

Forskning i psykoterapi til børn og unge – udfordringer og perspektiver

Pia Jeppesen

Professor, PhD, overlæge

Psykiatrien Region Sjælland

Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri

Forskningsenheden

Mobil: 23969929

Mail: [pijep@regionsjaelland.dk](mailto:pjep@regionsjaelland.dk)

Institut for Klinisk Medicin ved det Sundhedsvidenskabelige
Fakultet,
Københavns Universitet.

Med støtte fra
TrygFonden

psykiatri
fonden 
SAMMEN BEKÆMPER VI PSYKISK SYGDOM

REGION  Psykiatri

Børne- og ungdomspsykiatriens udfordringer

- Psykiske sygdomme er folkesygdomme, og halvdelen debuterer i barne- og ungealderen.
- Psykiske sygdomme er den førende årsag til dårlig livskvalitet og nedsat funktion hos unge
- Store omkostninger for familierne og samfundet.
- Trods dette er forebyggelse og tidlig behandling underprioriteret, som beskrevet i fagligt oplæg til



Boks 4: Prioriterede indsatser

- 1. Opbygning af et lettilgængeligt tilbud i kommunerne til børn og unge med psykisk mistrivsel af ensartet høj kvalitet**

Dette kan sikres gennem etablering af et kommunalt tilbud med én indgang baseret på nationale faglige rammer. Tilbuddet skal indeholde mulighed for udredning og lettere behandlingstilbud. Samtidig skal tilbuddet understøtte det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde mellem kommuner, almen praksis og børne- og ungdomspsykiatrien om børn og unge med mistrivsel og psykiske symptomer, herunder ift. tidlig opsporing og udredning af særligt børn og unge med udviklingsforstyrrelser og børn og unge i risikogrupper (*se anbefaling 11*).
- 2. Styrkede indsatser til mennesker med svær grad af psykisk lidelse**

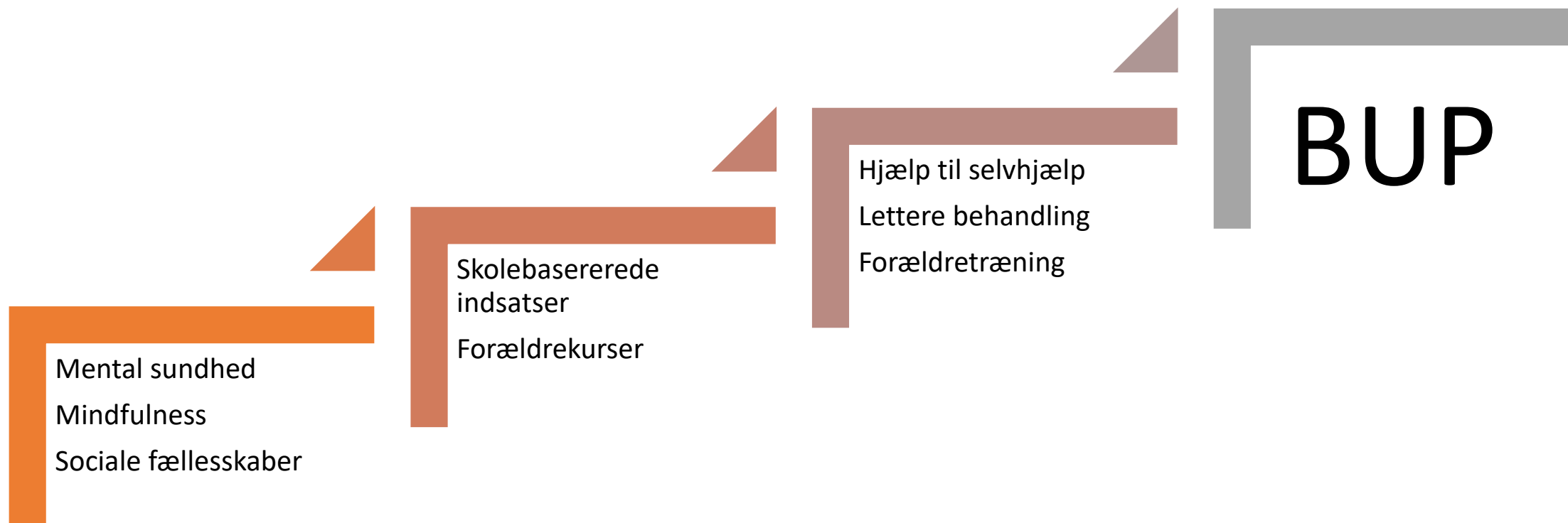
Dette kan bl.a. sikres gennem velbeskrevne rammer og krav til kvalitet og sammenhæng gennem tværsektorielle og tværfaglige forløbsbeskrivelser (*se anbefaling 20*). Med afsæt i beskrivelserne kan der ske en udbygning af de specialiserede ambulante tilbud i både psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien (*se anbefaling 21 og 12*). For de sværest syge med akutte og langvarige behov for indlæggelse kan der ske en evaluering og vurdering af de intensive sengepladser i psykiatrien og laves rammer for en ny type rehabiliterende pladser (*se anbefaling 18*). Derudover kan kvaliteten og kapaciteten i socialpsykiatrien løftes gennem bl.a. en national udviklingsstrategi for et kvalitetsløft samt etablering af midlertidige og akutte kommunale tilbud til voksne, der fx venter på et botilbud efter indlæggelse på sygehus (*se anbefaling 28 og 31*).
- 3. Afstigmatisering af psykisk lidelse**

Dette kan sikres gennem en langsigtet plan og ramme for indsatsen for afstigmatisering. Som det første kan der etableres et nationalt videnscenter, der skal understøtte indsatser rettet mod såvel den brede befolkning som medarbejdere på tværs af social- og sundhedsområdet (*se anbefaling 1*).
- 4. Styrkede tværfaglige og evidensbaserede miljøer**

Dette kan sikres gennem etablering af tværfaglige og tværsektorielle grupper (med inspiration fra kræftområdet), som skal bidrage til at understøtte en langsigtet faglig udvikling og kontinuerlig kvalitetsforbedring i den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser på tværs af praksissektor, kommune og på sygehus, herunder udarbejdelse af faglige retningslinjer og udbredelse af evidensbaserede og dokumenteret virksomme indsatser (*se anbefaling 6*).
- 5. Forskning og udvikling**

Dette kan i første omgang sikres gennem implementering af den tværfaglige og tværsektorielle forskningsstrategi fra 2015 (*se anbefaling 5*).

Psykologiske indsatser i 'stepped care' model



Definition af psykoterapi (jf. APA)

“any psychological service provided by *a trained professional* that primarily uses *forms of communication and interaction* to assess, diagnose, and *treat dysfunctional* emotional reactions, ways of thinking, and behavior patterns.

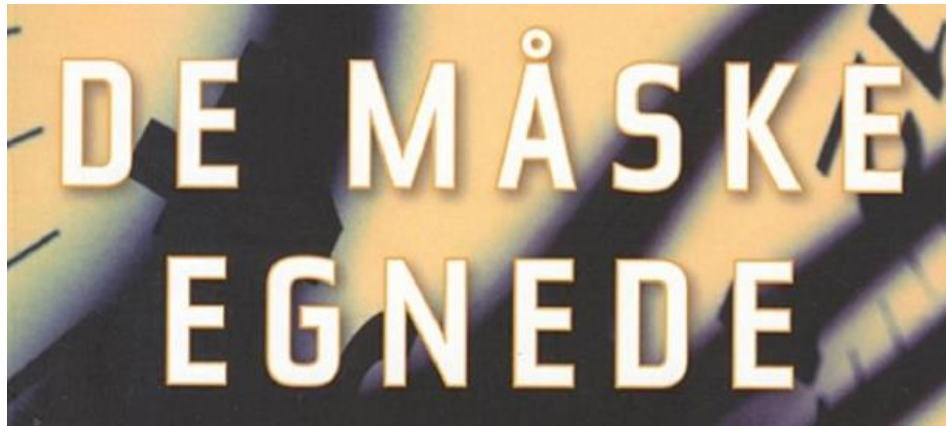
Psychotherapy may be provided to *individuals, couples, families, or members of a group*.

