

Psykologbehandling er afgørende i behandlingen af mennesker med psykisk lidelse

Intro

Psykiske lidelser er meget almindelige. Det antages, at ca. 580.000 mennesker på nuværende tidspunkt har en psykisk lidelse og det skønnes, at ca. 40-50 % af befolkningen i Danmark i løbet af livet til få en psykisk lidelse.¹ Det har ofte store menneskelige konsekvenser både for den der er ramt, men også de pårørende. Samtidig er der store samfundsmæssige konsekvenser. Depression er den dyreste sygdom vi har i Danmark overhovedet – den koster samfundet 25 mia. årligt i produktivitetstab². Derfor er der også et stort potentiale hvis vi som samfund sætter ind med bedre forebyggelse og behandling kan reducere samfundsudgifterne.

I Danmark behandler det offentlige sundhedsvæsen psykiske lidelser både i primærsektoren og psykiatrien. Der arbejder ca. 900 praktiserende psykologer med ydernummer i primærsektoren og ca. 1600 psykologer er ansat i den ambulante psykiatri eller på sengeafsnit. Dertil kommer en række tilbud i PPR (Pædagogisk Psykologisk Rådgivning) samt andre kommunale tilbud, der beskæftiger ca. 2800 psykologer. Det vil sige at rigtig mange danskere kommer i kontakt med en psykolog i løbet af deres liv – enten som patient, som forælder eller anden form for pårørende.

I dag er psykologbehandling en hjørnesten i den tværfaglige behandling af psykiske lidelser. Behandling hos en psykolog, kan skabe større indsigt i og klarhed over, det der er svært og lidelsesfuldt, og være en hjælp til at navigere i det. Gennem de psykoterapeutiske samtaler arbejdes der med de aktuelle vanskeligheder og uhensigtsmæssige tanker, følelser og adfærd på en måde, så symptomer kan afhjælpes, patientens funktionsniveau, tilstand og livskvalitet kan forbedres og der kan opnås heling.

Gennem psykoterapien findes frem til ressourcer og patienten kan opnå nye perspektiver på handlemuligheder, livssituation m.v., gives nye værktøjer og mestringsstrategier, der gør patienten bedre i stand til at håndtere problemerne, cope med den situation, patienten står i og/eller skabe fornyet mening, positiv forandring og øget trivsel.

Psykologbehandling er en etableret og vigtig del af behandlingen af psykiske lidelser og er en væsentlig del af Sundhedsstyrelsens kliniske retningslinjer og anbefalinger for behandlingen af en række psykiske lidelser, herunder angst og depression. Psykologbehandling er desuden et fast element i de pakkeforløb, der gælder i psykiatrien.

I dag ved vi også qua forskningen, at psykoterapi virker. Ser vi på den samlede forskning på området, viser den at psykoterapi overordnet har moderat til stor effekt, hvilket er fuldt ud sammenligneligt med den effekt man får på mange andre sygdomsområder, når man måler på behandling. Ledende forskere på området har på baggrund af en række metastudier de sidste ti år anslået effekten til moderat til stor. Overordnet kan man konkludere, at evidensen for at psykoterapi er en effektiv behandlingsform af psykiske lidelser er stærk, og generelt større end i det meste medicinske behandling.

Det er vigtigt, at patienter og pårørende ved dette. I en tid hvor danskernes mentale helbred forværres, er det vigtigt, at slå fast, at vi har en række behandlingsmuligheder der virker og kan give patienter håb om at

¹ Fagligt oplæg til en 10-årsplan, SST

² Sundhedsstyrelsen, 2023

blive raske eller leve bedre liv. Men også fordi der af og til i pressen kan opstå en debat om effekten af psykoterapi.

Det betyder ikke, at der ikke er behov for mere forskning. Det er der - bl.a. praksisnær forskning og langtidseffekter af en række behandlingsformer – herunder tidligere indsatser, men også kombinationsbehandling af fx psykoterapi og medicin. Derfor er der behov for, at der i forbindelse med arbejdet med 10-årsplanen for psykiatrien kontinuerligt afsættes penge til forskning, herunder forskning der tager udgangspunkt i patientens præferencer, og hvordan funktionsniveau og livskvalitet reelt øges fremfor mere systemmæssige mål.

Formålet med denne analyse af effekten af psykoterapi er at give et retvisende overblik over effekten af psykoterapeutisk behandling – samt at gennemgå forskellene, mulighederne og begrænsningerne på henholdsvis den mest udbredte 'ansigt-til-ansigt' behandling og den internetbaserede behandling, som vinder frem i disse år.

Psykologbehandling virker – den aktuelle diskussion der sår tvivl herom er misvisende

Der er i den seneste tid blevet sået tvivl om, hvorvidt psykologbehandling virker så godt, som hidtil antaget, og hvorvidt den er forbundet med skadelige bivirkninger. Diskussionen om effekten af psykoterapi, som især har udspillet sig i populærvidenskabelige medier, er en vigtig, nødvendig og interessant diskussion i forhold til videnskabelig forskning, folkeoplysning generelt og ikke mindst udvikling af og beslutninger omkring hvordan vi bedst indretter, kvalitetssikrer og effektiviserer vores sundhedssystem og behandlingstilbud.

I diskussionen af emnet kommer man imidlertid ofte til at sammenblende forskellige slags tal for effekt (effektstørrelsestal) og forskellige typer kliniske studier, der ved sammenligning ikke giver retvisende konklusioner. Hermed bliver diskussionen desværre vildledende snarere end oplysende, og det er ikke gavnligt for nogen.

En anden væsentlig pointe i forhold til diskussionen af effekten af psykoterapi, relaterer sig til standarder og kriterier for tolkning af forskningsresultaterne. Det er forskelligt, hvor konservativt forskere fortolker data. Men uafhængigt af, om man kigger på de strenge eller mindre strenge kriterier for design af de kliniske studier, så er det sådan, at der ses tilfredsstillende effekt for psykoterapi.

Effekten af psykoterapi er faktisk lige så god eller bedre end effekten af meget af den medicinske behandling. Dette afspejles også i en række af de kliniske retningslinjer, som er udarbejdet af Sundhedsstyrelsen, hvor psykoterapi anbefales som enten førstevalg eller som kombinationsbehandling i behandlingen af angst og depression³.

Endelig er der en risiko for at diskussionen om effekten af psykoterapi kan føre til en både vildledende og ganske skadelig debat, hvis der ensidigt bruges forskning til at konkludere på om terapi virker eller ej, som har vist mindre gode effektstørrelsestal, men hvor denne forskning faktisk har vist sig at have grundlæggende svagheder og dermed ikke retvisende konklusioner. Dette kan skade patienternes tiltro til den behandling de modtager i sundhedsvæsenet og kan bruges som argument imod at udbygge tilbud om

³ Se fx Sundhedsstyrelsens 'National klinisk retningslinje for behandling af angst hos børn og unge' (2016), der har stærk anbefaling i forhold til at tilbyde kognitiv adfærdsterapeutiske behandlingsprogrammer til børn og unge med socialfobi, separationsangst eller generaliseret angst og at anvende kognitiv adfærdsterapi frem for antidepressiva (SSRI/SNRI) som førstevalg i behandlingen af børn og unge med socialfobi, separationsangst og generaliseret angst.

psykologbehandling, hvilket vil være en forkert vej at gå i en tid med høj mistrivsel blandt børn og unge og en stor tilvækst i tilfælde af angst og depression.

Faktum er, at der over lang tid har været relativ høj konsensus indenfor behandlingsforskning om, at psykoterapi overordnet viser moderate til høje effektstørrelser. Verdens ledende forskere på området har på baggrund af en række metastudier⁴ de seneste ti år anslået effektstørrelsen til ca. 0,7⁵, det vil sige, at psykoterapi generelt har meget god effekt⁶. Overordnet kan man konkludere, at evidensen for at psykoterapi er en effektiv behandlingsform af psykiske lidelser er stærk, og generelt større end i det meste medicinske behandling generelt. Det er vigtigt, at befolkningen ved det.

Hvordan virker psykoterapi?

Når man som patient modtager psykoterapi i forbindelse med et behandlingsforløb, kan det selvsagt være vanskeligt at vide, hvornår effekten helt eksakt slår igennem. På samme måde er psykoterapi heller ikke altid et lineært forløb, hvor man hele tiden får det bedre. De fleste patienter vil sikkert også istemme, at det er hårdt arbejde at være i behandling med psykoterapi – i modsætning til fx medicinsk behandling er psykoterapi i langt højere grad afhængig af, at man som patient "arbejder med".

Forskere og klinikere har længe været optaget af at finde ud af, hvordan eller hvorfor psykoterapi skaber forandring for patienter – med andre ord hvad er det for mekanismer, som terapien fungerer igennem. Et andet spørgsmål, der har fyldt er, hvorvidt der er nogle specifikke typer af psykoterapi, der er mere effektive end andre?

Her kan det med forskningen konkluderes, at der er flere faktorer, der har betydning for effekten af psykoterapi, men at det er en relativ stor del af effekten, der kan tilskrives faktorer, som ikke er unikke for en bestemt psykoterapeutisk retning eller metode⁷. Når forskningen omkring effekten af de forskellige anerkendte psykoterapeutiske metoder opsummeres og sammenlignes i metastudier, viser de forskellige terapeutiske metoder faktisk oftest lige stor effekt⁸.

Et af de mest robuste fund i psykoterapiforskningen er, at det er faktorer, som er fælles for og går igen i alle anerkendte psykoterapeutiske metoder (såkaldte fællesfaktorer også kaldet non-specifikke faktorer), der har den største betydning for behandlingens udfald⁹.

Fællesfaktorerne i psykoterapi er egenskaber ved relationen, behandleren og patienten, hvor den vigtigste fællesfaktor er den såkaldte 'therapeutiske alliance' – altså relationen og båndet mellem patient og behandler. Dette inkluderer kvaliteten af samarbejdet og enighed om fremgangsmåde og behandlingsmål mellem patient og behandler.

⁴ Et metastudie eller metaanalyse er en statistisk analyse og sammenfatning af resultater fra flest mulige videnskabelige undersøgelser af en afgrænset problemstilling. Man kan sige, at det er en analyse af mange forskellige analyser og tidligere empiriske undersøgelser af et fænomen. Metaanalyserne betragtes som en gylden forskningsstandard.

⁵ Se fx Barkham & Lambert, 2021

⁶ Disse effektstørrelsestal er et mål, forskere ofte bruger, når de skal opgive, hvor stor virkning en behandling har. Hvis en behandling har en effektstørrelse på 0,2, regnes det som lille virkning. En effektstørrelse på 0,5 regnes som middel/moderat virkning, mens et tal på 0,8 og over regnes som stor virkning.

⁷ Barkham & Lambert, 2021; Lambert, 2013; Kazdin, 2015; Wampol & Imel, 2015

⁸ Cuijpers et al., 2021

⁹ Flückiger et al., 2018; Poulsen et al., 2015

Vi ved, at det er vigtigt for etablering og fastholdelse af den terapeutiske alliance, at behandleren i fællesskab med patienten afklarer patientens forventninger til behandlingen, og at behandler og patient i fællesskab præciserer rammer, form, indhold og mål for behandlingen. Desuden spiller såkaldte 'terapeut-' og 'klientfaktorer' ind, fx behandlerens empati og relationelle kompetencer – samtidig har patientens motivation stor betydning for behandlingens effekt¹⁰. For at motivere patienten må behandleren ud fra sit faglige skøn i nogle tilfælde tilpasse den terapeutiske metode til patientens præferencer og personlighed, det har i flere studier vist sig at have en positiv effekt på behandlingsudfaldet¹¹.

