

Evidens for negative effekter ved psykoterapi hos voksne: Et scoping review

Katrine Kudahl Meier, 20155526
Anne Hørsel, 20156787

Aalborg Universitet
d. 29/05/2020
10. semester, Psykologi
Speciale

Vejleder: Kristine Kahr Nilsson

Rapportens samlede antal tegn med mellemrum og fodnoter
uden tabeller og figurer: 179.745
Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 74,9

Rapportens samlede antal tegn med mellemrum og fodnoter
med tabeller og figurer: 191.321
Svarende til antal normalsider á 2400 tegn: 79,7

Abstract

Introduction: Psychotherapy has long been acknowledged for its positive effects in the treatment of several psychological problems and mental illnesses, and many people continue to enter psychotherapeutic treatment. In pharmacological research, demands for evidence and knowledge about side effects is a crucial part of the licensing process. Since pharmacological treatments to mental problems have the potential to do harm, psychotherapy interventions might pose a similar risk. Although theoretical literature exists on this issue, the amount of available empirical research is pointed out as rather limited. This study therefore sought to examine possible adverse effects of psychotherapy through the research question: What is the evidence of adverse effects of psychotherapy among adults? **Method:** To examine adverse effects of psychotherapy a scoping review was conducted following the guidelines of PRISMA-SCR. A systematic search of literature was conducted in two databases supplemented by an additional control search of the reference lists of the included studies. The screening process was performed by both authors on the basis of a number of in- and exclusion criteria. Formulation of the synthesis of results were based on data extraction in relation to descriptive information, demographic characteristics and study results. **Results:** A total number of eight studies were included in the review. All of the studies varied substantially from each other displaying great variation in study design, aim, assessment, use of checklists and questionnaires, participants and more. Concerning adverse effects, an overall high estimate of frequency was found indicating that negative effects can occur in psychotherapy. Many different effects were identified and merged into four thematic categories; reactions to treatment, symptomatic changes, emotionally alterations and external impact. The concrete effects included in these categories are multifaceted in both type and content. Also, different risk factors related to the treatment, therapist and client were found. **Discussion:** By comparing the empirical indications to theoretical assumptions a great overlap was found with only a few theoretical shortcomings. Especially in regard to risk factors related to the client the theoretical background seems inadequate. Since adverse effects were found across different therapeutic orientations within the study interventions, the empirical assumptions indicate that negative effects are not specific to any form of treatment and should be seen in light of psychotherapeutic nonspecific fac-

tors. However, some negative effects can be related to specific procedures within interventions and thus indicate on a concrete level that some effects are related to specific factors. The consistency between the empirical indications and the theoretical assumptions supports the possibility of defining knowledge about negative effects as evidence-based. Although the understanding of evidence might differ from classical understandings, evidence can occur based on phenomenological results. Since only eight studies with different results contributed to the findings the necessity for more comprehensive research arises to establish a more reliable and valid foundation of evidence. For psychological practices the findings from this review identifies the need of raising awareness in order to create more realistic client expectations and to remove pressure from the therapist and make it possible to recognize the impact of negative effects and possibly work with reactions in relation to adverse effects in the therapeutic setting. Also, a more reasonable and fairer frame of reference between pharmacological and psychological treatments is guaranteed, since assessment of side-effects is required in examinations of effects in medical practices. **Conclusion:** Ending the review we found that psychotherapy is not harmless in the treatment of adults in mental distress. The review resulted in phenomenological evidence for a wide range of negative effects which overlap with the theoretical background to a wide extent. Thus, there is scientific backing for working with negative effects in psychology. However, the result is based on a limited amount of studies with idiosyncratic results which indicate a need for more empirical research on this topic.