There are many types of psychotherapy, but generally they fall into four major categories: *psychodynamic psychotherapy, cognitive therapy or behavior therapy, humanistic therapy, and integrative psychotherapy*.

Centrale elementer i definitionen på psykoterapi

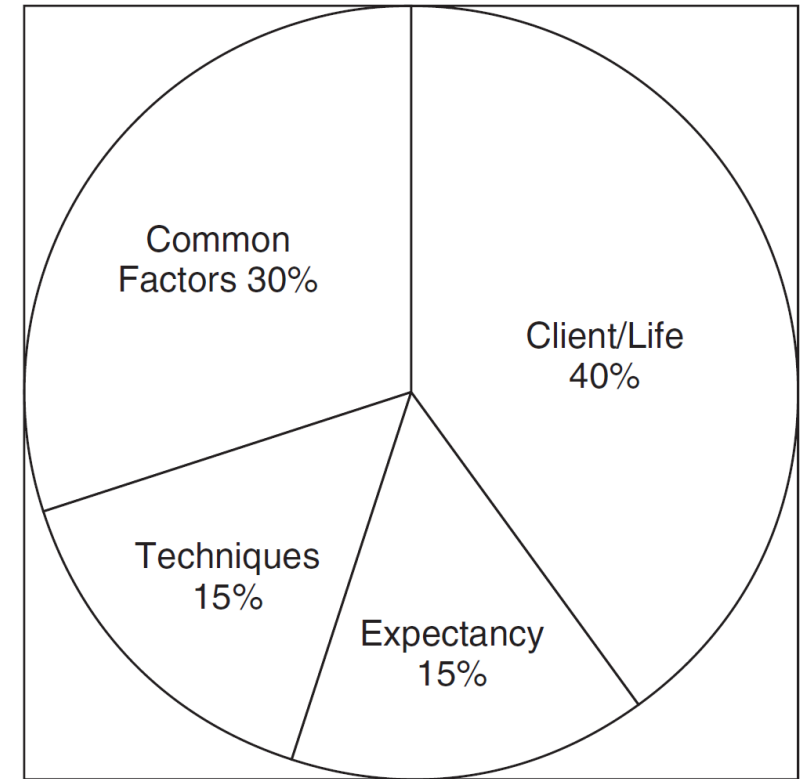
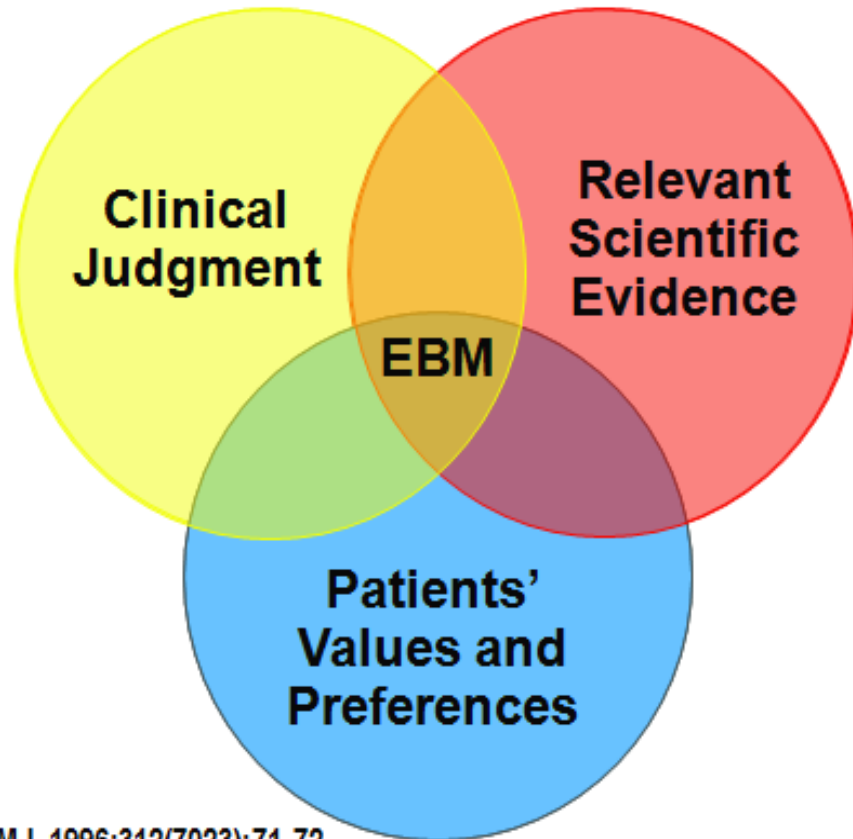
- Formål at afhjælpe eller behandling en 'dysfunktionel' tilstand
- Patienten/-erne søger hjælp eller har et behov
- Terapien er baseret på en model for psykisk udvikling
- Anvender specifikke terapeutiske teknikker, metoder, strategier
- Kontrakt/aftale mellem psykoterapeuten og klienten(-erne)

Indikation for psykoterapi til børn og unge



- Psykologiske/pædagogiske indsatser og psykoterapi er "førstevalg" til
- at behandle angst, depression, OCD, spiseforstyrrelse, adfærdsforstyrrelse, selvskade og personlighedsforstyrrelser
- at bedre forløbet af ADHD, autisme og psykose

