgate, 1998, 2009)
- **Residual plager**
-gjenværende plager ved avslutning predikerer tilbakegang (Paykel, 2008, Harkness et al., 2014; Fava et al., 1995)
- **Komorbiditet**
-personlighetsproblematikk i tillegg til akse-I lidelse (Svanborg, Wistedt, & Svanborg 2008; Ilardi et al., 1997; Fava et al., 1995)
- **Egenskaper ved klienter**
-dysfunctional beliefs (Ludgate, 2009; Segal et al., 2006);
mastery/self-efficacy/ attribution style (Liberian, 1978; Powers, Smits, Whitley, Bystritsky, & Telch, 2008)
- **Negative livshendelser** (Ludgate, 1998; Harkness et al., 2014)

Mindre tydelige moderatorer:

- **Behandlingslengde?**
 - Lengre er bedre? (Knekt et al., 2013; Lorentzen et al., 2015; Leichsenring & Rabung, 2011)
 - Mer komplisert enn som så (Høgland, 2003; Leichsering & Leibing, 2003; Sandell et al., 2000)...
- **Form på endringskurve?**
 - Tidlige «Sudden gains» (Haas et al., 2002; Tang et al., 2007) vs. «working through phase» (Rønnestad et al., 2014)

Behandlingsprosesser og mekanismer med relevans for langtids-utfall?

- Få og varierte studier
- Sprikende funn
- Et forsøk på oppsummering følger...

Tema forbundet med positivt langtidsutfall

- Gjøre **klienten** til en **aktiv** bidragsyter til **globale endringer** i og rundt seg selv, med **bevissthet rundt fremtidige utfordringer** (e.g., Ludgate, 2009)
- Fremming av **autonomi/mastery/self-efficacy/indre attribusjoner** hos klient (Lieberman, 1978; Powers et al., 2008; Ulberg, Høglend, Marble & Sørbye, 2009)
- Tilegning av **generelle ferdigheter** som **fortsatt blir brukt etter behandling** (Dugas et al., 2010; Ludgate, 2009)
- **Innsikt og selv-analytisk funksjon** (Falkenström, Grant, Broberg & Sandell, 2007; Høglend et al, 2011)
- **Aktiv (top-down) regulering av emosjoner** (e.g., DeRubies, Siegle & Hollon, 2008)

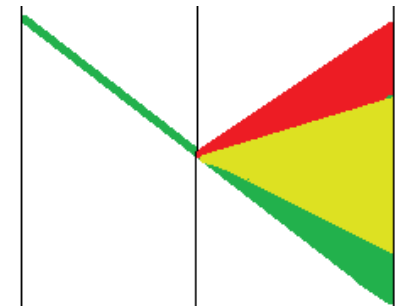
Egen utforskning av tema

Utvalg, fra større psykoterapistudie:

- Ca 50 naturalistiske terapiforløp, utført av erfarne psykoterapeuter i privat praksis.
- Noe variasjon i klienters problematikk, men psykose, stoffmisbruk som hoveddiagnose, kjent nevropsykologisk skade og alder under 18 er eksklusjonskriterier.
- Standardiserte utfalls- og prosessmål + Semi-strukturerte kvalitative intervju.
- Høy temporal følsomhet, data samlet inn ved terapistart, under terapi, ved avslutning og frem til ca 4 år etter avslutning.
- Tilgang til data fra både terapeut og klientperspektiv

Egen utforskning av tema

- **Induktiv** utforskning av prosesser og endringer som **klienter** rapporterer
- Strategisk utvalg $N=16$ (32 i enkelte analyser):
 - bedring på OQ-45 ved avslutning
 - variasjon i post-terapi-bevegelse
- Utforsker kvalitative data fra:
 - timeevalueringsskjemaer
 - avslutningsintervju
 - follow-up intervju
- Beskriver og organiserer innhold (bottom-up). Lager taksonomi av rapporterte prosesser og endringer.
- Rapporter av prosesser og endringer blir så sett i lys av klienters utvikling på OQ-45 over tid