Tilsvarende bør patienten involveres i valget af behandlingsmetode, hvilket igen understøtter motivation og engagement og dermed skaber effektmæssig synergi¹². Tilpasningen af behandlingen og alliancen til ikke kun patientens specifikke diagnose, men også de specifikke transdiagnostiske patientkarakteristika (altså karakteristika ved patienten der går udover den givne diagnose, fx kultur og personlighed) har stor betydning for den gode effekt. Det samme har lydhørheden i forhold til patientens præferencer, som har vist sig at bidrage til gode behandlingsresultater i mindst lige så høj grad som, og sandsynligvis mere end at tilpasse behandlingen til patientens diagnose¹³.

Desuden er der forskning, der peger på betydningen af behandlerens kompetencer samt at et målrettet match af behandler og patient øger effekten af psykoterapien¹⁴.

Både klinisk erfaring og forskningsresultater understreger altså, at terapiforholdet – den terapeutiske alliance – og de her beslægtede fællesfaktorer, er mere afgørende for behandlingens udfald, end hvilken specifik terapeutisk metode psykologen arbejder ud fra (dvs. om der fx er tale om kognitiv adfærdsterapi eller psykodynamisk terapi¹⁵).

Hvordan sikres kvaliteten i den psykoterapeutiske behandling bedst?

Når vi ser på, hvilke mekanismer, der virker i psykoterapi, og hvad der forstås ved den terapeutiske alliance, relationskompetence og de andre nonspecifikke faktorer, så er det vigtigt at understrege, at disse ikke alene udgøres af, at man som behandler besidder empati og indlevelsesevne. Der skal mere til.

Psykoterapi kræver erfaringsgrundlag, specifikke kvalifikationer og vurderingskompetencer i forhold til udredning, (differential)diagnostik og behandling. For at sikre, at en patient modtager den rette behandling, kræver det nemlig, at fagpersonen, der visiterer, kan foretage en grundig udredning og diagnostik og kan adskille lettere og mere alvorlige psykiske lidelser samt vide hvilken form for behandling, der skal til og i hvilket regi.

Psykiske lidelser er nemlig komplekse fænomener, som behøver flere forklaringsmodeller samt særskilt tilpasset intervention og behandling. Det kræver kendskab til de forskellige lidelsers symptomer og udtryk, sammenhænge og årsager. Dels er der nemlig forskel på at have almindeligt ondt i livet og på en egentlig

¹⁰ Ibid.

¹¹ Poulsen et al., 2015; Norcross, 2011

¹² Kwan et al., 2010; Warner et al., 2006

¹³ Norcross & Lambert, 2018

¹⁴ Resultater fra et nyere RCT-studie viser, at et målrettet match af ambulante patienter til behandlere, der blev vurderet særligt velegnede for dem, forbedrer effekt af psykoterapien. Baseret på en prospektiv målbasert matchning ud fra en række 'performance'-kriterier førte psykoterapien til signifikant større reduktioner af patienters generelle symptomer og funktionelle svækkelse på tværs af en række psykiske lidelser over en periode på 16 uger (Constantino et al., 2021).

¹⁵ Flückiger et al., 2018; Norcross, 2011

psykisk lidelse. Dels kan de forskellige psykiske lidelser og problemstillinger kræve forskellige behandlingsformer og tiltag.

Vurderingen af hvilken behandlingsform, der er mest egnet til patienten afhænger af patientens lidelse, psykologiske tilstand og funktionsniveau samt en række andre individuelle og kontekstuelle forhold. I nogle tilfælde kan patientens reaktionsmønstre og symptomer være et udtryk for en afgrænset tilstand eller lidelse, men i andre tilfælde kan der være tale om komorbiditet, hvor patienten udviser symptomer på flere forskellige tilstande og lidelser samtidigt. Fx kan der være betydelige overlap mellem ADHD og angst, hvor det kan være vanskeligt at vurdere, om angstsymptomerne er et symptom på angst, uopdaget og ubehandlet ADHD eller om der er tale om to samtidige lidelser. Dertil kan der også være forskel på, hvordan en patients lidelse udvikles og kommer til udtryk, afhængigt af patientens livssituation, sygdomsforløb, personlighedskarakteristika, sociale netværk, opvækstforhold, kognitive funktionsniveau etc.

Psykologer, er som faggruppe uddannet til og trænet i at kombinere forskellige forskningsbaserede psykoterapeutiske metoder, og har klinisk ekspertise i at forstå, vælge, tilpasse og praktisere metoderne og behandlingen til den enkelte patients behov og præferencer for at opnå den bedste virkning. For at en uddannelse og specialisering i at udrede behovet og i særdeleshed i at udføre psykoterapien kan blive succesfuld, er der en række grundlæggende kompetencer og et teoretisk fundament, som skal være på plads. Dette er overensstemmende med alle andre specialiserede sundhedsfaglige områder.

Centralt i den psykoterapeutiske behandling er kommunikationen mellem psykolog og patient, men til forskel fra almindelig medmenneskelig samtale og rådgivning fordrer psykoterapi teoretisk og klinisk viden om den menneskelige psyke og udvikling samt nogle heraf afledte praksisser og samtaleteknikker, som psykologen behersker. Psykologens indsigt i psykopatologi samt mestring af forskellige anerkendte og relevante psykoterapeutiske metoder er afgørende for behandlingsresultatet.

Psykologer har en 5-årig kandidatuddannelse i psykologi – herunder udviklingspsykologi, psykopatologiens ætiologi, diagnostik og differentialdiagnostik samt en videre specialisering. Specialiseringen består i en 2-årig autorisationsuddannelse efterfulgt af en 3-årig specialistuddannelse i fx psykoterapi eller i klinisk børne- og ungepsykologi, som indeholder både teori, klinisk praksis og supervision. Et andet eksempel på specialisering er uddannelsen til specialpsykolog i psykiatrien, som er en 4-årig videreuddannelse i henholdsvis børne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri. Uddannelsen giver særlige specialistkompetencer i psykopatologisk udredning, diagnostik og behandling af patienter med psykiske lidelser, som sikrer en faglig høj kvalitet. Uddannelsen rummer både klinisk praksis og teori i fx psykopatologi med fokus på diagnostik og komorbiditet, psykologisk behandling og psykologisk og neurologisk testmetode.

Psykologisk praksis indebærer desuden at holde sig ajour med hensyn til den nyeste forskning på området og inddrage denne viden i sin kliniske praksis, hvorved der opnås den bedste og mest effektive behandling. Forskning viser, at velfungerende og effektiv behandling netop er karakteriseret ved, at behandleren løbende er i stand til at tilpasse behandlingen til patienters meget individuelle tilstande, problemstillinger, præferencer og behov¹⁶. Det er derfor nødvendigt at sikre sig, at fagpersonen, der udfører psykoterapien, har de tilstrækkelige og nødvendige forudsætninger for at gennemføre og vurdere behandlingen og dens forløb.

¹⁶ Norcross & Lambert, 2018; Norcross, 2011

Endelig er den autoriserede beskyttede psykologtitel underlagt de kontrolmekanismer vi har tilknyttet til behandling i sundhedssystemet, der sikrer patienterne kvalificeret behandling med høje faglige og etiske standarder.

En psykolog i psykiatrien vil i tillæg til den psykoterapeutiske behandling give råd om fysisk aktivitet, social kontakt m.v. og kan fx vurdere behov om videre udredning og behandling, fysioterapi, ergoterapi etc. efter behov. Det er også derfor vigtigt, at særligt psykiatrien er organiseret tværfagligt med psykologer, læger, fysioterapeuter, socialrådgivere m.v., som samarbejder om at give behandling, der virker og benytter alle de værktøjer, vi ved har dokumenteret effekt i behandlingen af psykiske lidelser. Samt at tværfaglighed og sammenhæng i behandling også etableres i andre sundhedstilbud i primærsektoren. Ved at sundhedspersonalet i fællesskab på bedste tværfaglige vis vurderer, hvad der er behov for, kan der gives et individuelt og helhedsorienteret tilbud til den enkelte. Det giver en sundhedsfaglig kvalitetssikring. Og tilpasningen til den enkelte patient – både i forhold til valg af psykoterapeutiske metoder og behov for tværfaglige behandlingstilbud - er netop en væsentlig del af psykologens kliniske ekspertise.

Det ambulante psykiatriske behandlingstilbud, OPUS, er et godt eksempel på, hvordan samspillet mellem de forskellige tværfaglige elementer af den samlede behandling er afgørende og med god effekt. OPUS er et specialiseret behandlingstilbud i psykiatrien om psykosocial behandling af unge, som er ramt af psykose eller psykoselignende symptomer. Her gives et tværfagligt behandlingstilbud bestående af både kognitiv adfærdsterapeutisk behandling, medicinsk behandling, social færdighedstræning, psykoedukation og løsning af sociale, uddannelses- og arbejdsmæssige problemer samt intensiv støtte til både patienten og dennes pårørende. Det tværfaglige behandlingsteam er sammensat af psykologer, psykiatere, psykiatriske sygeplejersker, socialrådgivere, ergoterapeuter m.v., og sikrer, at der er sammenhæng mellem den ambulante, den sygehusbaserede og den sociale indsats i behandlingsforløbet.

Gratis psykologbehandling viser gode resultater

Psykologerne i praksissektoren udgør en stor og vigtig del af tilbuddet i forhold til både forebyggelse og behandling i et sundhedsvæsen, hvor der i stigende grad er fokus på udvikling af borgernære sundhedstilbud. Tilskudsordningen for offentlig psykologbehandling er målgruppebaseret, og omfatter i dag både forebyggelse af psykisk lidelse i forbindelse med akut opståede krise- og belastningssituationer samt behandling af personer med let til moderat angst og depression.

I 2018 besluttede regeringen at indføre en forsøgsordning med en periode med tilbud om gratis psykologbehandling i ordningen for unge ramt af let til moderat angst eller depression efter henvisning fra almenpraktiserende læge. Ordningen skulle afhjælpe de store problemer, unge i dag oplever i forhold til psykisk mistrivsel og psykiske lidelser i forhold til især angst, depression samt de kraftigt stigende selvmordsrater, vi desværre har set hos de unge i løbet af de sidste år. Ordningen er i 2021 gjort permanent og behandler i dag ca. 13.000 18-24-årige på trods af lang ventetid til behandling (i feb. 2024 er ventetiden ca. 26 uger.)

I en forskningsundersøgelse af forsøgsordningen¹⁷ på vederlagsfri psykologhjælp viste det sig, at ordningen førte til et fald på 25 % i antallet af selvmordsforsøg blandt de unge¹⁸. Effekten sås især hos unge kvinder fra

¹⁷ Forskerne havde via de danske sundhedsregistre adgang til landsdækkende data fra i alt ca. 1,2 millioner individer i aldersgruppen og brugte personer tæt på aldersmæssigt som kontrolgruppe, hvilket gav anseelige 51 millioner patientmåneders observationer.

¹⁸ Kruse et al., 2022

højindkomstfamilier og mænd fra familier med lav indkomst. Hos de ressourcestærke piger – dem, vi populært kalder 12-tals-pigerne, og som er den gruppe, hvor vi ser flest selvmordsforsøg, sås et fald på 20 %. Endnu mere markant var faldet hos unge mænd fra lavindkomstområder, hvor der sås et fald i antal selvmordsforsøg på 45 %.

Ved at fjerne egenbetalingen fra ordningen for de unge blev brugen af psykologbehandlingen næsten fordoblet, og den største forøgelse kunne man se blandt unge fra familier med lavere indkomst. Dette indikerer, at reduceret egenbetaling faktisk kan give mere lige adgang til sundhed. Og Marie Kruse, ph.d. i sundhedsøkonomi, der står bag undersøgelsen, påpeger, at studiet klart viser, at bedre adgang til mental sundhedspleje for unge kan have en positiv indvirkning på deres mentale sundhed¹⁹.