Psykoterapi som evidensbaseret behandling



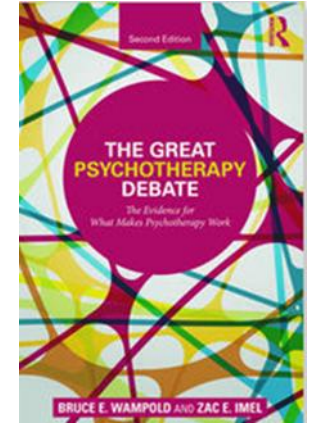
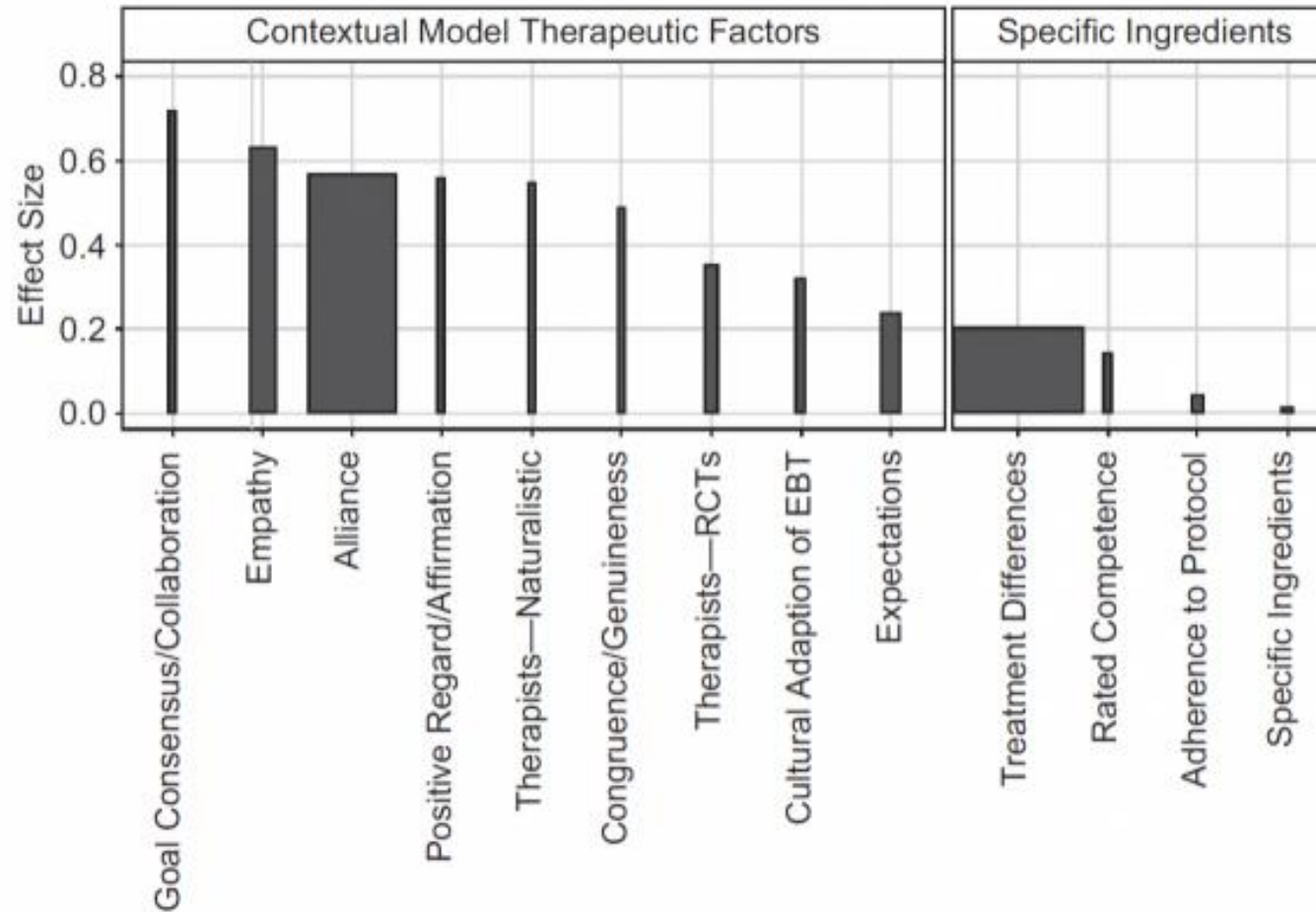
Sackett DL, et al. BMJ. 1996;312(7023):71-72.

(Lambert & Barley, 2001)

'common factors' versus 'specific factors'



Bruce E. Wampold



“The Contextual Model”

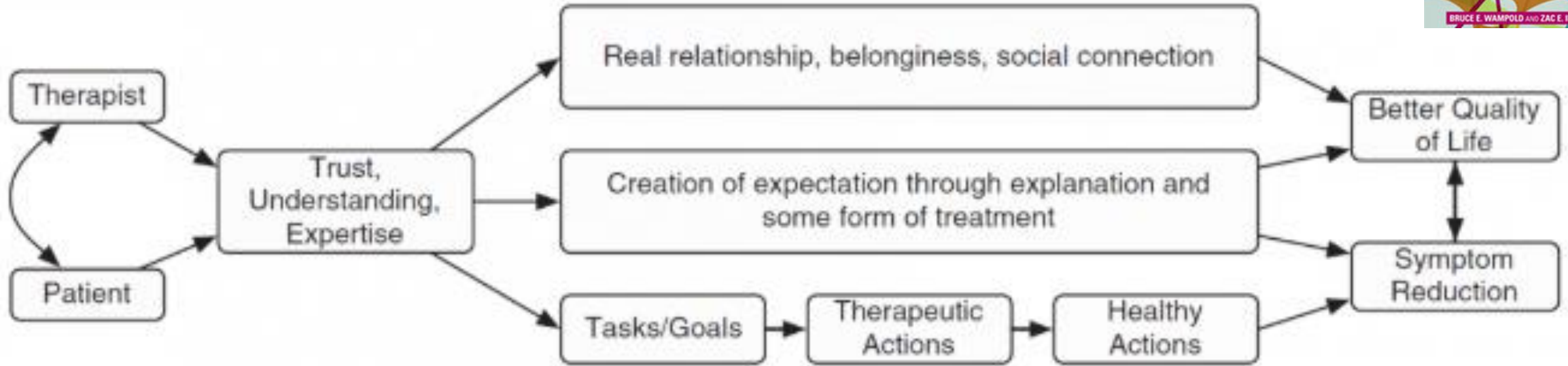
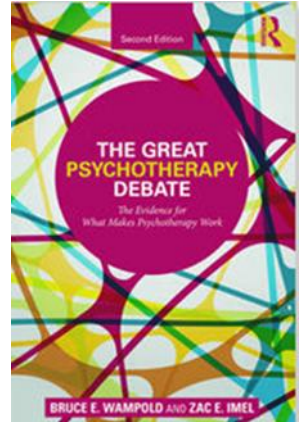


Figure 2. The Contextual Model (Wampold & Imel, 2015)

Niveauer i forskning i psykoterapi

Design	Forskningsspørgsmål	Genstand for undersøgelse
Syntese	Kompleks model for forandring	Udviklingsrelaterede eller kontekstuelle forhold
RCTs - Aktiv/ placebo - TAU - Ingen/ venteliste	Effekten af en bestemt psykoterapeutisk tilgang/metode	Kognitive adfærdsterapi Psykdynamisk psykoterapi Systemisk narrativ terapi Integreret
Effekt modifikation (subgruppeanalyser) - interaktion - association	Baseline faktorer moderer effekten?	Sværhedsgrad Komorbiditet Forælder's SES uddannelse etc.
Specifikke faktorer - Factorial design - RCTs med aktiv/placebo kontrol - Association	Effekten af specifikke interventioner; er de nødvendige? additive effekter?	Kognitiv omstrukturering Eksponering Adfærdsaktivering Tolkning af overføring
Fælles faktorer	Effekten af fælles faktorer? Ens tværs af specifikke metoder?	Empati, alliance, motivation, komplians, tiltro, tillid

Niveauer i forskning i psykoterapi

Design	Forskningsspørgsmål	Genstand for undersøgelse
Syntese	Kompleks model for forandring	Udviklingsrelaterede eller kontekstuelle forhold
RCTs <ul style="list-style-type: none"> - Aktiv/ placebo - TAU - Ingen/ venteliste 	Effekten af en bestemt psykoterapeutisk tilgang/metode	Kognitive adfærdsterapi Psykodynamisk psykoterapi Systemisk narrativ terapi Integreret
Effekt modifikation (subgruppeanalyser) <ul style="list-style-type: none"> - interaktion - association 	Baseline faktorer moderer effekten?	Sværhedsgrad Komorbiditet Forælder's SES uddannelse etc.
Specifikke faktorer <ul style="list-style-type: none"> - Factorial design - RCTs med aktiv/placebo kontrol - Association 	Effekten af specifikke interventioner; er de nødvendige? additive effekter?	Kognitiv omstrukturering Eksponering Adfærdsaktivering Tolkning af overføring
Fælles faktorer	Effekten af fælles faktorer? Ens tværs af specifikke metoder?	Empati, alliance, motivation, komplians, tiltro, tillid

Mind My Mind (MMM)