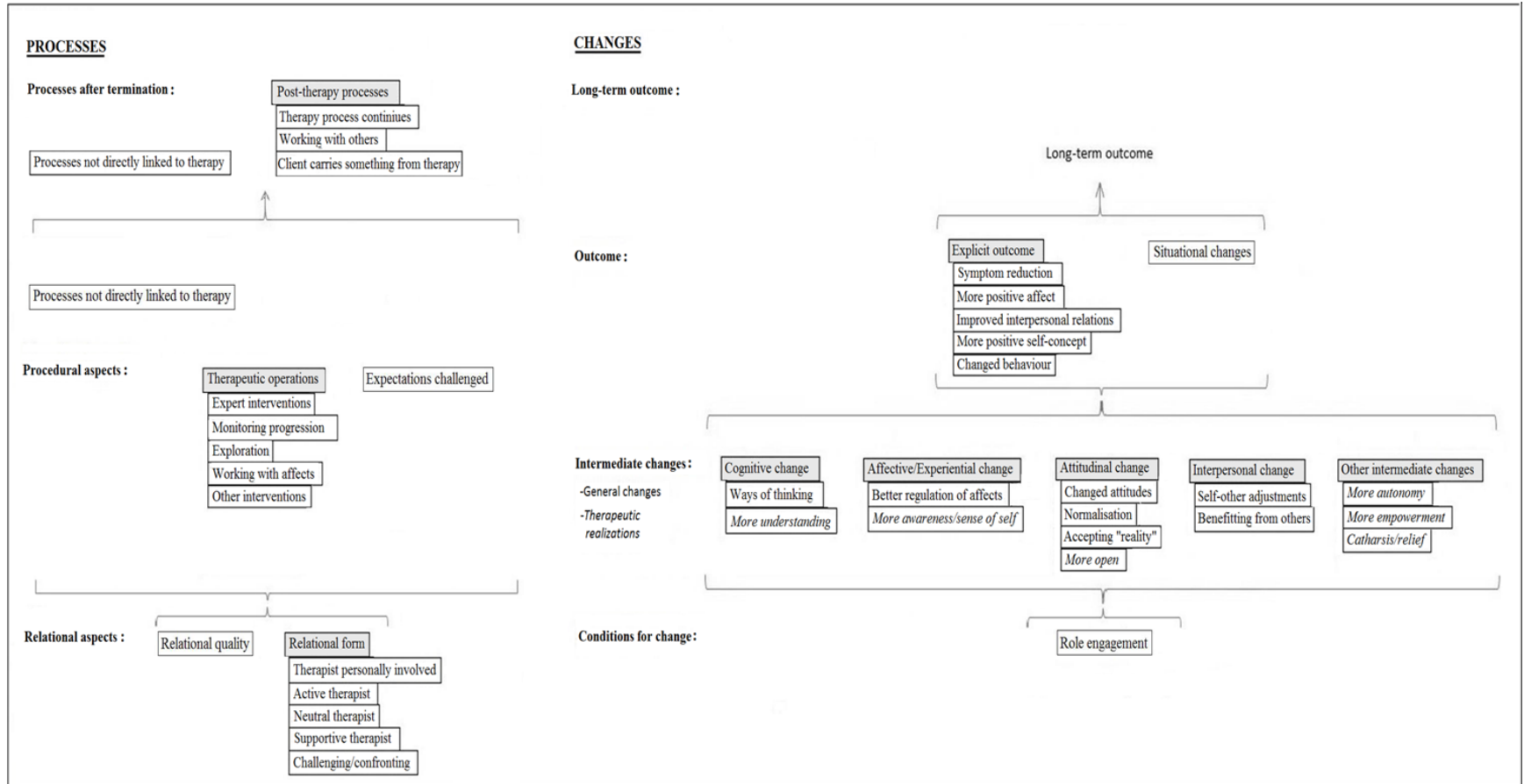


3 Stadier

1. Uforsking av innhold (rapporterte prosesser og endringer)
2. Utforsking av assosiasjoner mellom innhold og post-terapi-bevegelse på gruppenivå
3. Utforsking av utviklingsstier, innen- og på tvers av kasus

Funn stadie 1:

- Klienter setter pris på et bredt spekter av prosesser og endringer
- Mange fortsetter endringsprosess og bærer med seg oppnådde ferdigheter/kunnskap etter terapi



Note. White boxes = Categories. Grey boxes = Clusters of categories. *Italic* = "Therapeutic realizations". **Bold** = level.

Funn studie 2

- Faktorer assosiert med positiv post-terapi-bevegelse i våre data:
 - Allianse og relasjonelle aspekt: klienter vektlegger bånd og at terapeut er aktiv
- Faktorer assosiert med negativ post-terapi-bevegelse i våre data:
 - Ikke komme helt i mål gjennom behandling: klienter opplever positiv affekt etc., men bedring noe overflatisk, ikke alle sentrale problem “løst”

Oppsummering av korrelasjoner fra stadie 2:

Domain:	<u>Correlated with positive post-therapy-movement</u>		<u>Correlated with negative post-therapy-movement</u>	
	Theme:	Code/Category:	Theme:	Code/Category:
Alliance	Therapeutic bond Therapeutic bond Alliance/match	Improved/good relation. Building of bond/trust Methods fit preferences.		
Relational form	Active therapist Active therapist Personally Involved therapist Supportive therapist	Therapist is active Active therapist Therapist sharing own experiences Therapist gives explicit praise		
Procedural aspects	Expectations challenged Specified interventions Learn/practice behavior	Expectations challenged Specified interventions Learn/practice behavior	Normalisation Positive focus Expressing affect Situational	Normalising Inclusion of positive material Expressing affects Processes not linked to therapy.
Type of change	Autonomy Symptom reduction* Symptom reduction*	Less concerned with evaluation. Symptom reduction Less anxiety/unease	More positive affect More positive affect More positive affect Ways of thinking* Ways of thinking* Positive self-concept Catharsis Autonomy	More positive affect More of positive emotion More of positive emotion Ways of thinking More reflection More secure about self Catharsis More autonomy
Therapy complete?			Superficial change Superficial change Superficial change Residual. –affect regulation More therapy needed? More therapy needed?	Temporary change Destructive pattern persists Core-problem not solved Residual.-affect regulation Invitation to contact therapist Wish for more treatment

Note. Bold writing = recurrent themes. **Symptom reduction* and *Ways of thinking* is not considered as recurring as the two significant correlations featuring these variables are based mainly on the same observations. “. ” = text abbreviated.

(Regresjonsanalyse fra studie 2)

- Med 32 kasus
- De aggregerte variablene «relasjonelle aspekt» og «terapeutiske operasjoner» inkludert.
- Kontrollert for bedring under terapi
=Relasjonelle aspekt (men ikke operasjonelle/tekniske) signifikant sammenheng med post-terapi-vekst.

Funn stadie 3

Noen potensielle stier mot gode langtidsutfall:

- “Reflective route towards regulation of affects”

“I was more angry (before)...Back then I would have just emptied my irritation and frustration at my son...instead of...letting the “head” think and say: Ok, how can we help you with this...have a conversation with him instead of just getting mad.”

- “Gaining autonomy through a secure holding relationship”

“I have grown as a person by attending therapy and having an alliance that allowed me to be openly angry and confronting towards the therapist, without feeling nervous. I’ve grown through experiencing that it wasn’t dangerous to be so direct in my anger. Very important. I wouldn’t have dared this without the alliance.”

Funn stadie 3 forts.

Flere stier mot gode langtidsutfall:

- “Opening up as a new relational/emotional experience”

“I’ve experienced how good it feels to interact with someone else, on a more personal level... therapy have helped by giving me the experience of sharing...showing, expressing feelings and showing vulnerability...The most important part has been daring to present more of myself”

- “Lasting acceptance of “reality””

“: -I was thinking “if I just do enough, everything will work out”. The therapist helped me understand that, no...I can’t make that situation so much (better)...I can’t cure her illness.”

Funn 3 forts.:

Noen potensielle stier mot tilbakefall:

- “Residual problems grow and overshadow progress”
- “Core problems remains beneath superficial change”

“I thought I was able to handle things (by ruminating less and thinking more positive), but I see now that I’m not. Because the same pattern persists...I am very good at sabotaging myself...I have an insecurity inside me...in certain situations (when relating with boys) I get desperate and do stupid things...panicking, trying to find out things...doing stupid stuff...then boys think I’m “coco”, and I get even more desperate”

Oppsummering:

- Psykoterapi mer lovende langtidseffekter enn medisin
- Vi vet foreløpig lite om komparative effekter mellom psykoterapitilnærminger.
- Residualplager, komorbiditet, type problematikk, samt personlige egenskaper ved -og situasjon rundt- klienten er assosiert med langtids-prognose.

Kliniske implikasjoner:

- Psykoterapeutisk behandling bør være åpen/bred nok til at alle relevante problemer blir adressert, samt fullstendig nok til at «restplager» er minimert innen avslutning
- Gjøre klient til aktiv agent heller enn passiv mottager av behandling.
- Ulike former for potensielt varig endring:
 - Fortsatt bruk av tilegnede ferdigheter
 - vs.
 - Endring av indre strukturer
 - vs.
 - «Irreversibel» kunnskap/innsikt
- Ulike veier mot varig endring:
 - korrektive emosjonelle opplevelser innen trygg relasjon; refleksjon som tillater affektregulering; Aksept av livsvilkår; osv...

Organisatoriske implikasjoner?