Al behandling har bivirkninger – også psykoterapi

Debatten om psykoterapi handler også ofte om at psykoterapi har bivirkninger. Al behandling har bivirkninger – også psykoterapi, selvom de naturligvis ikke kan sammenlignes med de bivirkninger vi normalt ser ved fx medicinsk behandling. Forskningen i de behandlingsrelaterede bivirkninger af psykoterapi er imidlertid utilstrækkelig, og der er samlet set kun udført begrænsede studier om bivirkninger ved psykoterapi. Mere pålidelige data er således nødvendige for reelt at kunne lave et estimat over de reelle risici forbundet med psykoterapi og i hvilket omfang bivirkninger eksisterer i psykologbehandling.

Hvad er bivirkninger ved psykoterapi?

Bivirkninger ved psykoterapi kan komme til udtryk på forskellige måder, og kan fx give udslag i form af stigmatisering, en følelse af overvældelse, udvikling af et usundt afhængighedsforhold til behandleren, at behandleren kan komme til at overføre sin virkelighedsopfattelse og normer til patienten, påvirkede relationer som fx negative ændringer i familie- eller arbejdsliv eller generel tilpasning i livet.

Der kan altså være bivirkninger ved psykoterapi som med alle andre former for behandling og det er både velkendt for psykologerne og en del af deres arbejdsfelt at bemærke de bivirkninger, der kan opstå i et psykoterapeutisk forløb. Dette er også en del af 'De etiske principper for nordiske psykologer', som forpligtiger psykologer på at undgå, at den psykologfaglige praksis bliver misbrugt og forvolder skade. Hovedprincipperne her er respekt for patientens rettigheder og værdighed, kompetence, ansvar og integritet, og tjener til at beskytte patienter mod uhensigtsmæssig og/eller skadelig intervention. De fagetiske retningslinjer er bindende og regulerer psykologers faglige virksomhed. De stiller store krav til den enkelte psykologs etik, bevidsthed, ansvarsfølelse og faglige kvalifikationer.

Psykoterapi giver imidlertid ikke bivirkninger på samme måde, som medicinen kan gøre. I psykoterapi vil man som et led i behandlingen typisk gennemgå forandringer af fx tanke- eller handlingsmønstre, som man lærer at ændre, fx måden man tænker om sig selv og sine egne muligheder på. Man tillærer ny mestring i forhold til fx følelser, problemer eller livsvilkår, som man lærer at håndtere på mere hensigtsmæssige måder.

¹⁹ Ibid

Det er klart, at det kan være krævende at arbejde med, afhjælpe og forandre det, der er lidelsesfuldt, og at sådanne processer kan skabe reaktioner, som kan føles negative, smertefulde og meget overvældende. Det kan imidlertid være en nødvendig del af udviklingsprocessen, helingen og behandlingen. I modsætning til medicinsk behandling, vil man ved psykoterapi desuden også tilstræbe og ofte opnå en mere langtidsholdbar effekt gennem de nye tillærte mestringsstrategier, fordi man fx lærer at ændre sine depressive tankemønstre eller bliver bedre til at håndtere angst, og dermed får udviklet strategier, som også senere hen i livet kan bruges.

Men man kommer ikke udenom, at terapi er krævende for patienten, der er ingen hverken quick fix eller behandling uden at det koster indsats, aktivering af til tider ubehagelige følelser og tanker, og ofte også tårer. Endelig er en væsentlig pointe, at holde sig for øje i diskussionen af bivirkninger, at god behandling kan give bivirkninger, og at dårlig/forkert behandling giver fejlbehandlingsvirkninger, dette er en vigtig sondring som er en forudsætning for forståelsen af bivirkninger²⁰.

Og netop den manglende sondring mellem forskellige former for negative oplevelser i forbindelse med psykoterapi, og at forskningen i bivirkninger af psykoterapi i det hele taget er utilstrækkelig, må også tages med i betragtning.

Der mangler viden om omfanget og betydningen af bivirkninger ved psykoterapi

Det er vanskeligt at sige noget entydigt om betydningen af bivirkninger for psykoterapi reelt, og at kunne lave et estimat over de reelle risici forbundet med psykoterapi og i hvilket omfang bivirkninger eksisterer i psykoterapien. Dette grundet manglen på præcise og pålidelige data - og i det hele taget forskning herom. Der er overordnet nemlig kun udført begrænsede studier om bivirkninger ved psykoterapi²¹.

I en grundig screening af randomiserede kontrollerede forsøg (RCT)²² med psykologisk behandling for psykiske lidelser fandt forskere fx 132 kvalificerede forsøg, men kun 21 % angav, at der var foretaget en monitorering af 'skader', og kun 3 % gav en beskrivelse af uønskede hændelser ligesom de ej heller beskrev hvilken metode, der blev brugt til indsamling af disse data²³. Tilsvarende finder man i et andet review, at kun en femtedel af et stort antal randomiserede kontrollerede forsøg nævnte forekomsten af skade²⁴. De få forekomne kontrollerede studier dokumenterer vanskeligheden ved at vurdere omfanget og betydningen af psykoterapibivirkninger.

Manglen på data og forskning på området hænger også sammen med, at der mangler gennemafprøvede evalueringsværktøjer og generelt anerkendte instrumenter til at undersøge og monitorere behandlingsrelaterede bivirkninger af psykoterapi, og at der ingen standardiserede regler er for, hvordan

²⁰ Helt overordnet kan man sige, at bivirkninger er ugunstige reaktioner, som er forårsaget af en korrekt behandling, mens fejlbehandlingseffekter er konsekvensen af en uhensigtsmæssig/forkert og dårlig behandling.

²¹ Muschalla et al., 2023; Linden & Schermuly-Haupt, 2014

²² RCT-studier eller lodtrækningsforsøg, som de også kaldes, er en udbredt videnskabelig undersøgelsesmetode inden for sundhedsvidenskab, hvor forsøgspatienterne fordeles (randomiseres) til to (eller flere) grupper, hvoraf mindst en er en kontrolgruppe, der enten ikke modtager behandling eller modtager den hidtil bedst kendte behandling. Disse forsøg/studier laves for at kunne sammenligne effekten af nye behandlinger med allerede anvendte velkendte behandlinger eller ingen behandling samt for at kunne undersøge hvilke behandlinger, der giver færrest bivirkninger.

²³ Ibid

²⁴ Jonsson, 2014

man planlægger de videnskabelige undersøgelser heraf i randomiserede kontrollerede kliniske forsøg inden for psykoterapiforskningen.

Resultaterne fra de kontrollerede studier, der trods alt findes på området, hvor man har sammenlignet behandling med psykoterapi med forskellige former for kontrolgrupper, viser dog generelt færre bivirkninger i interventionsgrupperne, der modtog psykoterapi sammenlignet med kontrolgrupperne.

Det er nødvendigt at sondre mellem behandlingsrelaterede bivirkninger og andre typer negative virkninger – her er der en forskel på forskningen i medicin og i psykoterapi

Et andet problem i forhold til diskussionen om bivirkninger er som antydnet ovenfor en manglende differentiering mellem behandlingsrelaterede bivirkninger og andre typer af uønskede hændelser, der sker samtidig i patientens liv, fx en fyring.

Det er nemlig vigtigt at skelne mellem, hvad der relaterer sig til behandlingen, og hvad der ikke gør. Dette gør man også i den medicinske behandlingsforskning, når man undersøger bivirkninger ved behandling. Frasorteres fejlbehandlingseffekter og uønskede hændelser i patientens øvrige liv ikke, vil man få et 'forurenede' resultat, som ikke giver et retvisende billede af omfanget og betydningen af reelle bivirkninger ved psykoterapi.

Men der er også grunde til, at der i undersøgelser af psykoterapi sjældent rapporteres om muligheden for negative virkninger, set i sammenligning med undersøgelser om medicinsk behandling²⁵. For mens rapportering af bivirkninger i den biomedicinske forskning normalt er baseret på en mere eller mindre ligetil definition af skadelige hændelser, kæmper psykoterapeutisk behandlingseffektforskning stadig med at finde konsensus om, hvordan man definerer psykologiske bivirkninger, som er mere subtile. I forlængelse heraf er det et væsentligt problem, at der i psykoterapiforskningen ikke er nogen konsensus om, hvad man definerer som negativt. Fx problematiseres det i forlængelse heraf i et review af bivirkninger ved psykoterapi, at en begivenhed som en skilsmisse kan vurderes som både et negativt eller positivt udcome af psykoterapi, afhængigt af konteksten.

I sammenligningen af undersøgelserne af bivirkningerne i hhv. medicinsk behandling og psykoterapien, er der imidlertid også en anden væsentlig forskel i forhold til den måde man kan undersøge psykoterapien på. For når man ser på den kliniske effekt af psykoterapi fokuserer man ikke kun på forandringen af symptomer, men også på social adfærd, og på den måde vil spektret af mulige negative virkninger som følge af psykoterapi også være langt bredere end i den medicinske behandling.

På linje med den medicinske behandling skal der selvfølgelig også i forhold til psykoterapien tages stilling til kvaliteten af behandlingen i lyset af omfang af evt. bivirkninger. Med andre ord skal risikoen for bivirkninger ved psykoterapi selvfølgelig tages i betragtning og vurderes ved planlægningen af behandlingen, og patienterne bør informeres om bivirkningsprofilen, før behandlingen påbegyndes. Den kliniske effekt af behandlingen og evt. medfølgende bivirkninger heraf, må også vejes op imod intensiteten, varigheden og sværhedsgraden af patientens lidelse.

Det handler også om etik. Det er vigtigt at informere om risici og bivirkninger ved enhver behandling som en del af god klinisk praksis og etik. Det er behandlerens ansvar at vælge den behandling, der giver størst virkning med færrest og mindst alvorlige bivirkninger.

²⁵ Vaughan et al., 2014

Derfor er det også vigtigt, at man skelner bivirkninger fra fejlbehandling, og sikrer kvalitetskontrol i psykoterapi. Det er derfor også evident, at psykologer vedvarende uddannes i genkendelse, evaluering og dokumentation af bivirkninger, og lærer at planlægge behandlingen under hensyntagen til mulige negative konsekvenser. Dertil er det en god idé at indhente systematiske tilbagemeldinger fra patienter som går til psykologbehandling. Et nyt studie viser faktisk, at alliancen mellem patient og behandler bliver bedre, hvis behandleren taler med patienten om risici og bivirkninger²⁶.

Behov for mere forskning om bivirkninger

På trods af manglen på solide empiriske data kan man konkludere, at psykoterapi lige som al anden behandling ikke er fri for bivirkninger. Det er der mange, der har troet at den er, fordi de bivirkninger der kan forekomme i forbindelse med psykoterapi ikke matcher vores gængse opfattelse af, hvad bivirkninger er (som fx ved medicin).

Men selvom der er grunde til at antage, at der findes forskellige typer negative effekter i psykologiske behandlinger, og at forskere i de senere år på området også har vist en øget bevidsthed og opmærksomhed ift. negative effekter i psykoterapi, er det altså kompliceret at fastslå deres forekomst. Det kræver omhyggelige både teoretiske og metodiske diskussioner fremadrettet at afgøre hvordan man bedst løser problemstillingerne og definerer, monitorerer, vurderer og rapporterer de negative virkninger af psykoterapi²⁷.