Forebyggelse og lettere behandling

Diagnose

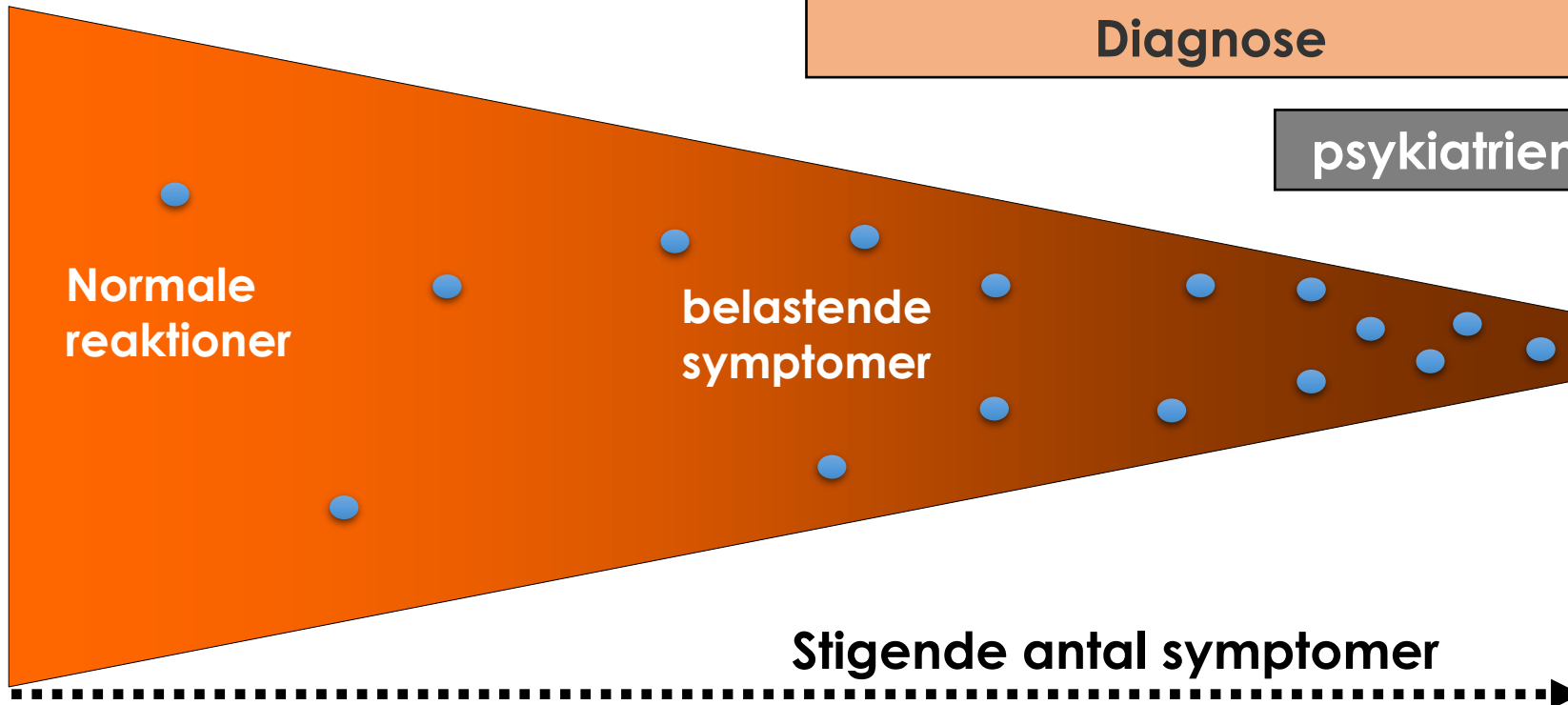
psykiatrien

Normale
reaktioner

belastende
symptomer

Stigende antal symptomer

Stigende påvirkning af funktion

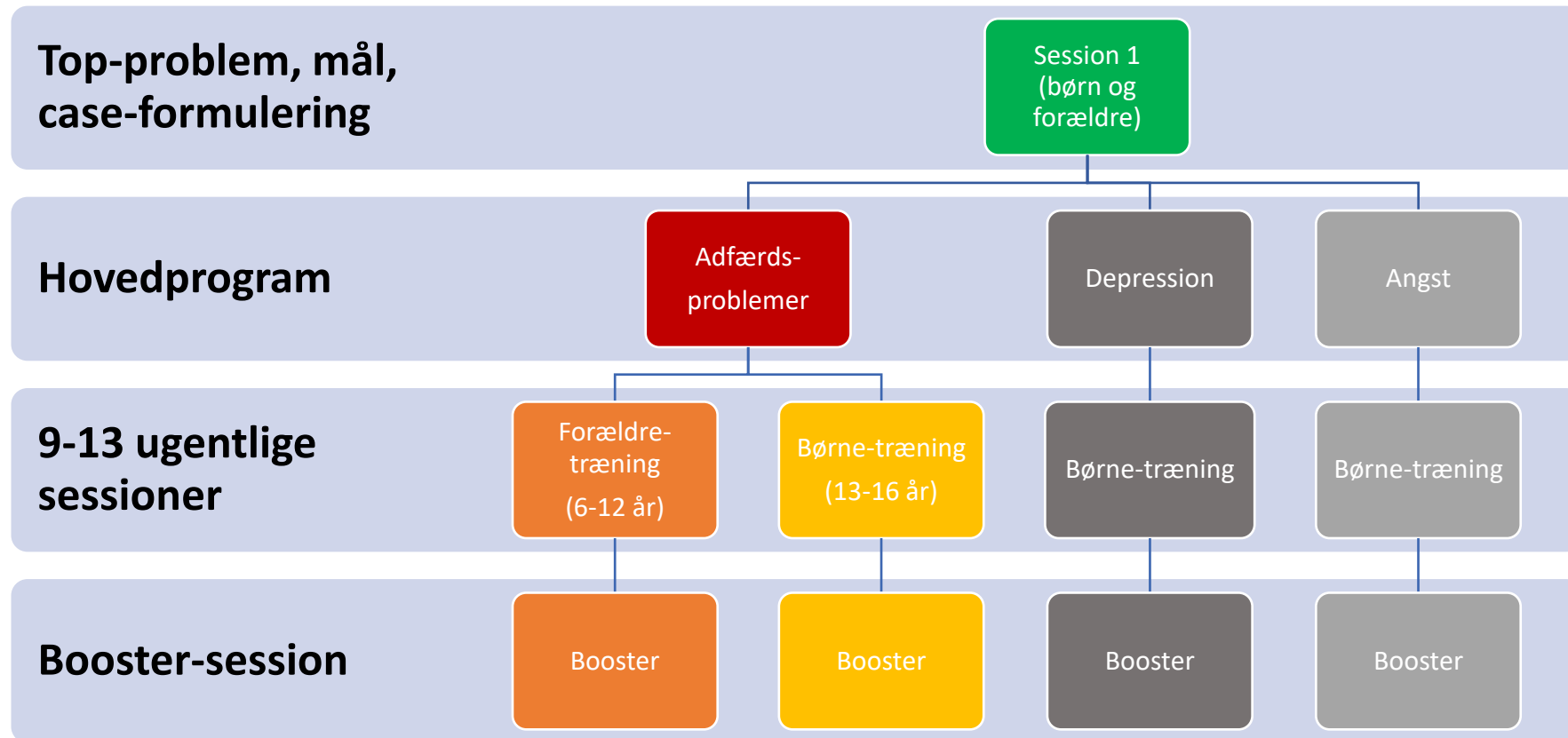


MMM intervention

- Kognitive og adfærdsterapeutiske metoder
- Flexibilitet i valg og dosering af moduler
- 9 - 13 individuelle sessioner hos
- PPR-psykolog på skolen
- Forældre er med som støtte
- Målet er ny modig adfærd