- Varig bedring mer komplisert, men samtidig viktigere mål enn midlertidig lindring.
- Innsnevring av behandlingstilbud, i bredde eller lengde, kan innebære risiko for mer tilbakefall.
-F.eks: «Alle som lider av depresjon skal utelukkende behandles med 10 timer diagnosespesifikk CBT» (Stråmann/Danske pakkeforløp?).
- Forsøk på effektivisering/innsparing som ikke tar helhetlige og langsiktige mål med i regnestykket kan virke mot sin hensikt.

Referanser:

- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nature reviews. Neuroscience*, 9, 788–96.
- De Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., & De Jonghe, F. (2006). Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 16, 566-578.
- Dugas, M. J. Brillion, P., Savard, P., Turcotte, J.Gaudet, A., Ladouceur, R., ...Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 41, 46-58.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17– 31.
- Ekroll, V. B., & Rønnestad, M., H.(2016). Processes and changes experienced by clients during and after naturalistic good-outcome therapies conducted by experienced psychotherapists. *Psychotherapy Research*. ISSN 1050-3307.
. doi: [10.1080/10503307.2015.1119326](https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119326)
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219–257). New York, NY: Wiley.
- Fava, G. A., Zielesny, M., Savron, G., & Grandi, S. (1995). Long-term effects of behavioural treatment for panic disorder with Agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 166, 87-92.
- Harkness KL, Theriault JE, Stewart JG, Bagby RM. (2014) Acute and chronic stress exposure predicts 1-year recurrence in adult outpatients with residual depression symptoms following response to treatment. *Depress Anxiety*, 31, 1-8.
- Hollon, D. H., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.
- Høglend, P. (2003). Long-term effects of brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 13, 271-292.
- Høglend, P., Dahl H.-S. Hersoug, A. G., Lorentzen, S., & Perry, J., C. (2011). Long-term effects of transference interpretation in dynamic psychotherapy of personality disorders. *European Psychiatry*, 26, 419-424.
- Imel, Z. E., Malterer, M. B., McKay, K. M., & Wampold, B. E. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders*, 110, 197–206.
- Falkenström, F., Grant, J., Broberg, J., & Sandell, R. (2007). Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic association*, 55, 629-674.
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67, 59–68.
- Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy research and its achievements. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy: Continuity and change* (2nd ed., pp. 299–332). Washington, DC: American Psychological Association.
- Leichsenring, F., & Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta- analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.

Referanser forts:

- Lieberman, B. L. (1978). The role of mastery in psychotherapy: Maintenance of improvement and prescriptive change. In J. D. Frank R., Hoehn-Saric S. D., Imber B. L., Liberman A., & R. Stone (Eds.), *Effective Ingredients of Successful Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Lorentzen, S., Fjeldstad, A., Ruud, T., & Høglend, P. (2015). Comparing short and long-term group therapy: Seven-year follow-up of a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 320-321.
- Nicholsen, R.A., & Berman, J.S. (1983). Is follow-up necessary in evaluating psychotherapy? *Psychol Bulletin* 93, 261-78.
- Kivlighan III, D. M., Goldberg, S. B., Abbas, M., Pace, B. T., Yulisha, N. E., Thomas, J. G., ...Wampold, B. E. (2015). The enduring effects of psychodynamic treatments vis-à-vis alternative treatments: A multilevel longitudinal meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 40, 1–14.
- Ludgate, J. W. (1998). Treatment maintenance and relapse prevention. In P. M. Salkovskis (Ed.). *Comprehensive Clinical Psychology* (Vol.6). Elsevier.
- Ludgate, J. W. (2009). *Cognitive-behavioral therapy and relapse prevention for depression and anxiety*. Florida: Professional resource press.
- Powers, M. B., Smits, J. A. J., Whitley, D., Bystritsky, A., & Telch, M. J. (2008). The effect of attributional processes concerning medication taking on return of fear. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 478-490. Rønnestad, M. H., Gullestad, S. E., Halvorsen, M., Haavind, H., Lippe, A. L. von der, ... Reichelt, S. (2014). *The outcomes of therapies conducted by highly experienced therapists*. Paper presented at SPR-conference, Copenhagen.
- Sandell, R., Blomberg, J., Lazar, A., Carlsson, J., Broberg, J., & Schubert, J. (2000). Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPPP). *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 921–942.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- Svanborg, C., Wistedt, A. Å., & Svanborg, P. (2008). Long-term outcome of patients with dysthymia and panic disorder: A naturalistic 9-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 17-24.
- Tang, T. Z., Derubies, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., & Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 404-408.
- Ulberg, R., Høglend, P., Marble, A., & Sørbye, Ø. (2009). From submission to autonomy: approaching independent decision making. A single case study in a randomized controlled study of long-term effects of dynamic psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 63, 227-243.