Forskellige forslag til, hvordan man kan overvåge og rapportere negative effekter, er blevet fremsat af flere forskere, der er fx flere der har peget på, at vurderingen af bivirkninger bør starte med registrering af uønskede hændelser, men der er ingen tvivl om, at der er behov for mere forskning på området²⁸.

Psykoterapi har god effekt

Forskningsmæssig uenighed om ventelistepatienter som kontrolgruppe i studier om effekt af psykoterapi

Forskning i og viden om effekt af psykoterapi er vigtig og nødvendig for en evidensbaseret psykologpraksis med høj kvalitet og troværdighed, god etik og hensyn til patientens behov. Og ser vi på forskningen på området, viser den da også, at psykoterapi overordnet har moderat til stor effekt.

For at kunne vurdere resultaterne af effektforskningen af psykoterapi rigtigt og i diskussionen heraf nå frem til retvisende konklusioner, er det imidlertid vigtigt at kende til, hvordan de kliniske effekstudier foretages og hvordan resultaterne skal forstås. Desværre kan der til tider ske det, at man i diskussionen af emnet kommer til at sammenblende forskellige slags tal for effekt og forskellige typer kliniske studier, der ved sammenligning ikke giver retvisende konklusioner. Og det fører desværre til forvirring og en vildledende, snarere end oplysende diskussion.

²⁶ Resultaterne fra studiet tyder på, at monitorering ved standardiserede instrumenter (som en UE-PT-skala) og drøftelse af bivirkninger faktisk kan forbedre den terapeutiske alliance (Muschalla et al., 2023).

²⁷ Rozental et al., 2018

²⁸ se bl.a. Rozental et al., 2018; Linden & Schermuly-Haupt, 2014; Rozental et al., 2014

En del af diskussionen af effekt af psykoterapi og psykologbehandling beror i bund og grund på en forskningsdiskussion om kriterier for design af kliniske studier, som går på hvorvidt man kan stole på studier, som har ventelistepatienter som kontrolgruppe eller ej.

En af de måder man i de kliniske studier inden for psykologien ofte vil tilstræbe at måle effekten af psykoterapi på, er nemlig ved at sammenligne resultaterne for de patienter, der får behandling op mod dem der står på venteliste for den samme behandling, og dermed vurdere effekten af psykoterapien, sammenlignet med ingen behandling (dem der står på venteliste til behandlingen). Og der er blandt forskerne uenighed om hvorvidt disse ventelistestudier skal være med i vurderingen af hvor godt, psykoterapi virker eller ej.

Uanset kan det dog konkluderes, at psykologbehandling har god effekt. Kort sagt kan man sige, at hvis disse studier medtages i undersøgelsen af effekten af behandling med psykoterapi, så er konklusionen, at psykoterapi har stor effekt, langt over det meste medicin som tilbydes i somatikken. Hvis disse studier ikke inkluderes, så er konklusionen, at psykoterapi har moderat effekt, men fortsat er på linje med mange medikamenter, som tilbydes som standard i somatikken.

Diskussionen omkring brugen af ventelistepatienter som kontrolgruppe går mere specifikt på hvorvidt sådanne studier kan vise om dele af eller hele effekten skyldes placeboeffekten eller ej, og at vi dermed kan få et skævt billede af, hvor godt behandlingen virker. Den første forskningsposition, der problematiserer brugen af venteliste som kontrolgruppe i effektstudierne, hviler især på den oprindelige metaanalyse af den hollandske kliniske psykolog og forsker, Pim Cuijpers om effekten af psykoterapi i forhold til depression²⁹. Den satte strenge kriterier for kvaliteten af de enkeltstudier, der blev medtaget, og det påvirkede resultaterne. I stedet for at vise store effektstørrelser, blev konklusionen at psykoterapi virker ganske beskedent (effektstørrelsen var kun omkring 0,2-0,3 i studiet³⁰).

Andre forskere – både herhjemme og internationalt - mener, at Cuijpers studie har store videnskabelige problemer, og dermed ikke giver et retvisende svar, når det gælder effekten af psykoterapi for depression.

Forskerne påpeger, hvordan kriterierne i Cuijpers studie er alt for strenge og dermed udelukker vigtige resultater. Af samme grund er de data, som studiet bygger på blevet genanalyseret og genpubliceret af førende psykoterapiforskere som Allan Abbass og Bruce Wampold med fund, som giver meget mere opløftende resultater, hvad angår effekten af psykoterapi³¹. Når de foretager deres opsummeringer, viser resultaterne en effekt på omkring 0,7, hvilket altså er moderat/stor virkning.

Det opleves af og til, at Cuijpers studie bruges meget offensivt i debatten om effekten af psykoterapi, på trods af at Cuijpers selv rent faktisk senere har erkendt, at han med den oprindelige metaanalyse var for streng i sine kriterier. Han har efterfølgende publiceret en ny metaanalyse, som viser langt bedre resultater for effekten af psykoterapi. (For en mere udførlig gennemgang af hovedproblemerne ved Cuijpers oprindelige studie, som de lave effektstal især kommer fra, se bilag 1).

²⁹ Cuijpers et al., 2018

³⁰ Disse effektstørrelsestal er et mål forskere ofte bruger når de skal opgive hvor stor virkning en behandling har. Hvis en behandling har en effektstørrelse på 0,2, regnes det som at den har lille virkning. En effektstørrelse på 0,5 regnes som middel/moderat virkning, mens et tal på 0,8 eller over regnes som stor virkning.

³¹ Munder et al., 2019

Omvendt argumenterer de forskere, der argumenterer for, at ventelistestudierne skal medtages i vurderingen af effekten af psykoterapi, at man kunstigt vil svække den effekt, man finder for psykoterapi hvis ventelistestudierne ikke medtages.

Som nævnt ovenfor kan det dog imidlertid konkluderes, at forskningen uanset hvad, viser god effekt af psykoterapi. Ved ventelistestudierne ses en stor effekt af behandlingen, og ved studierne der ikke medtager ventelister som kontrolgruppe, ses en mere moderat virkning. Flere forskere som bl.a. Ole André Solbakken, norsk professor i psykologi ved Universitetet i Oslo og hans kollegaer, peger på, hvordan effekten af psykoterapi generelt ligger på omkring 0,8 i gennemsnit, på tværs af psykologer, diagnosekriterier, terapiretninger og patienter³². Dette betyder altså at psykoterapi generelt har stor virkning. Denne konklusion understøttes af omfattende forskning. Fx kan man i tre nye systematiske reviews og metaanalyser, alle fra 2023 - der undersøger effekten af psykoterapi for voksne med depression i RCT-studier - se samme konklusion. Metaanalyserne viser stor og signifikant effekt af psykoterapi og en klar overlegenhed i effektstørrelser sammenlignet med både de kontrolgrupper, hvor der ikke blev modtaget behandling og de kontrolgrupper, hvor der blev modtaget sædvanlig behandling³³.

Endelig må der henvises til et andet væsentligt forhold og argument i diskussionen af effekten af psykoterapi, som den anden forskningsposition fremhører (dem der mener at ventelisteforsøgene skal medtages). Nemlig at det er henimod umuligt at designe kliniske studier af effekten af psykoterapi med andre kontrolgrupper end en ventelistegruppe, grundet de etiske og praktiske implikationer heraf. Det er uetisk at lade patienter stå på venteliste i for lang tid. Dette er noget som de fleste psykoterapiforskere vil kunne genkende.

Psykiske og fysiske lidelser skal undersøges forskelligt: Diskussionen af effektstudier af hhv. psykoterapi og medicin

Endnu en væsentlig pointe i diskussionen af effekt af psykoterapi er, at psykoterapistudier aldrig vil kunne gennemføres med samme stringens som studier, hvor man måler effekt af medicin. I et studie af et lægemiddel kan man nemlig give alle den samme pille, men i psykoterapien er behandlingen et samspil mellem behandleren og patienten og vil derfor være forskelligt tilrettelagt fra person til person. Det kan derfor af indlysende årsager ikke standardiseres på samme måde.

Netop dette forhold – og forskelligheden i karakteren af henholdsvis en psykisk og fysisk lidelse og dermed hvordan man bedst undersøger effekten af behandlingen på - peger ind i en overordnet forskningsmæssig paradigmediskussion. Der er nemlig udfordringer ved direkte at overføre de lægevidenskabelige undersøgelsesmetoder til psykologiske behandlingsformer. For psykologer vil det nemlig ikke altid give mening at tilbyde alle patienter "den samme"/'one size fits all' behandling, sådan som det i højere grad gør sig gældende ved fysiske sygdomme.

I RCT-studierne undersøger man typisk den 'gennemsnitlige' virkning af behandlingen. Dette giver god mening, når man vil undersøge effekten af fx en hovedpinepille, hvor man på et helt generelt plan antager, at menneskers biologiske indretning er tilstrækkeligt ens til, at langt de fleste mennesker reagerer på samme måde. Men for psykiske lidelser er det anderledes. Hvordan mennesker reagerer på psykologisk behandling, kan være meget forskelligt, og hænger blandt andet sammen med faktorer såsom patientens kultur, opvækst, personlighed, relationen mellem psykologen og patienten samt ikke mindst patientens egen indstilling til det, at gå i terapi. Det vil i den psykoterapeutiske behandling med andre ord være

³² Solbakken et al., 2022

³³ Bhattacharya et al., 2023; Ji et al., 2023; Caselli et al., 2023

nødvendigt og det mest virksomme, at psykologen tager hensyn til patienternes præferencer og tilpasser behandlingen til den enkelte patient.

En anden beslægtet problemstilling er, at et RCT-studie indebærer, at alle de patienter, der indgår i studiet, helst skal fejle "det samme", for at man kan være sikker på, at man kan sammenligne resultaterne for de to grupper, man har undersøgt. Dette krav kan dog være rigtig svært at efterleve, når man vil undersøge behandlingen af psykiske lidelser, der ofte er meget sværere at afgrænse end fysiske sygdomme. Hvordan en lidelse såsom depression kommer til udtryk hos den enkelte, og hvad dens årsager er, kan være meget forskelligt fra person til person. Det kan derfor være svært at sammensætte sammenlignelige patientgrupper, der kan give ligeså stor sikkerhed for undersøgelsesresultaterne, som man kan, når man undersøger fysisk sygdom.

Udfordringen i at overføre de kriterier og undersøgelsesmetoder, man inden for den medicinske forskning har opstillet for at vurdere virkningen af fx hofteoperationer og kemoterapi, er altså, at de ikke altid er velegnede til at indfange de aspekter af behandlingen, der er vigtige for at vurdere effekten af psykoterapi. Derfor kan man ikke uden videre bruge de lægevidenskabelige undersøgelsesmodeller og kriterier for evidens som det eneste grundlag for at vurdere, om en given psykologisk behandling er gavnlig eller ej.

Bestræbelserne på at udarbejde praksisretningslinjer og udbrede evidensbaserede behandlinger inden for mental sundhed er nødvendige for at forskningen kan få klinisk anvendelse og dermed guide 'best practice'. Og RCT-studierne viser da også, at effekten af psykoterapi lever op til strenge videnskabelige standarder og er på linje med eller bedre end medicinske behandlinger af psykiske lidelser. Men samtidig har mange både praktikere/klinikere og forskere fundet disse forskningsbestræbelser på at få forskningen til at passe ind i det medicinske 'forskningsparadigme' ufuldstændigt, fordi de stort set ignorerer den terapeutiske alliance og behandlerens personlighed.

Så hvis psykologisk praksis skal være af høj kvalitet, må den derfor bygge på både *den bedste forskning* (og dermed ikke kun på RCT-studier) og *på psykologisk ekspertise*, set i sammenhæng med patientens individuelle person, situation, kultur og præferencer. Et snævert fokus på evidensbaseret viden, baseret udelukkende på medicinske kriterier for vurderingen af effekt, er altså ikke tilstrækkelig, hvis vi skal sikre kvaliteten af psykoterapi til mennesker med psykiske lidelser.