MMM behandlingsprogrammet



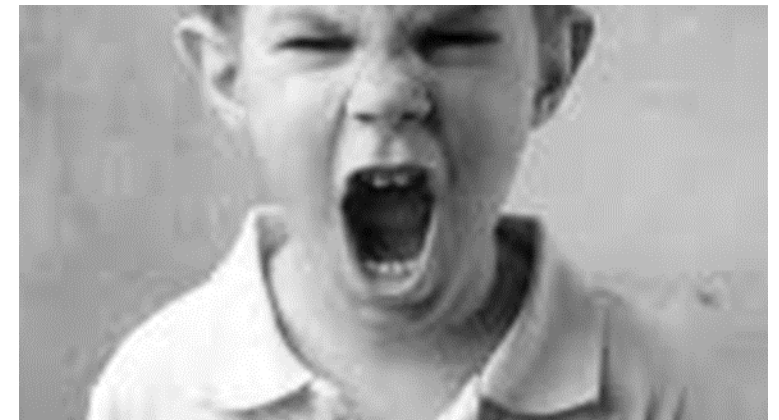
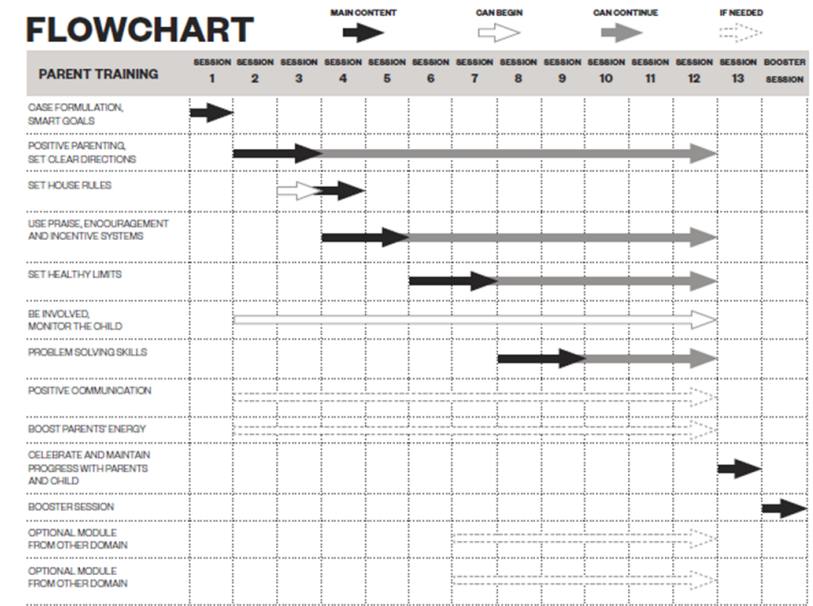
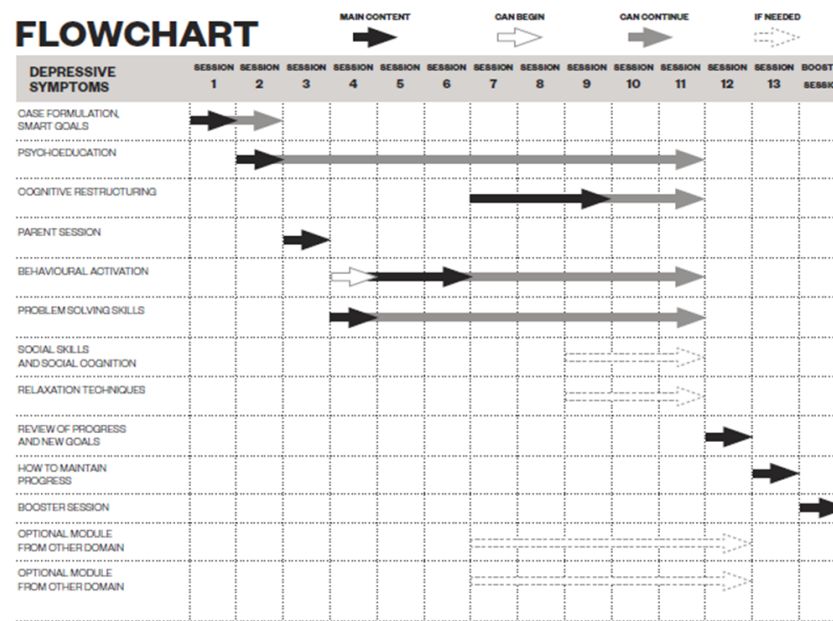
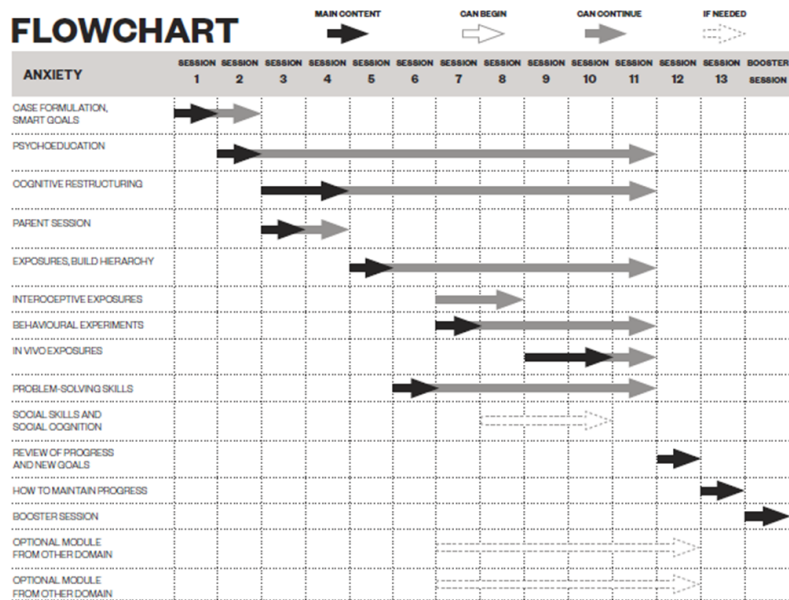
Inklusionskriterier

- Børn i alderen 6-16 år (0. - 9.klasse)
- SDQ-forældre-scores > tærskel for 90-percentilen
- Top-problem indenfor angst, depressive symptomer og/eller adfærdsforstyrrelser
- Barn og mindst en forælder taler dansk
- Skriftligt informeret samtykke fra forældrene

Uddannelse og supervision af 'trænerne'

- Kursus i psykopatologisk interview, screening og visitation: 1 dag
- Kursus i MMM-manualens KAT metoder: 1 uge
- Fortløbende ugentlig supervision
 - Individuelt: 1 time x 3 pr. mdr.
 - Gruppe: 2 timer x 1 pr. mdr.
- Opfriskning og erfaringsudveksling (alle kommuner): 3 x 2 dage