Indholdsfortegnelse

1. INDLEDNING	1
1.1. PRÆSENTATION AF PROBLEMSTILLING	3
1.2. EKSISTERENDE FORSKNING	3
1.3. DISPOSITION	4
2. BAGGRUND	5
2.1. PSYKISK MISTRIVSEL	5
2.1.1. Diagnostiske klassifikationer	6
2.1.1.1. Depression	7
2.1.1.2. Panikangst.....	7
2.1.1.3. Obsessiv-kompulsiv tilstand.....	7
2.1.1.4. Personlighedsforstyrrelser	8
2.1.2. Psykisk mistrivsel i indeværende projekt	8
2.2. PSYKOTERAPI.....	9
2.2.1. Fællesfaktorer i psykoterapi	10
2.2.1.1. Beskrivelse af fællesfaktorer	10
2.2.2. Specifikke faktorer.....	12
2.2.2.1. Psykodynamisk psykoterapi	13
2.2.2.2. Kognitiv adfærdsterapi	15
2.2.3. Psykoterapi i indeværende projekt.....	17
2.3. NEGATIVE EFFEKTER	17
2.3.1. Beskrivelse af negative effekter	18
2.3.2. Risikofaktorer	20
2.3.3. Undersøgelsesværktøjer.....	22
2.3.4. Vurdering af negative effekter i medicin versus psykoterapi	23
2.3.5. Negative effekter i indeværende projekt.....	23
2.4. EVIDENS.....	24
2.4.1. Evidens i indeværende projekt	25
3. METODE.....	25
3.1. STUDIETYPE	25
3.2. FORARBEJDE	27
3.3. IN- OG EKSKLUSIONSKRITERIER	28
3.3.1. Inklusionskriterier	28
3.3.2. Eksklusionskriterier.....	29
3.3.3. Begrundelse for fastsættelse af kriterier	29
3.4. INFORMATIONSKILDER OG SØGNING	32
3.4.1. Søgning fra PsycInfo	33
3.4.2. Søgning fra PubMed	33
3.4.3. Forskelle i søgestrengene	33

3.5. SELEKTIONSPROCES	34
3.6. UDTRÆKNING AF DATA	35
4. RESULTATER	37
4.1. SØGNINGSRESULTATER.....	37
4.2. DESKRIPTIV KARAKTERISTIK	39
4.2.1. Overordnede karakteristika	39
4.2.1.1. Overordnede respondentkarakteristika	42
4.2.2. Indhold	45
4.2.2.1. Formål.....	45
4.2.2.2. Respondenter	46
4.2.2.3. Intervention.....	47
4.2.3. Designs	47
4.3. SYNTSE AF RESULTATERNE	49
4.3.1. Empiriske indikationer for negative effekter.....	49
4.3.1.1. Behandling.....	53
4.3.1.2. Symptomatiske forandringer	54
4.3.1.3. Emotionelle ændringer	55
4.3.1.4. Ydre påvirkninger.....	55
4.3.2. Risikofaktorer	56
4.3.2.1. Terapeuten	57
4.3.2.2. Behandling.....	58
4.3.2.3. Klienten	59
4.3.2.4. Eksterne faktorer.....	60
5. DISKUSSION.....	60
5.1. SUMMERING AF EVIDENS	60
5.1.1. Sammenhæng med teori for negative effekter	61
5.1.1.1. Hyppighed og klassificering.....	61
5.1.1.2. Eksemplificering.....	62
5.1.2. Sammenhæng med teori for risikofaktorer.....	63
5.1.2.1. Fælles- og specifikke faktorer	64
5.1.2.2. Behandling og terapeuten	64
5.1.2.3. Tidsperspektiv	65
5.1.2.4. Klientorienterede faktorer.....	66
5.1.3. Status for feltet	67
5.2. INDIVIDUELLE RESULTATER OG MANGLENDE KONSENSUS.....	68
5.2.1. Formål og design	68
5.2.2. Assessment og måling af negative effekter	69
5.2.3. Status for forskning	71
5.3. IMPLIKATIONER FOR PRAKSIS	72
5.4. STYRKER OG BEGRÆNSNINGER	75
5.4.1. Brug af PRISMA-SCR	75

5.4.2. In- og eksklusionskriterier og sikring af evidens	75
5.4.3. Søgestrategi: Søgestrengen, søgeord, database.....	77
5.4.4. Screeningsprocessen	79
5.4.5. Publikationsbias.....	79
5.4.6. Forringede studieforhold	79
6. KONKLUSION.....	80
REFERENCELISTE.....	82
 BILAG 1: OVERSIGT OVER PICOS	
BILAG 2: REFERATER AF DE INKLUDEREDE STUDIER	
BILAG 3: PREFERRED REPORTING ITEMS FOR SYSTEMATIC REVIEWS AND META- ANALYSIS EXTENSION FOR SCOPING REVIEWS (PRISMA-SCR) CHECKLIST (TRICCO ET AL., 2018)	