Sammenblanding af effektstørrelsestal, forskellige typer studier samt forskning af lav kvalitet

Endelig er en af de misforståelser man ofte møder i diskussionen om effekt af psykoterapi en sammenblanding af, hvordan effekten af behandlingen måles. Altså at man utilsigtet kommer til at sammenblende de forskellige forskningsmæssige måder at se på og undersøge effekt (se faktaboks for en mere detaljeret og teknisk forklaring). Dermed kan en god del af det, som ved første øjekast virker som en spændende faglig uenighed eller ligefrem et sensationel nyt fund om effekten af psykologbehandling, i stedet forklares med utilstrækkelig kontekstuel information i forhold til de tal, der bliver præsenteret i artikler og refereret til i diskussionen om effekt af psykoterapi. Også dette kan føre til vildledende diskussioner og forkerte konklusioner.

FAKTABOKS

Årsagen til at tallene for effekt af psykoterapi, som benyttes i diskussionen, er så forskellige og let kan lede til misforståelser, kan forklares med, at de forskellige effektstal udgør svar på to forskellige spørgsmål. Det kræver en lidt teknisk forklaring.

Effektstørrelse omhandler, som navnet røber, hvor stor en given effekt er. 'Numbers needed to treat (NNT)' er en slags omskrivning af dette. For at kunne beregne sådanne tal må der foretages en sammenligning. Størrelsen på forskellen – eller effekten – man ender op med, vil da naturligt nok afhænge af, hvad man vælger at sammenligne. En sammenligning med en passiv kontrolbetingelse (som 'ingen behandling' eller 'venteliste') giver os svaret på, hvor meget bedre en gruppe behandlede patienter bliver, end en gruppe, som ikke får behandling (kontrolleret for effekt af tid eller naturlig bedring). Dette kan kaldes **total eller absolut effekt**.

En sammenligning med en aktiv kontrolbetingelse (som den sædvanlige behandling) giver på den anden side svar på, hvor meget bedre gruppen, man studerer bliver end en gruppe, som får en anden form for (mere eller mindre) virksom behandling. Dette kaldes **relativ effekt**. Det siger sig selv, at det første tal vil blive større end det sidste.

Dette er hverken et problem eller en nyhed. I nogle tilfælde kan man være mest optaget af absolut effekt, og i andre tilfælde af relativ effekt. Det afgørende her er hvilket spørgsmål, man forsøger at besvare. Når man fx skal undersøge og sammenligne to forskellige behandlinger, får man en relativ forskel i effekt på de to behandlingsformer, mens man ved sammenligning af fx en ny behandling med ingen behandling, får en absolut eller total effekt af den nye behandling. Både absolutte og relative effekter kan være vigtige og interessante, men de bør altså ikke forveksles med hinanden.

Det som bliver essentielt, når en effektstørrelse eller et NNT-tal præsenteres i artikler, er at give tilstrækkelig kontekstuel information til at læsere kan forstå hvad tallet, man vælger at henvise til faktisk betyder. Effektstørrelser på 0,2-0,3 er fx dukket op i medier som videnskab.dk i denne diskussion. Mens disse tal egentlig henviser til relative effekter fra sammenligninger med nok så aktive kontrolbetingelser (sædvanlig behandling), bliver de i videnskab.dk præsenteret, som om de repræsenterer absolut effekt baseret på sammenligning med passive kontrolbetingelser (ingen behandling). Således bliver resultatet af diskussionen misvisende, og effektallene bliver hængende i luften uden tilstrækkelig forklaring eller kontekst³⁴.

Internetbaseret behandling virker for nogle- men langt fra for alle

Internetbaseret/digital behandling til patienter med psykiske lidelser er et område i rivende vækst, både nationalt og internationalt. Det er en ny måde at levere psykologisk behandling på uafhængigt af, hvor man befinder sig og det har et stort potentiale og fleksibel tilgang, der kan nå målgrupper på en anden måde end ved de traditionelle behandlingstilbud på en fysisk lokalitet. De internetbaserede behandlingsformer breder sig i stigende grad også som behandlingstilbud herhjemme både i primær- og sekundærsektoren og til både lettere og tungere lidelser og patientgrupper. Det er et af de hurtigst voksende forskningsområder inden for psykologien i dag.

Internetbaseret behandling er en forholdsvis ny behandlingsform, og det er vigtigt, at være opmærksom på, at der generelt fortsat er flere ubesvarede forskningsspørgsmål i forhold til anvendelsen og effekten af

³⁴ Ekroll & Nissen-Lie, 2023

denne. Et af de væsentligste spørgsmål handler om, hvilken type behandling, der virker bedst for hvilke målgrupper, og der er noget, der tyder på, at ikke alle patienter har gavn af den digitale behandlingsform.

Internetbaseret behandling er en meningsfuld og nyttig tilføjelse til spektret af behandlingstilbud i et moderne sundhedsvæsen, men bør ikke ses som en erstatning for den traditionelle ansigt-til-ansigt³⁵ psykoterapeutiske behandling og kan heller ikke være et automatisk førstevalg af behandlingstilbud til alle patienter. Det bør tilbydes velovervejet i de tilfælde, hvor vi ved, det virker og patienten selv er motiveret og har præferencer herfor.

Internetbaseret behandling dækker over mange forskellige typer behandlingstilbud

Internetbaseret behandling er et paraplybegreb, der dækker over forskellige former for digital behandling, der gør brug af mange slags teknologier, der kan anvendes på mange forskellige måder. Der er i dag en tendens til at man i debatten glemmer at skelne mellem de forskellige typer digitale behandlingstilbud.

Internetbaseret behandling dækker over både videokonference anvendt til behandlingssamtaler, som ligner den almindelige ansigt-til-ansigt psykoterapeutiske behandling, bortset fra at samtalerne foregår over video. En undersøgelse viser, at ca. 74 pct. af psykologerne i den offentlige psykologordning nu kan tilbyde videokonsultationer, når det efterspørges af patienterne³⁶.

Men begrebet digital behandling dækker også over internetbaserede programmer, som er guidede selvhjælpsprogrammer og digitale værktøjer til diagnosticering, behandling og monitorering af psykiske lidelser samt til håndtering af mentale problemer mere bredt, som fx bruges i internet-/telepsykiatrien. I Danmark er et af de mest udbredte tilbud Internetpsykiatrien - Center for Digital Psykiatri i Region Syddanmark, der driver internetbaserede behandlingstilbud til voksne som lider af mild til moderat depression og angst. Behandlingen foregår online via et tekstbaseret selvhjælpsprogram, hvor patienten løbende støttes skriftligt af en psykolog. Tilbuddet er et åbent tilbud, hvor man selv henvender sig som borger, hvorefter man får tilbudt en screeningsamtale.

Hertil dækker begrebet digital behandling desuden over en lang række hybrid-programmer, portaler og spil til selvhjælp, apps til smartphones og tablets til fx selvmonitorering, sensorteknologier, virtual reality og meget mere.

Hvordan virker internetbaseret behandling?

Den grundlæggende behandlingsmekanisme eller det virksomme princip i internetbaseret psykologisk behandling anses for at være det samme som i ansigt-til-ansigt behandling. Den væsentligste forskel er formatet og måden det leveres på, især i forhold til mængden og formen af den tilbudte kliniske vejledning fra behandler. Som et grundlæggende princip kan de internetbaserede programmer implementeres med forskellige grader af menneskelig/psykolog støtte.

³⁵ Begrebet 'ansigt-til-ansigt behandling' benyttes i relation til den digitale behandling som betegnelse for den klassiske behandling, hvor patient og behandler sidder fysisk sammen på samme lokalitet.

³⁶ Dansk Psykolog Forening, 2024

I dag er den mest anvendte metode i internetbaseret behandling den såkaldte "guede selvhjælp", hvor evidensbaseret indhold sædvanligvis leveres som digitalt selvhjælpsmateriale, så patienterne kan udføre de fleste opgaver selvstændigt og på egen computer/device.

En ledsagende behandler giver derefter løbende feedback/vejledning på opgaverne, oftest en gang om ugen. Kommunikationen fra behandleren kan ske enten synkront (via tekst, lyd eller video) eller asynkront (fx via e-mail). Sidstnævnte er mere almindeligt brugt og tager normalt fra et par minutter til nogle timer pr. patient og intervention. For patienten kan bearbejdningen af selvhjælpsmaterialet, udførelsen og gentagelsen af øvelser, samt korrespondancen med behandleren være meget intens og kræve en meget større tidsinvestering end det gør for den støttende behandler³⁷.

Mange patienter oplever også, at det kræver en del flere ressourcer at henholdsvis anvende de internetbaserede programmer og digitale enheder/apps, oploade m.v., end hvis de gik i traditionel ansigt-til-ansigt behandling. Det kan på den ene side bidrage til at skabe ejerskab og ansvar for behandlingen hos den ressourcestærke patient, der har mulighed for at være tovholder på egen behandling. Omvendt kræver det også en del tid, ressourcer, overskud og kognitiv kapacitet og stiller altså høje krav til patientens egen indsats og ansvar for behandlingen. Derfor er screening og visitation af patienter også afgørende for at få effekt af internetbaseret behandling, idet ikke alle patienter vil kunne administrere og have overskud nok til at gennemføre og profilere af behandlingsformen.

Grundig visitation af patienter er afgørende for effekten af internetbaseret behandling

For at opnå god effekt af internetbaserede behandlingsformer er det afgørende, at der er en grundig visitation af patienter, bl.a. som man gør ved Center for Digital Psykiatri i Internetpsykiatrien i Region Syddanmark. Her søgte næsten 3.100 borgere behandling i 2022, over 2.500 blev screenet og der blev tilbudt omkring 2.100 forsamtaler, fordelt på 1.708 patienter. Heraf var det dog kun 540 patienter, der blev tilbudt behandling for angst eller depression, tilsammen i de fem regioner³⁸.

Statistisk analyse af data fra undersøgelsen af tilbuddet i Internetpsykiatrien viser en god behandlingseffekt for især depression og for de fleste angsttyper (behandlingen af enkelfobi viser dog kun en moderat effekt, og særligt data fra angstbehandlingen bør tolkes konservativt, da der er tale om små grupper af patienter). Men de gode resultater for den internetbaserede behandling i Internetpsykiatrien hænger også sammen med en skarp screening af de rette patienter til tilbuddet.

De hyppigste årsager til at en patient ikke blev godkendt til behandling i dette tilbud i Internetpsykiatrien skyldes 'kompleksitet', at psykologen har ' anbefalet anden behandling' eller at patienten har udtrykt ønske om ikke at indgå i 'skriftlig behandling'. Det understreges i Internetpsykiatriens årsrapport for 2022, at sidstnævnte grund til afvisning i behandlingstilbuddet peger på et behov for en forbedret kommunikationsindsats, så patienter lettere fra start kan vurdere, om der er et match mellem deres livssituation, præferencer og behandlingstilbuddet. De kliniske eksklusionskriterier efter endt forsamtale inkluderer desuden alvorlige psykiske lidelser som psykotiske lidelser, personlighedsforstyrrelser, bipolar lidelse, OCD, ubehandlet PTSD, misbrug eller høj selvmordsrisiko³⁹.

³⁷ Berger & Andersson, 2009

³⁸ Damgaard-Sørensen, 2023

³⁹ Ibid

For nyligt foreslog Danske Regioner, at digitale psykologstøttede selvhjælpsprogrammer, som man ser i Internetpsykiatrien, altid skal være førstevalg, når en patient med angst og depression henvender sig hos praktiserende læge. Det vil sige, at patienterne i stedet for en henvisning til en psykolog guides ind i et online behandlingsforløb, hvor de selv laver øvelser og får skriftlig feedback af en psykolog.