Guide af terapeuter i typiske træningsforløb



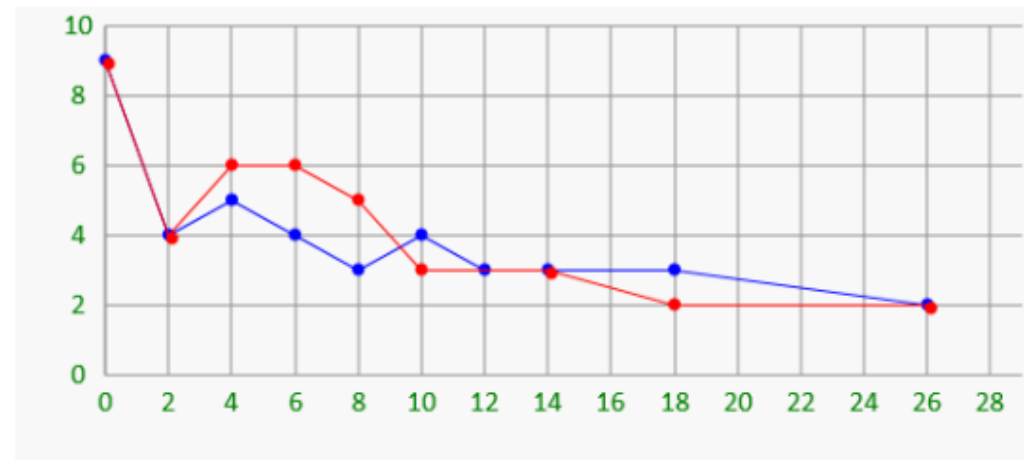
Barnet/den unge og forælder scorer top-problem (1-10) hver anden uge, og terapeuten kan se deres scores og tilpasse behandlingen



TOP PROBLEM



Top problem: bange for at sige noget forkert i klassen



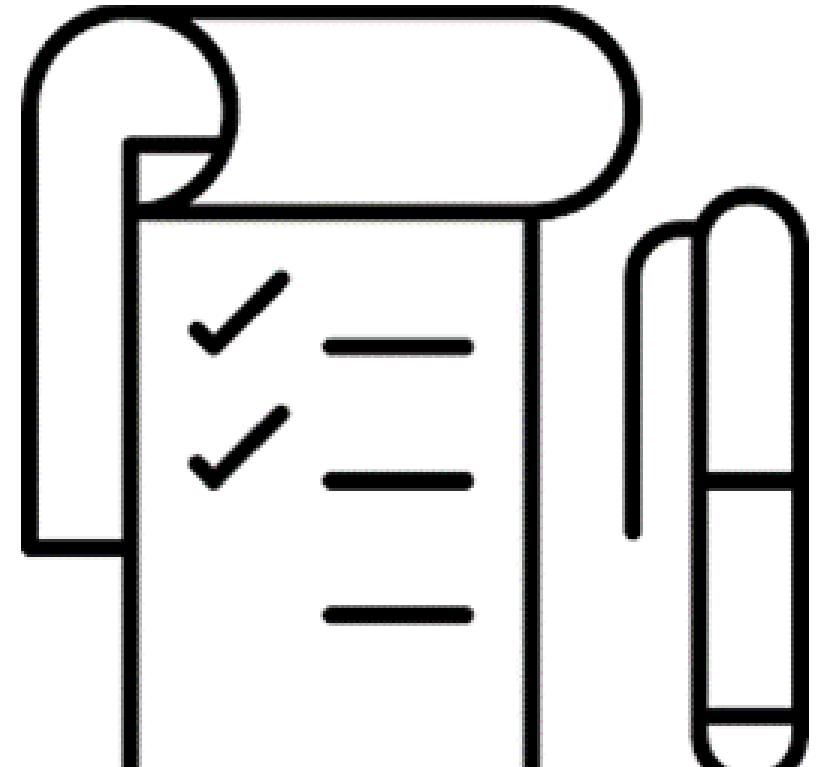
- Barn
- Forælder

Management as usual (MAU)

- To besøg med koordinator i PPR om mulighederne for hjælp i kommunen i forhold i barnets behov
- Rådgivning, pædagogisk og faglig støtte i skolen, netværksmøder, psykologisk behandling, fx Cool kids, familiebehandling
- Privat psykologisk behandling

Primære, sekundære og eksplorative udfald: måles med spørgeskemaer til forældre, den unge og skolelærere

- Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ impact score, parent reported)
- Spence Children's Anxiety Scale (SCAS, parent-reported)
- Mood and Feelings Questionnaire (MFQ, Parent-reported)
- Weiss Functional impairment rating Scale (WFIRS-P, parent reported)
- School attendance (percent school-days in last 4 weeks)
- Top-problem scores, parent-reported
- KIDSCREEN Physical Well-Being (self-reported, t-scores)
- KIDSCREEN Psychological Well-Being (self-reported, t-scores)
- Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI, intensity of problems)
- Eyberg Child Behaviour Inventory (ECBI, no of problems)
- Emotional and behavioral difficulties (SDQ total difficulties score, parent-reported)