1. Indledning

Blandt eksperter i forskellige psykoterapeutiske retninger hersker divergerende perspektiver på fænomenet retraumatisering gennem samtale. Dette emne blev behandlet på forskellige kurser hos Folkeuniversitet i Aalborg, og her opstod hos indeværende forfattere kendskab til de forskellige perspektiver. Én kursusholder mente, at retraumatisering kan ske gennem psykoterapi, og at man derfor skal være varsom overfor især fragile klienter, mens en anden kursusholder mente, at retraumatisering ikke kan finde sted og desuden ikke personligt havde haft erfaring med det i praksis. Med ordet retraumatisering menes ”den proces der sker, når traumerelateret smerte [via en stressor] bliver reaktiveret i individer, der før har oplevet en traumatisk og livstruende hændelse” (Leshner, Kelly, Schutz & Foy, 2012, p. 569). Denne definition sammenholdt med de divergerende holdninger vakte en nysgerrighed i forhold til at sammenholde den empiriske evidens på området og dermed undersøge hvorvidt og hvorledes den terapeutiske samtale kan opfattes som den stressor, der udløser et tilbagefald til et traumatiseret stadie. Det blev dog via litteratursøgninger tydeligt, at der ikke umiddelbart foreligger empiriske undersøgelser specifikt af retraumatisering i og gennem psykologiske samtaler. Begge kursusholdere oplyste desuden, at de ikke har kendskab til forskning på området, og at deres synspunkter er et udtryk for forskellige teoretiske perspektiver og arbejdsmetoder samt deres praktiske erfaring. Idet der ikke umiddelbart forekommer empirisk litteratur specifikt omkring forekomsten af retraumatisering gennem samtale opstod en undren omkring, hvorvidt der er forsket mere generelt i negative udfald ved psykoterapi. Således blev interessen bredt ud fra udelukkende at ville undersøge retraumatisering som en potentiel negativ konsekvens ved psykoterapeutisk behandling til en mere omfattende kortlægning af diverse negative effekter og sammenholde fundene med den teori, der eksisterer herom.

Nær en femtedel, svarende til 18.9 procent, af den amerikanske befolkning over 18 år estimeres at have en diagnosticerbar mental lidelse, hvoraf 42.6 procent af disse modtager behandling rettet mod det mentale helbred (National Institute of Mental Health, 2019). I Danmark er disse værdier mere konservative og det estimeres, at hver tiende dansker opfylder kriterierne for en psykisk lidelse (Bedre Psykiatri, 2019). Tallene for behandling af psykisk mistrivsel hos danske klienter er steget

markant det sidste årti, hvor omkring 27 procent flere voksne over 19 år i 2018 modtog behandling i psykiatrisk regi sammenlignet med år 2009 (Sundhedsdatastyrelsen, 2019). I nogle tilfælde består behandlingen af psykofarmaka, mens den i andre tilfælde består af psykologisk terapi (National Institute of Mental Health, 2019) eller en kombination af begge (Fink-Jensen, Videbech & Simonsen, 2017, p. 645).

Psykoterapi er en interventionsform, der, ved hjælp af en relation mellem terapeut og klient, har til formål at lindre klientens psykiske mistrivsel (Jørgensen, Kjølbye & Møhl, 2017, p. 673). Psykoterapi som begreb dækker over flere forskellige retninger, herunder den klassiske psykodynamiske psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi (Jørgensen et al., 2017, p. 674f). Overordnet set har psykoterapi vist sig effektiv til behandling af diverse psykiske problemstillinger som eksempelvis traumer (Bisson & Andrew, 2007), psykiske lidelser såsom angst og depression (Cuijpers et al., 2010; Nieuwsma et al., 2012) samt uspecifikke psykiske problemstillinger (Hawton et al., 2016). Ligesom psykoterapi kan være effektivt overfor en lang række psykologiske problemer, har det længe været anerkendt, at medicinske interventioner ligeledes har potentiale til at lindre psykisk lidelse (Fink-Jensen et al., 2017, p. 644f). Alt farmakologi, der har positive effekter, bærer dog også på risikoen for at fremkalde det modsatte, altså negative bivirkninger. Eksempelvis lindrer antidepressiv medicin depressive symptomer, mens det samtidig har en øget risiko for at fremprovokere suicidal adfærd (Dimidjian & Hollon, 2010, p. 22). Informerede valg omkring brug af medicinske præparater vil kræve en opvejning af effekterne mod hinanden, hvilket kræver kendskab til evidens. Det selvsamme kan tænkes at gøre sig gældende for psykoterapi som intervention (Foulkes, 2010, p. 189). I anerkendelsen af negative effekter af psykoterapi kan der trækkes spor tilbage til 1960'erne, hvor den kliniske psykolog Allen E. Bergin berettede om studier, hvor deltagerne fik det værre efter at have modtaget psykoterapi sammenlignet med deres tilstand før deltagelse i terapeutiske samtaler (Bergin, 1966, p. 235). Der har derfor længe eksisteret teorier omkring skadelig psykoterapi og konsekvenserne heraf, og det har ligeledes længe været anerkendt som et vigtigt anliggende for den psykologiske profession (Bowie, McLeod & McLeod, 2016, p. 79). Samtidig påpeges det dog, at der mangler kontrollerede undersøgelser af fænomenet (Nutt & Sharpe, 2008, p. 5), fordi det længe har været forsømt at forske i og rapportere omkring skadevirkninger, da man frygtede en tilsmudsning af de positive effekter ved psykoterapi (Klatte, Strauss, Flückiger & Rosendahl, 2018, p. 2).