Effekten af et internetbaseret tilbud afhænger af, at der er foretaget en grundig og kvalificeret screening, så tilbuddet kun tildeles til den rigtige målgruppe, hvor man ved, at den er virksom. Alle patienter i behandling i Internetpsykiatrien - Center for Digital behandling er 'selvhenvendere'. Ud over at screene for diagnose og graden heraf, og at sikre at der ikke er andre samtidige lidelser eller misbrug, er det altså også afgørende at sikre sig, at patienten har præference for og er motiveret for tilbuddet.

Hvad ved vi om effekten af den internetbaserede behandling?

Overordnet indikerer forskningen på området, at den digitale behandling virker lige så godt som ansigt-til-ansigt behandlingen og at resultaterne i forhold til effekten er sammenlignelige, særligt i forhold til effektmål som symptomreduktion⁴⁰. Men der er fortsat behov for mere forskning på området.

Der er omfattende internationale RCT-studier af udenlandske internetbaserede programmer, som alle tydeligt indikerer et stort potentiale til forebyggelse og behandling af psykiske og adfærdsmæssige lidelser. Særligt velundersøgt er de guidede selvhjælpsinterventioner, som er den form for digital behandling, der er blevet forsket mest i. De mest veletablerede og hyppigt undersøgte internetbaserede programmer er for behandling af angstlidelser og depression. I sammenligning med kontrolgrupper, hvor der ikke modtages behandling, er der blevet dokumenteret høj effekt i et stort antal undersøgelser af de internetbaserede selvhjælpsprogrammer for depression, socialforbi, panikangst og generaliseret angst.

I en anden udenlandsk metaanalyse af internetbaseret behandling, baseret på 22 RCT-studier i forhold til depression og angstlidelser, lå den standardiserede effektstørrelse på gennemsnitlig 0,88, hvilket betyder meget god effekt⁴¹. Gennem en anden meta-analyse baseret på RCT-studier blev anvendeligheden og effektiviteten af internetbaseret behandling endvidere bekræftet for andre psykiske lidelser, såsom posttraumatisk stresslidelse, søvnforstyrrelser, spiseforstyrrelser og stofmisbrug⁴². Der er også noget der tyder på, at internetbaseret behandling kan være særligt velegnet til patienter med tilstande såsom helbredsangst⁴³, som der kan være en del stigma omkring eller social fobi/social angst⁴⁴.

Forskningen i effekten af internetbaseret behandling i forhold til øvrige psykiske lidelser er derimod fortsat mangelfuld og de resultater der findes, er overvejende uklare. Der findes dog lovende begyndende resultater fra enkelt RCT-studier, for eksempel for OCD⁴⁵, psykotiske lidelser⁴⁶, kompliceret sorg og spilafhængighed⁴⁷.

⁴⁰ Hedman-Lagerlöf et al., 2023; Carlbring et al., 2018

⁴¹ Andrews et al., 2010

⁴² Ebert et al., 2018

⁴³ I Klinik for funktionelle lidelser ved Århus Universitetshospital, anvender man og forsker i internetbaseret behandling af helbredsangst med gode resultater.

⁴⁴ Hedman-Lagerlöf et al., 2023; Hoffmann, 2018

⁴⁵ Lenhard et al., 2017

⁴⁶ Gottlieb et al., 2013

⁴⁷ Luquiens et al., 2016

Udover at de fleste studier og metaanalyser, der er foretaget på området, fokuserer på behandlingen af de store og mest udbredte psykiske lidelser såsom angstlidelser og depression, undersøger metaanalyserne især anvendelsen af kognitiv adfærdsterapi (og forskellige grene herunder), og i mindre grad andre af de etablerede psykoterapeutiske retninger. De internetbaserede behandlingsformer er grundet deres karakteristiske struktur, standardisering og fokus på træning af strategier og specifik adfærd, særligt velegnede til tilgange og terapeutiske retninger, der er målrettet ændringer i tanker og adfærd. Der er dog også fundet lovende indikationer for potentialet i anvendelsen af andre teoretiske tilgange for de internetbaserede behandlinger, som fx mindfulness-baserede metoder, ACT (Acceptance and Commitment Therapy) eller psykodynamiske retninger⁴⁸.

Selvom behandlingseffekten i gennemsnit er ens på tværs af de to formater (internetbaseret og ansigt-til-ansigt), er der meget der tyder på, at ansigt-til-ansigt behandling er mere velegnet for nogle patienter og internetbaseret for andre⁴⁹. Det er der behov for at forske mere i. Andre vigtige områder for fremtidig forskning er at undersøge implementeringsstrategier og de potentielle fordele ved at benytte såkaldte 'blended treatments'/blandede behandlingsformer, hvor patienten modtager både online og ansigt-til-ansigt sessioner i kombination⁵⁰.

Den terapeutiske alliance i internetbaseret behandling

Som redegjort for tidligere viser forskningen, at den terapeutiske alliance er en afgørende faktor for effekten af den psykoterapeutiske ansigt-til-ansigt behandling. I den internetbaserede behandling er den terapeutiske alliance sammenlignelig med ansigt-til-ansigt behandlingen, hvis man forstår alliancen i et bredere perspektiv. Dette fordi den i nogle tilfælde, afhængigt af hvilket program der benyttes, også kan indebære forbindelsen til en computer-stemme, en avatar m.v. På trods af, at der i internetbehandlingen ses en væsentlig reduktion af den samlede både kvalitative og kvantitative terapeutiske kontakt samt fraværet af sociale og nonverbale signaler, er der studier, der indikerer, at en god terapeutisk alliance kan udvikles på samme måde som i ansigt-til-ansigt behandlingen⁵¹.

For både nogle psykologer og nogle patienter kan det imidlertid tage længere tid at danne alliancen i den internetbaserede behandling i forhold til ansigt-til-ansigt behandlingen, da kontakten kan opleves som mere upersonlig. Det vil derfor for både patient og behandler være afgørende for behandlingsudbyttet, at de har præferencer for behandlingsformen.

Kan internetbaseret behandling erstatte traditionel psykologbehandling?

Er en levende behandler så overhovedet nødvendig i internetbaserede sammenhænge eller vil fuldautomatiserede selvhjælpsprogrammer være tilstrækkeligt for størstedelen af patienterne i fremtiden?

Her viser forskningen tydeligt, at internetbaseret behandling, der er akkompagneret med terapeutkontakt og -vejledning har en betydeligt større terapeutisk effekt end uden⁵². Baumeister og hans kollegaer har i et systematisk review rapporteret, at internetbaseret behandling med tilhørende terapeutisk støtte har en

⁴⁸ Ebert et al., 2018

⁴⁹ Hedman-Lagerlöf et al., 2023

⁵⁰ Mathiasen et al., 2022

⁵¹ Ebert et al., 2018; Andersson et al., 2012.

⁵² Baumeister et al., 2014

markant lavere frafaldsrate og opnår en større reduktion af symptomer end i de internetbaserede programmer uden en sådan menneskelig/psykologstøtte⁵³.

Relevansen af den terapeutiske kontakt er også vist gennem en metaanalyse af internetbaseret behandling udført af Richards og Richardson, som bl.a. sammenligner effekten af henholdsvis terapeutstøttet og ikke-terapeutstøttet internetbehandling af depression. Resultaterne viser, at den terapeut-støttede internetbehandling gav signifikant bedre effekt i forhold til den kliniske bedring og recovery samt større fastholdelse af patienterne i behandlingsforløbet⁵⁴.

Begrænsninger ved internetbaseret behandling og mulige negative effekter

Som med enhver anden behandlingsmetode er det vigtigt at tage højde for de begrænsninger og risici, der er forbundet med internetbaseret behandling i tillæg til alle de potentielle fordele ved tilgangen.

Det er af flere forskere og klinikere blevet problematiseret, at evnen til at vurdere risiko og at reagere hensigtsmæssigt på nødsituationer (såsom risiko for selvmord), vil være meget begrænset i de internetbaserede programmer, der står alene uden den terapeutiske støtte.

Dette fordi, man her ikke vil kunne se og opdage de nonverbale signaler, der hjælper behandleren med at vurdere fx dissociation (ifm. traumer) og selvmordstanker hos patienten. Derfor betragtes akut selvmodsrisiko i mange tilfælde også ofte som et kriterium til udelukkelse i forhold til den internetbaserede behandling. Men der findes imidlertid også aktuelle empiriske undersøgelser, der viser, at internetbaseret behandling kan bruges effektivt i behandlingen af suicidale patienter generelt og kan reducere selvmordstendenser betydeligt⁵⁵. Der er behov for yderligere forskning i forhold til dette.

Andre mulige negative virkninger og potentielle risici, der er blevet adresseret i forbindelse med brugen af internetbaseret behandling på dette stadie, omfatter den begrænsede mulighed for rettidigt at kunne identificere selvskadende patienter.

Ved internetbaseret behandling er der desuden en stor risiko for upræcis eller fejlagtig udredning og diagnosticering samt risikoen for udvikling af negative holdninger til psykologisk behandling generelt hos patienter, der ikke responderer på internetbaseret behandling.

Forestiller man sig i forlængelse heraf et scenarie, hvor alle patienter med behov for hjælp til behandling af psykiske problemer og lidelser automatisk henvises til og startes op i et internetbaseret tilbud i en stepped-care tankegang, uden hensyn til patientens egne præferencer og valg, vil det efter al sandsynlighed være forbundet med skade af mange patienters motivation for og tillid til behandlingen og sundhedssystemet generelt.

Yderligere negative virkninger og potentielle risici ved anvendelsen af internetbaseret behandling, der er blevet påtalt af forskere og klinikere, er en overdreven efterspørgsel eller mental overbelastning af nogle af de patienter, der selv skal administrere de terapeutiske metoder samt risikoen for udvikling af en teknologisk og terapeutisk afhængighed (fx en patient med agorafobi, der vil føle sig usikker på at være i offentlige rum uden muligheden for have sin iPhone til symptomkontrol, hvis der opstår problemer).

⁵³ Ibid

⁵⁴ Richards & Richardson, 2012

⁵⁵ Ebert et al., 2018

Der har dertil været en opmærksomhed på risikoen for forværring af symptomer i særlige patientundergrupper, der har behov for øget behandlerkontakt⁵⁶. Vi ved heller ikke nok om egnetheden af internetbaseret behandling, når der er tale om komorbiditet hos patienten, som der vil være for mange patienter der opsøger behandling. Det er også derfor vi i Internetpsykiatrien i Region Syddanmark ser, at de afviser patienter når de er for komplekse, har flere samtidige lidelser eller fx har misbrugsproblemer ved siden af deres angst eller depression.

Endelig vil der i nogle tilfælde også kunne opstå negative effekter af den internetbaserede behandling, såsom forringelse, manglende respons på behandlingen, uønskede hændelser, som svarer til nogle af de negative effekter og bivirkninger, vi kan se ved ansigt-til-ansigt behandlingen. Men også her er der behov for mere forskning på området for at fremme forståelsen af hvad der bidrager hertil og undersøge sammenhængen mellem de negative effekter og behandlingsresultater.

Sidst men ikke mindst er et væsentligt opmærksomhedspunkt i forhold til vurderingen af eventuelle risici forbundet med brugen af den internetbaserede behandling, hvordan vi regulerer og sikrer standarder for kvalitetssikring af de mange digitale programmer. Der findes nemlig et utal af kommercielle, ikke-videnskabeligt baserede websteder på internettet, og kvaliteten af de kommercielle tilbud er i mange tilfælde ikke gennemsigtige for brugeren eller kan garanteres.