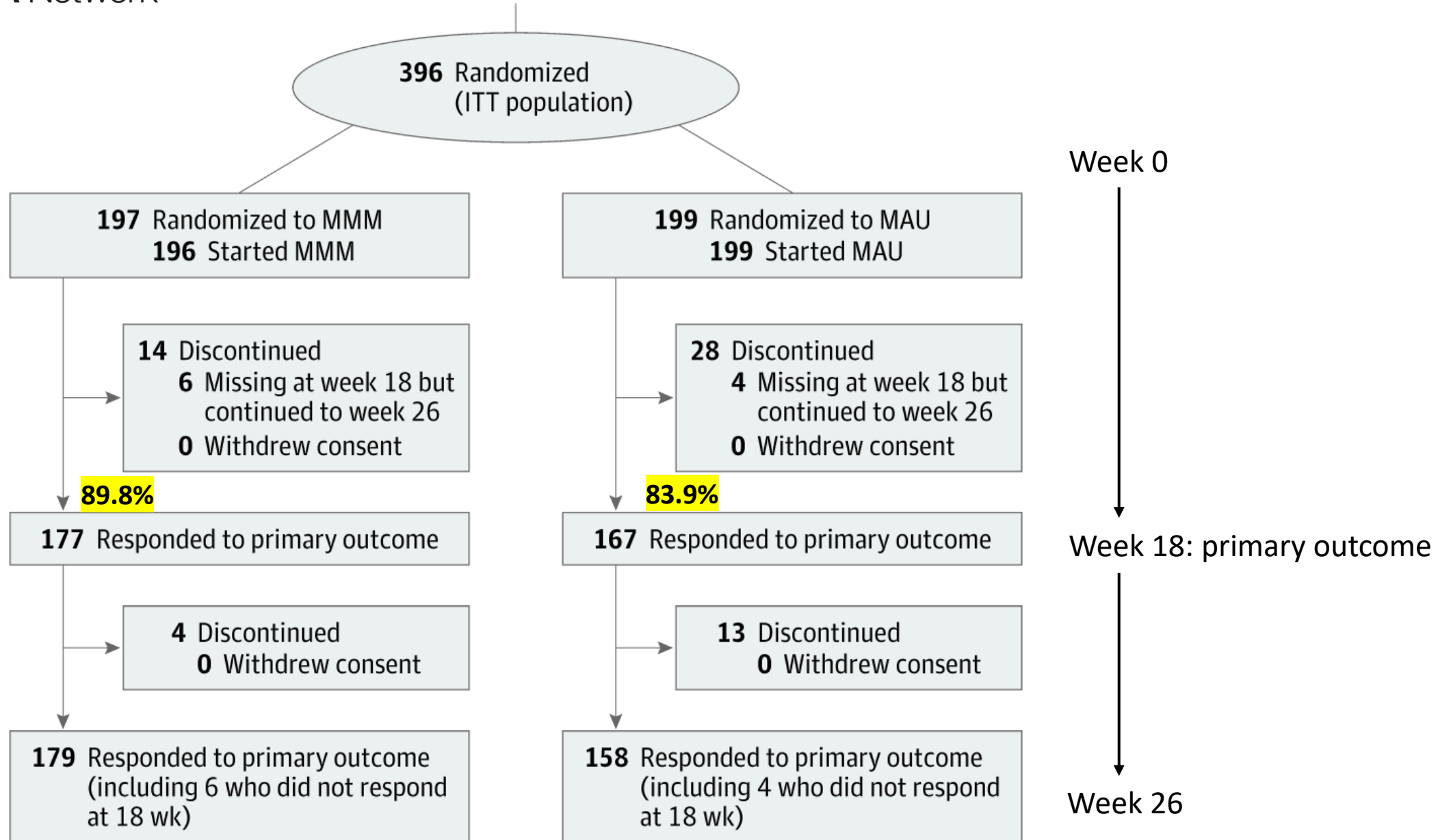


Table 1. Baseline Characteristics of the Participants in the ITT Population

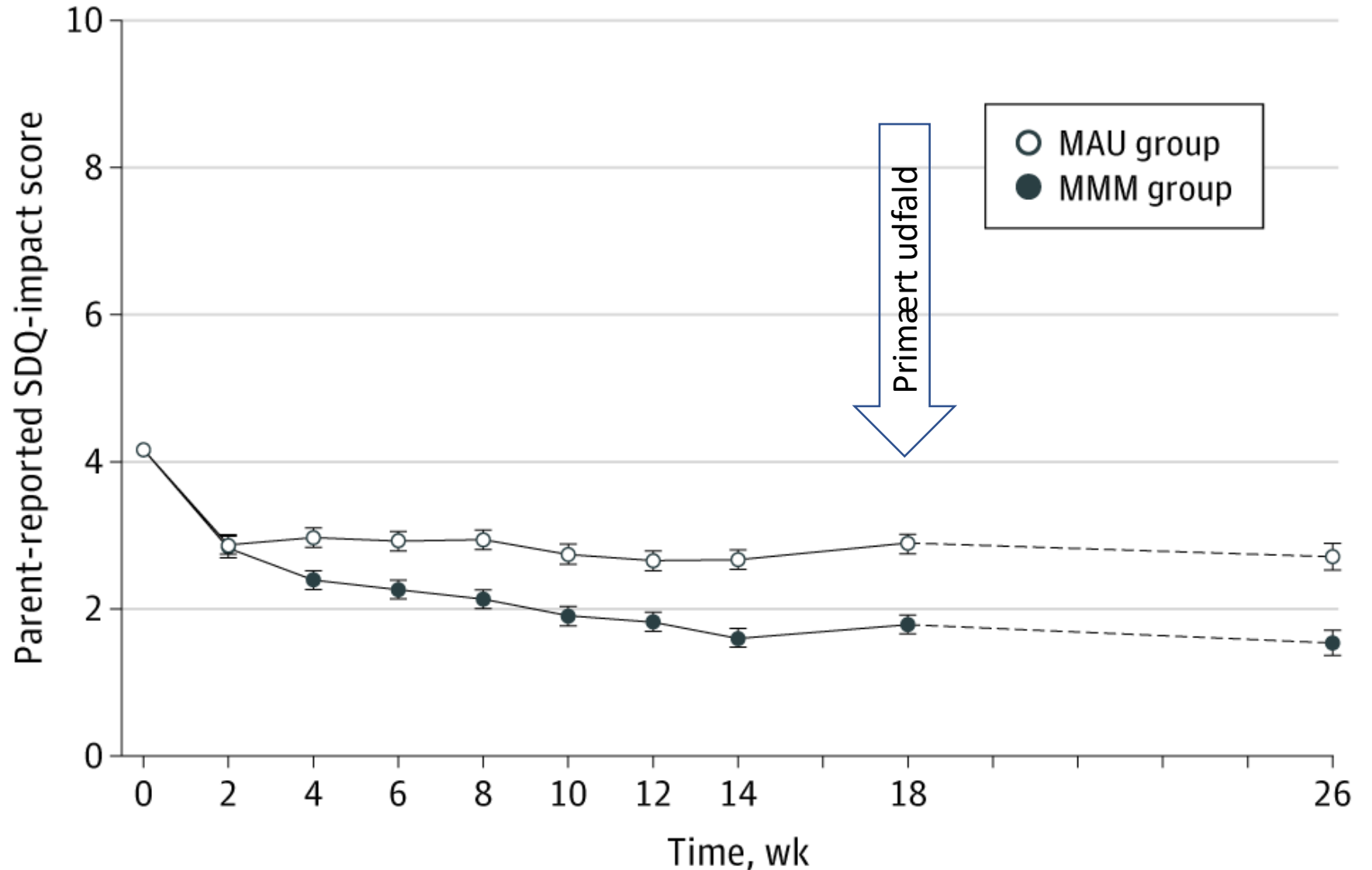
Characteristic	Study group ^a		
	MMM (n = 197)	MAU (n = 199)	All (N = 396)
Demographic			
Girls	90 (45.7)	100 (50.3)	190 (48.0)
Age, mean (SD), y	10.3 (2.43)	10.3 (2.32)	10.3 (2.37)
Age group, y			
6-10	109 (55.3)	105 (52.8)	214 (54.0)
11-16	88 (44.7)	94 (47.2)	182 (46.0)
Region			
Holstebro-Helsingør	95 (48.2)	96 (48.2)	191 (48.2)
Vordingborg-Næstved	102 (51.8)	103 (51.8)	205 (51.8)
Principal domain of problems			
Anxiety	114 (57.9)	117 (58.8)	231 (58.3)
Depressive symptoms	31 (15.7)	33 (16.6)	64 (16.2)
Behavioral problems	52 (26.4)	49 (24.6)	101 (25.5)
Developmental delays			
Language	30 (15.2)	26 (13.1)	56 (14.1)
Any other ^b	62 (31.5)	48 (24.1)	110 (27.8)
School absenteeism >4 wk last year	33 (16.8)	39 (19.6)	72 (18.2)
No. of <i>DSM-IV/DSM-5</i> mental disorders based on DAWBA			
Anxiety disorder	102 (51.8)	118 (59.3)	220 (55.6)
Depressive disorder	25 (12.7)	33 (16.6)	58 (14.6)
Behavioral disorder	50 (25.4)	47 (23.6)	97 (24.5)
Neurodevelopmental disorder	25 (12.7)	32 (16.1)	57 (14.4)
Any disorder	153 (77.7)	164 (82.4)	317 (80.1)
Comorbidity, ≥2 disorders	45 (22.8)	57 (28.6)	102 (25.8)

Top-problemet

**80% opfyldte kriterier for en diagnose
26% havde diagnose i ≥ 2 kategorier**

Det primære udfaldsmål var problembelastning i skole, hjem, blandt kammerater og i fritiden, målt med SDQ-Impact, rapporteret af forældrene