Risiko for frafald og manglende tilslutning

I mange af de internetbaserede programmer er der i høj grad tale om selvadministreret eller ikke-guidet behandling (i modsætning til behandleradministreret behandling). Selvadministreret behandling, hvor man som patient altså selv er tovholder på sin behandling, er i princippet en lavintensiv behandlingsform med lavere omkostninger af sundhedsressourcer, da den har til formål at mindske inddragelsen af sekundære parter ved derimod at øge inddragelsen af patienten selv.

Sådanne behandlingsprogrammer kan have en bred rækkevidde med lave omkostninger, men er ofte også ledsaget af en dårligere tilslutning og højere frafaldsrater end ansigt-til-ansigt behandlingen. Derfor er de selvadministrerede behandlinger, som er støttet eller guidet af en behandler via realtidskontakt (fx ved telefon eller videokonference) eller efterfølgende kontakt (fx e-mail) ofte også dem, der anvendes i dag, for at forbedre behandlingens tilslutning/overholdelse og effektivitet.

Og de guidede selvhjælpsprogrammer kræver naturligvis tid fra behandleren ikke bare under sessionen med patienten, men også både før og efter, hvor det er nødvendigt at foretage indledende vurdering, udredning og visitation, oplæsning på journal mellem de forskellige sessioner, løbende kortlægning af symptomer, svare patienten på spørgsmål indimellem sessionerne m.v. Faktisk kan det være før og efter selve sessionen, der kræver mest tid for behandleren. Erfaringen fra mange psykologer, der benytter disse støttende programmer er, at jo mere tid de anvender i forhold til den indledende vurdering, tid brugt på løbende svar og guidning, at læse op på sidste session etc., jo mere effektiv bliver behandlingen også. På den måde er de guidede internetbaserede programmer ikke nødvendigvis tidsbesparende i forhold til ansigt-til-ansigt behandlingen. Tid og kvalitet hænger sammen.

⁵⁶ Ibid

Dertil må man i forhold til omkostningseffektiviteten af de internetbaserede programmer også medregne omkostninger i forhold til både udvikling, drift og vedligeholdelse af tekniske løsninger og platforme samt løbende udvikling og forbedring af de forskellige programmer.

Det er i diskussionen af anvendelsen af internetbaseret behandling vigtigt at skelne mellem, om den bør anvendes som et supplerende tilbud til ansigt-til-ansigt behandlingen eller tænkes anvendt som en erstatning herfor.

Ofte sker der nemlig det, at det bliver økonomiske fremfor faglige og etiske incitamenter, der bruges til at argumentere for erstatningsperspektivet, hvilket både fagligt og etisk er kritisabelt. Selvfølgelig skal vi have mest muligt sundhed for pengene, og de internetbaserede programmer har muligheden for at nå flere patienter hurtigere, men at få mange hurtigt igennem systemet uden at skele til hvilke patienttyper og lidelser, der er egnede til den internetbaserede behandling, er ikke nødvendigvis det samme som kvalitet og garanti for effekt. Tværtimod, og der er som tidligere nævnt fortsat behov for mere forskning i forhold til, hvilke patienter der har gavn af denne type behandling.

Som vi ved fra forskningen er patientpræferencer og tilpasningen af behandlingen til den enkelte lig med større virkning af behandlingen og færre bivirkninger for patienten. Mennesker er ikke ens og derfor reagerer vi og har behov for en helhedsorienteret og individuelt tilpasset forståelse og behandling. Dette peger igen på vigtigheden af en grundig og kvalificeret screening og visitation til de rette tilbud fremfor systematiske automatreaktioner.

Opsummering

Det er blevet påpeget, at internet- og mobilbaserede selvhjælpsinterventioner afhængigt af kontekst kan reducere omkostningerne ved psykoterapeutisk behandling og øge effektiviteten ved at øge behandlingsintensiteten ved hjælp af digitale teknologier eller ved at hjælpe patienter med at integrere terapeutiske strategier i deres hverdagsliv mellem sessionerne.

Internetbaserede tilgange har et stort potentiale i forhold til optimering af forebyggelse og behandling af psykiske lidelser, og de digitale tilbud giver god mening i et moderne sundhedsvæsen som det danske.

Men Internetbaseret behandling bør i mindre grad ses som en erstatning for traditionelle psykoterapeutiske behandlinger og bør snarere forstås som en nyttig tilføjelse til behandlingsspektret. Internetbaseret behandling har potentiale til at nå målgrupper på en måde, som endnu ikke er opnået ved de traditionelle behandlingstilbud på et fysisk sted, og kan også ledsage traditionel psykoterapi og derved reducere omkostningerne eller øge effektiviteten. I modsætning til lidelser såsom angst og depression, er grundlaget for evidensbaseret resultater for den internetbaserede behandling af mange andre lidelser dog fortsat fragmenteret.

Samtidig giver implementeringen af disse behandlingsformer nye spørgsmål vedrørende effektivitet, sikkerhed, sammenhæng, kvalitetssikring af fagligt og etisk forsvarlige tilbud samt ikke mindst behovet for at medtænke patienters og også psykologers præferencer.

Centrale aspekter i den fremtidige forskning, udvikling, anvendelse og implementering af internetbaseret behandling er både teoribasen i forhold til anvendelse af evidensbaserede metoder, anvendelsesområder i

forhold til henholdsvis forebyggelse, behandling, tilbagefaldsforebyggelse, kronisk pleje samt henholdsvis enkeltstående/blandet/stepped care områder⁵⁷.

På trods af de potentialer der ligger i en stepped-care-tankegang og -model, hvor ikke-guede selvhjælpsprogrammer vil kunne anses som et første skridt, er det samtidigt forbundet med en stor risiko at presse alle patienter til at starte med en sådan indsats uden vurdering af om patienten egner sig hertil i forhold til lidelse m.v. og har præferencer herfor. Dette vil være uhensigtsmæssigt og skabe en unødigt lang patientvej for rigtig mange patienter, der vil opleve at internetbaseret behandling ikke er den rette behandlingsform for dem og dernæst skal opsøge hjælp på ny.

Det handler om ordentlig oplysning og etik, respekt for menneskets ret til selv at bestemme og at skabe motivation og tillid, som vi ved er så vigtig for den terapeutiske alliance og effekten af behandlingen.

Konklusion

Psykiske lidelser står for en væsentlig del af den samlede sygdomsbyrde i Danmark, og det stigende omfang af dårlig mental sundhed fylder af gode grunde både på den sundhedspolitiske dagsorden, i de danske medier og i den offentlige debat generelt. Det er presserende at vi sætter ind med kloge og effektive løsninger til både forebyggelsen og behandlingen af det stigende antal danskere, der rammes af psykiske lidelser i dag. Løsninger, hvor den faglige kvalitet og effekt i forebyggelsen og behandlingen sikres.

Det er vigtigt, at slå fast, at vi har behandlingsmuligheder der virker. Psykologbehandling er en vigtig del af svaret på løsningen og behandlingen af psykiske lidelser. Vi ved fra forskningen, at psykoterapi er effektiv. Overordnet kan det konkluderes, at evidensen for at psykoterapi er en effektiv behandlingsform af psykiske lidelser er stærk, og generelt større end i det meste medicinske behandling generelt.

Når den psykiske sundhed og effekten af behandling af psykiske lidelser fx diskuteres i medierne, og forskellige tal og studier nævnes, kan det være svært at få styr på hvad der er op og ned i debatten, og hvad de forskellige tal og begreber egentlig dækker over og rent faktisk betyder. Uden den fornødne kliniske og forskningsmæssige viden om feltet, kan man uforvarende komme til at forveksle og misforstå effekt, begreber og forskellige typer studier, og dermed også komme frem til konklusioner, der ikke er retvisende. Det er ærgerligt i en ellers relevant og vigtig diskussion.

Forskning i og viden om effekt af psykoterapi er vigtig og nødvendig for en evidensbaseret psykologpraksis med høj kvalitet og troværdighed, god etik og hensyn til patientens behov og præferencer. Og ser vi på forskning på området, viser den da også, at psykoterapi overordnet har moderat til stor effekt.

Diskussionen af om psykologbehandling og psykoterapi giver bivirkninger kan også fylde i debatten om effekten af psykoterapi. På trods af manglen på solide empiriske data om omfanget af bivirkninger i psykoterapi, kan man konkludere, at psykoterapi lige som al anden behandling ikke er fri for bivirkninger. Bivirkninger ved psykoterapi har naturligvis en anden karakter, end de bivirkninger, vi normalt ser ved den medicinske behandling. Det kan imidlertid konkluderes, at der er behov for mere forskning fremadrettet for at kunne sige noget entydigt om omfanget af og betydningen af bivirkninger for psykoterapi reelt, og at kunne lave et estimat over de reelle risici forbundet hermed.

⁵⁷ Ebert et al., 2018

Endelig er de forskellige digitale behandlingstilbud, der vinder frem i dag, en relevant og vigtig del i diskussionen af løsningerne på de stigende mentale sundhedsproblemer i et moderne sundhedsvæsen. Den internetbaserede behandling giver god mening for de patienter og lidelser, hvor man ved, det hjælper og hvor patienterne selv har præferencer herfor. Området er imidlertid stadigvæk relativt nyt, og der er behov for mere forskning i forhold til hvem der især profilerer af behandlingsformen. Det er derfor i anvendelsen af de digitale behandlingstilbud vigtigt, at man sikrer sig, at det er den rette målgruppe, der får tilbudt denne form for behandling - de patienter, hvor vi ved det virker. Derfor bør det heller ikke være et systematisk førstevalg for alle, men bør tilbydes velovervejet i de tilfælde, hvor det giver mening og patienten selv er motiveret og har præferencer herfor.

Referenceliste

- Andersson, G., Paxling, B., Wiwe, M., Vernmark, K., Felix, C. B., Lundborg, L., & Carlbring, P. (2012). Therapeutic alliance in guided internet-delivered cognitive behavioural treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 50(9), 544-550.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS one*, 5(10), e13196.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271.
- Barkham, M. & Lambert, M. J. (2021). The efficacy and effectiveness of psychological therapies. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 7.
- Batastini, A. B., Paprzycki, P., Jones, A. C., & MacLean, N. (2021). Are videoconferenced mental and behavioral health services just as good as in-person? A meta-analysis of a fast-growing practice. *Clinical psychology review*, 83, 101944.
- Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M., & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions—A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205-215.
- Berger, T., & Andersson, G. (2009). Internet-based psychotherapies: characteristics and empirical evidence. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59(3-4), 159-170.
- Bhattacharya, S., Kennedy, M., Miguel, C., Tröger, A., Hofmann, S. G., & Cuijpers, P. (2023). Effect of psychotherapy for adult depression on self-esteem: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*.
- Carlbring, P., Andersson, G., Cuijpers, P., Riper, H., & Hedman-Lagerlöf, E. (2018). Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy*, 47(1), 1-18.

Caselli, I., Ielmini, M., Bellini, A., Zizolfi, D., & Callegari, C. (2023). Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 325, 169-176.

Constantino, M. J., Boswell, J. F., Coyne, A. E., Swales, T. P., & Kraus, D. R. (2021). Effect of matching therapists to patients vs assignment as usual on adult psychotherapy outcomes: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 78(9), 960-969.

Cuijpers, P., Quero, S., Noma, H., Ciharova, M., Miguel, C., Karyotaki, E., ... & Furukawa, T. A. (2021). Psychotherapies for depression: a network meta-analysis covering efficacy, acceptability and long-term outcomes of all main treatment types. *World Psychiatry*, 20(2), 283-293.