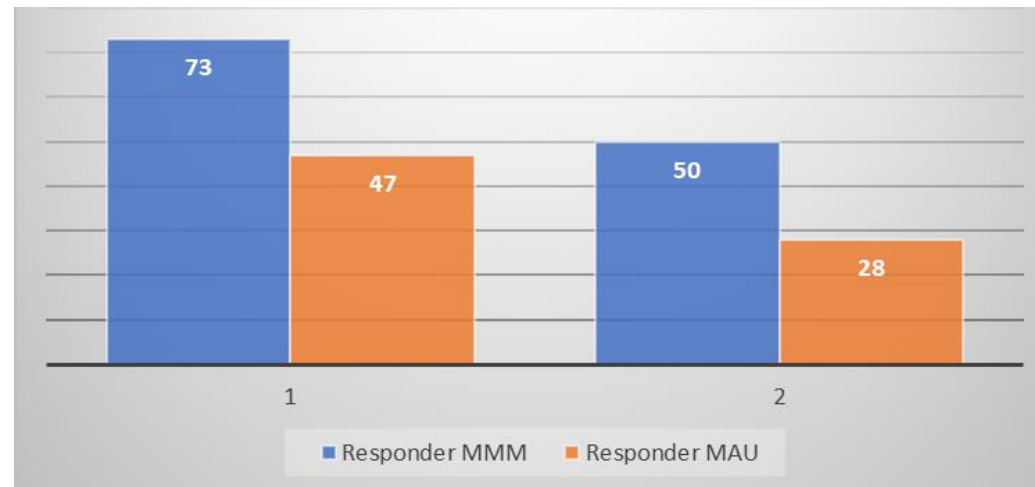
- MMM > MAU målt som forælder-rapporteret fald i problembelastningen
- SDQ-Impact-score reduceret med 2.34 points i MMM og 1.23 i MAU (week 18)
- 1.10 [95% CI, 0.75-1.45]
- $P < .001$
- Cohen $d = 0.60$



Responder and remission status (week 18)

	MMM n (%)	MAU n (%)	Difference Risk Ratio (RR)	P-value	Effect- size
1. Responders (SDQ-impact reduction ≥ 1)	144 (73%)	93 (47%)	3.15 (2.06 to 4.81)	<0.001	1.58
2. Remission (below inclusion threshold)	98 (50%)	56 (28%)	2.59 (1.70 to 3.95)	<0.001	1.80

NNT = 4 (2.9-5.7)



No harms

	n	MMM No. (%)	n	MAU No. (%)	Difference RR (95% CI)	P value
Increased suicidal/negative cognitions						
Week 18	151	20 (13%)	121	22 (18%)	0.73 (0.42 to 1.27)	0.26
Week 26	150	7 (5%)	120	20 (17%)	0.28 (0.12 to 0.64)	0.003
Decreased QoL in family/among friends						
Week 18	173	20 (12%)	142	12 (8%)	1.37 (0.69 to 2.70)	0.37
Week 26	173	17 (10%)	140	14 (10%)	0.98 (0.50 to 1.92)	0.96
Referral to CAMHS						
0 – 26 weeks	178	10 (6%)	155	12 (8%)	0.73 (0.32 to 1.63)	0.44

Behandlingen

- 89,8% modtog en fuld dosis på 9-13 sessioner
- 84,2% fik acceptabel dosis problemspecifikke moduler (PM)
- 84,2% fik et eller flere generelle moduler (GM)
- 22,5% fik transdiagnostisk adaptation (TPA)

Sammenhængen mellem barnets køn, alder og topproblem og modtaget/leveret MMM (n=196/197)

- Fuld dosis, PM og GM blev leveret uafhængigt af alder, køn, topproblem og antal klinisk signifikante problemer, bortset fra:
 - Relativt færre fik PM for depression (ja/nej) blandt børn med depressive symptomer, sammenlignet med PM for angst (ja/nej) blandt børn med angst
 - Brug af GM steg med barnets alder
- TPA blev anvendt uafhængigt af alder, køn, topproblem og antallet af klinisk signifikante problemer

Sammenhængen mellem doseringen af MMM og udfaldet

- Kun 1 ud af 20 tests indikerede en mulig sammenhæng:
- GM var forbundet med en større reduktion af Top-problem-scores
- Resten af de undersøgte behandlingsfaktorer (fuld dosis, PM, TPA) var ikke associeret med udfaldet (med/uden justering)

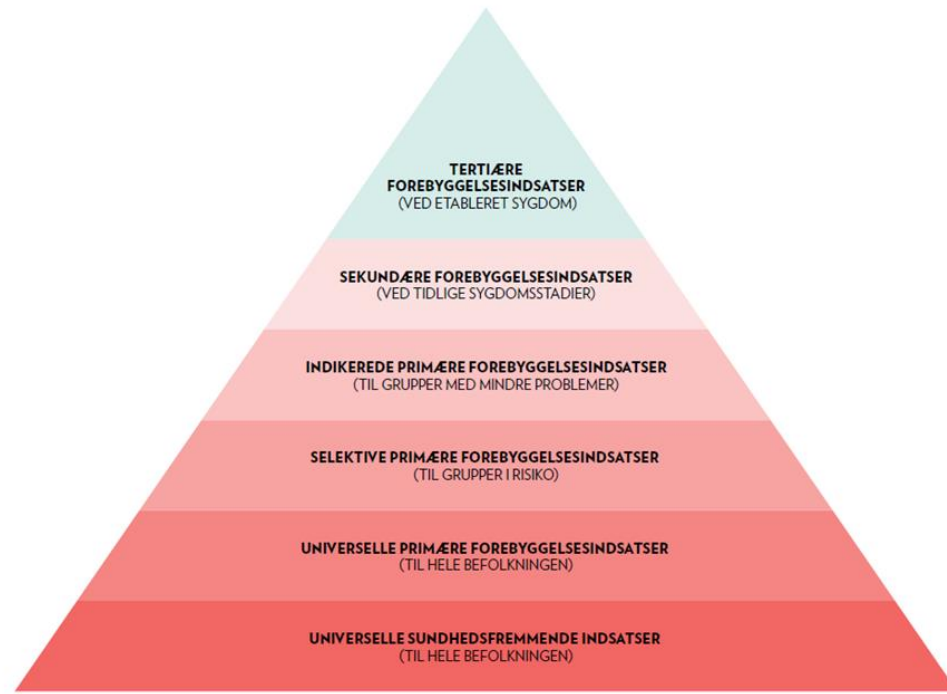
Opsummering

- Gavnige effekter af MMM versus MAU
- Velykket implementering af MMM
- Transdiagnostisk potentiale under-udnyttet
- Indikation af bedre effekt af MMM versus MAU for børn med sværere grad af sygdom

Konklusion

- Det er muligt at levere effektiv psykoterapi til børn og unge med almindelige mentale helbredsproblemer, tæt på deres hverdagsliv.
- Transdiagnostiske tilgange (som MMM) har potentiale til at være omkostningseffektive
- Vi skal levere psykoterapi i standard behandlingen, og evaluere nye psykoterapeutiske metoder i mere avancerede forskningsdesigns

Perspektivet for forskning i psykoterapi til børn og unge: Vi skal arbejde på effektiv forebyggelse og behandling på alle niveauer



Tak til alle mine medforfattere

- Simon-Peter Neumer M.Sc., Ph.D.
- Rasmus Trap Wolf, M.Sc., Ph.D.
- Sabrina M. Nielsen, M.Sc.
- Robin Christensen, M.Sc., Ph.D., Professor
- Kerstin von Plessen, M.D., Ph.D., Professor and Medical Director
- Niels Bilenberg, M.D., Ph.D., Professor
- Per Hove Thomsen, M.D., Dr. Med., Professor
- Mikael Thastum, M.Sc., Ph.D., Professor
- Louise Berg Puggaard, M.Sc., Ph.D.
- Mette Maria Agner Pedersen, M.Sc.
- Ditte Vassard, M.Sc., Ph.D.
- Anne Katrine Pagsberg, M.D., Ph.D., Professor and Head of Research
- Wendy Silverman, M.Sc., Ph.D., Professor and Director
- Christoph U. Correll, M.D., Professor, Medical Director

A person wearing a blue long-sleeved shirt is holding a white rectangular sign with both hands. The sign has the word "Tak!" written on it in a bold, black, handwritten-style font. The background is dark, making the white sign stand out.

Tak!

Tak for opmærksomheden