Cuijpers, P., Reijnders, M., Karyotaki, E., de Wit, L., & Ebert, D. D. (2018). Negative effects of psychotherapies for adult depression: A meta-analysis of deterioration rates. *Journal of Affective Disorders*, 239, 138-145.

Damgaard-Sørensen, U. (2023). Årsrapport 2022 Internetpsykiatrien. Fællesregionalt internetbaseret behandlingstilbud for angst og depression.

Dansk Psykolog Forening (2024). Undersøgelse af ventetider i den offentlige Psykologordning, Dansk Psykolog Forening

Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., & Taylor, J. (2018). Internet and mobile-based psychotherapy: Applications, efficacy and potential for improving mental health care in Europe. *European Psychologist*, 23(2), 167-187.

Ebert, D. D., Van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C., ... & Taylor, J. (2018). Erratum: Internet and mobile-based psychological interventions: Applications, efficacy and potential for improving mental health. A report of the EFPA E-Health Taskforce (*European Psychologist* (2018) 23 (167-187). *European Psychologist*, 23(3), 269-269.

Ekroll, V.B. & Nissen-Lie, H.A. (2023). Folkeforvirring om effekten av psykologisk behandling. *Psykologisk.no*
Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), 316.

Gottlieb, J. D., Romeo, K. H., Penn, D. L., Mueser, K. T., & Chiko, B. P. (2013). Web-based cognitive-behavioral therapy for auditory hallucinations in persons with psychosis: A pilot study. *Schizophrenia research*, 145(1-3), 82-87.

Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Svärdman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 22(2), 305-314.

Hoffmann, D. (2018). *Internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy for health anxiety*. PhD dissertation, Health Aarhus University, Research Clinic for Functional Disorders and Psychosomatics.

Ji, M., Sun, Y., Zhou, J., Li, X., Wei, H., & Wang, Z. (2023). Comparative effectiveness and acceptability of psychotherapies for late-life depression: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 323, 409-416.

- Jonsson, U., Alaie, I., Parling, T., & Arnberg, F. K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: a review of current practice. *Contemporary clinical trials*, *38*(1), 1-8.
- Kazdin, AE. (2015) Treatment as usual and routine care in research and clinical practice. *Clin Psychol Rev.* 42,168-78. doi: 10.1016/j.cpr.2015.08.006
- Kruse, M., Olsen, K. R., & Skovsgaard, C. V. (2022). Co-payment and adolescents' use of psychologist treatment: Spill over effects on mental health care and on suicide attempts. *Health economics*, *31*, 92-114.
- Kwan, B.M., Dimidjian, S., & Rizvi, S.L. (2010). Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy versus psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy* 48,799-804.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th ed., pp. 219–257). New York, NY: Wiley.
- Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Vigerland, S., Högström, J. & Serlachius, E. (2017). Therapist-guided, internet-delivered cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *56*(1), 10-19.
- Linden M, Schermuly-Haupt ML. Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*. 2014 Oct;*13*(3):306-9. doi: 10.1002/wps.20153. PMID: 25273304; PMCID: PMC4219072.
- Luquiens, A., Tanguy, M. L., Lagadec, M., Benyamina, A., Aubin, H. J., & Reynaud, M. (2016). The efficacy of three modalities of Internet-based psychotherapy for non-treatment-seeking online problem gamblers: a randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, *18*(2), e36.
- Mathiasen, K., Andersen, T. E., Lichtenstein, M. B., Ehlers, L. H., Riper, H., Kleiboer, A., & Roessler, K. K. (2022). The clinical effectiveness of blended cognitive behavioral therapy compared with face-to-face cognitive behavioral therapy for adult depression: randomized controlled noninferiority trial. *Journal of medical Internet research*, *24*(9), e36577.
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Rabung, S., Steinert, C. & Wampold, B. E. (2019). Is psychotherapy effective? A reanalysis of treatments for depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *28*(3), 268–274. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000355>
- Munder, T., Flückiger, C., Leichsenring, F., Abbass, A. A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., & Wampold, B. E. (2019). Let's distinguish relative and absolute efficacy to move psychotherapy research forward. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, *65*(2), 178-182.
- Muschalla B, Müller J, Grochowski A, Linden M. Effects of talking about side effects versus not talking about side effects on the therapeutic alliance: A controlled clinical trial. *Acta Psychiatr Scand.* 2023 Aug;*148*(2):208-216. doi: 10.1111/acps.13543. Epub 2023 Mar 20. PMID: 36905373.
- Norcross, J.C. (red.). (2011). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd edition). New York, NY: Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315.

Poulsen, S., Lau, M. & Simonsen, S. (2015). Forskning i psykoterapi. I: F. Alberdi, B. Rosenbaum & P. Sørensen (red.), *Moderne psykoterapi: Teorier og metoder*, pp. 543-581. København: Hans Reitzel.

Psykiatrifonden (2021). Tal og fakta om psykisk sygdom I Danmark, Psykiatrifonden.

Richards, D., & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 329-342.

Rozental A, Castonguay L, Dimidjian S, et al. Negative effects in psychotherapy: commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open*. 2018;4(4):307-312.
doi:10.1192/bjo.2018.42

Rozental, A. (2016). *Negative effects of Internet-based cognitive behavior therapy: Monitoring and reporting deterioration and adverse and unwanted events* (Doctoral dissertation, Department of Psychology, Stockholm University).

Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Knaevelsrud, C., & Carlbring, P. (2014). Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet interventions*, 1(1), 12-19.

Solbakken, O.A., Nissen-Lie, H.A., Oddli, H.W., Råbu, M., Stänicke, E., Halvorsen, M.S., Hagen, R. & Strømme, H. (2022). Folkeopplysningens konklusjon er misvisende. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, Vol 59, nummer 11, 2022, side 1051-1052

Sundhedsstyrelsen (2023). Resultaterne fra rapporterne Sygdomsbyrden i Danmark 2022 – sygdomme og risikofaktorer, Sundhedsstyrelsen.

Vaughan, B., Goldstein, M. H., Alikakos, M., Cohen, L. J., & Serby, M. J. (2014). Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy. *Comprehensive psychiatry*, 55(4), 849-855.

Wampold, B.E. & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). New York: Routledge.

Warner L., Mariathan J., Lawton-Smith S., & Samele C. (2006). *A Review of the Literature and Consultation on Choice and Decision-making for Users and Carers of Mental Health and Social Care Services*. Sainsbury Centre for Mental Health and King's Fund.

Bilag

BILAG 1: Hvad er hovedproblemerne ved Pim Cuijpers oprindelige studie fra 2018?

Hovedproblemerne med Cuijpers oprindelige studie er følgende⁵⁸:

- 1) Forskerne inkluderede en række studier af behandlinger, der ikke formelt set kan defineres som psykoterapi, og de opgav endvidere ikke meningsfulde inklusions- og eksklusionskriterier for hvad der blev defineret som psykoterapi. I Munder og kollegaers gennemgang fremkommer det, at mindst 61 af de effekter, der er inkluderet i Cuijpers metaanalyse, baserer sig på interventioner, som ikke møder de traditionelle definitioner af hvad psykoterapi faktisk er. Eksempler på hvad der fejlagtigt kodes som psykoterapi, er et studie, hvor man giver patienterne en selvhjælpsbog om kognitiv terapi med instruks om at lave hjemmeopgaver. I et andet studie gives der kun tilgang til en hjemmeside med lektioner om depression og diabetes, og i et tredje studie leveres en minimal psykologisk intervention af sygeplejersker uden nogen specifik kompetence inden for psykisk sundhed. Det er klart, at dette vil medføre at effekten af psykoterapi fremstår svagere end den egentlig er.
- 2) Cuijpers ekskluderede alle studier med ventelistekontrol ($K = 159$) og slog de resterende studier sammen som en samlet kontrast til psykoterapi: Normal opfølgning i sundhedssystemet ($k = 144$) og andre kontroller ($k = 66$), dvs. kendte virksomme kontrolbetingelser, primært pilleplacebo eller psykologiske placebobehandlinger. Dermed bliver studiet en test af effekten af psykoterapi

⁵⁸ Baseret på Munder et al., 2019 samt Solbakken et al., 2022

sammenlignet med en sammenblanding af standardbehandling sådan som den gives i sundhedsvæsenet (hvor virksomme behandlinger som traditionel støtteterapi og psykofarmaka, administreret af erfarne psykiatere inkluderes), og virksomme kontrolbetingelser, snarere end sammenlignet med ingen behandling. Dette vil kunstigt svække den effekt man finder for den aktive betingelse, psykoterapi. Rationalet for at definere venteliste som en placebo-betingelse (som altså forværrer tilstanden) er desuden i sig selv tvivlsomt⁵⁹, da flere studier viser, at patienter, som er placeret på venteliste og afventer behandling, bedrer sig betydeligt - formentlig som et led i en form for remoraliseringsproces⁶⁰.

- 3) Cuijpers og kollegaer ekskluderede ikke-vestlige studier, baseret på, at man fandt større effekter i ikke-vestlige lande (fx fra Afrika, Asien og Latin Amerika). Det er et mærkværdigt valg. Desuden definerede forfatterne af studiet aldrig kriterierne for at noget blev regnet som 'ikke-vestligt'. Forskellen mellem vestlige og ikke-vestlige lande i studiet kommer i høj grad af studier med afvigende effekter. Det er disse studier med afvigende effekter, der burde være ekskluderet i Cuijpers og kollegaers metastudie, og ikke alle studier fra ikke-vestlige lande.
- 4) Cuijpers og kollegaer ekskluderede endvidere en række studier med det, som de kaldte "possible systematic errors or deviations from true or actual outcome". Studier blev ekskluderet hvis de ikke levede op til fire strategisk udvalgte kriterier fra værktøjet 'Cochrane risk og bias for randomized trials'. Dette værktøj egner sig godt til lægemiddelstudier, men er dårligt tilpasset til psykologisk behandlingsforskning. Eksempelvis førte denne procedure til, at det kendte 'NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program'⁶¹ blev ekskluderet, mens en række studier med kun en, to eller tre behandlere – eller studier, der ikke havde nogen kontrol for efterlevelse af terapimodellen blev inkluderet.
- 5) Der er endvidere alvorlige problemer i Cuijpers og kollegaers metaanalyse med tanke på kodningsprocedurer og reliabiliteten af disse procedurer. Der er fx ikke rapporteret nogen procedure for kodningen af såkaldt 'risk for bias', ej heller foreligger der nogen reliabilitetsberegning for denne kodning. På samme måde mangler der i studiet en demonstration af acceptabel reliabilitet for inklusionen og eksklusionen af studier, kodningen af hvad der defineres som psykoterapi, kodningen af forskellige kontrolbetingelser samt det helt grundlæggende udtræk af data fra hvert enkelt studie, der indgår i metaanalysen. Som vi ved fører manglende reliabilitet i sig selv til svigtende validitet.

Når man tager højde for en del af disse problemer i reanalysen af data fra Cuijpers metaanalyse, konkluderer Munder og kollegaer med en effektstørrelse for psykoterapi mod venteliste på 0.75, på 0,43 mod virksomme kontrolbetingelser, og på 0.31 mod standardbehandling sådan som den gives i sundhedsvæsenet. Disse tal er til forveksling lig med dem, vi har opereret med i en årrække, og demonstrerer en betydelig effekt af psykoterapi.

⁵⁹ Munder et al., 2019

⁶⁰ Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Kircher, J. C. & Brown, G. S. J. (2007). Benchmarks for psychotherapy efficacy in adult major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 232–243. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.232>

⁶¹ Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 971–982. <https://doi.org/10.1001/ar-chpsyc.1989.01810110013002>