1.1. Præsentation af problemstilling

Idet der forekommer en bred skare af litteratur omkring positive effekter af psykoterapi, og at der derfor er evidens for, at psykoterapi som intervention er effektiv til behandling af diverse problemstillinger hos klienter i psykisk mistrivsel, opstod en interesse for at undersøge, hvorvidt der også kan ses negative effekter af selvsamme behandling. Således stilles der ikke spørgsmålstejn ved positive effekter af psykoterapi, men der opstod et ønske om at sætte fokus på og belyse potentielle bivirkninger og således afdække, hvorvidt det er et aspekt, som psykologer bør være opmærksomme på i praksis. Da der foreligger teoretisk litteratur omkring uønskede bivirkninger ved psykoterapi, er omdrejningspunktet for dette projekt at identificere den foreliggende empiriske litteratur. Dette har ledt frem til følgende problemformulering, der udgør undersøgelsesfeltet for dette psykologiske kandidatspeciale: *Hvad er evidensen for negative effekter af psykoterapi hos voksne?*

1.2. Eksisterende forskning

Problemformuleringen er udfærdiget på baggrund af viden om allerede eksisterende teori og kendskab til eksisterende forskning. Af pilotsøgninger på området foretaget i månederne januar og februar 2020 har det ikke været muligt at identificere allerede eksisterende reviews omkring bivirkninger ved psykoterapi. Der findes dog en protokol-artikel fra 2018 (Klatte et al., 2018), hvor forfatterne i udformningen af et endnu ikke færdigarbejdet review sigter mod systematisk og metaanalytisk at undersøge negative effekter. Formålene med deres review er omfattende og indebærer blandt andet at undersøge definitionen og frekvensen samt karakteren og sværhedsgraden af negative effekter, der opstår i løbet af eller efter endt psykoteraeutisk behandling (Klatte et al., 2018, p. 2f). Således er deres formål at komme nærmere en fælles forståelse for fænomenet, at belyse og evaluere potentielle bivirkninger samt sætte fokus på relaterede problemer, hvor det med indeværende review først og fremmest tilstræbes at undersøge evidensen for teorierne omkring bivirkninger, og dermed afdække relevansen for at beskæftige sig med negative effekter ved psykoterapi.

Til trods for, at der endnu ikke er publiceret et samlet review omkring negative effekter og evidensen herfor, findes der reviews, hvori nært relaterede emner undersøges. Eksempelvis er specifikt tilbagefaldsrater efter psykoterapi hos voksne med depression blevet undersøgt og belyst i en nyere metaanalyse af Pim Cuijpers og kol-

leger (Cuijpers, Reijnders, Karyotaki, de Wit & Ebert, 2018). I denne konkluderes det, at tilbagefaldsraten var betydeligt mindre for patienter i psykoterapi sammenlignet med kontrolgrupperne, men at medianen på tværs af de inkluderede studier for tilbagefald i psykoterapi var 4 procent, hvorfor klinikere altid bør være opmærksom på risiko for tilbagefald hos deres klienter (Cuijpers et al., 2018, p. 138). Som forfatterne selv påpeger i artiklen, findes der dog imidlertid teorier omkring andre negative effekter end tilbagefald, som det ligeledes er vigtigt at undersøge (Cuijpers et al., 2018, p. 138f). For at imødekomme dette sigtes der med indeværende review mod at afdække et bredere udsnit af negative effekter og således ikke begrænse fokusområdet til ét negativt udfald.

I et enkeltstående studie af negative effekter af psykoterapi blandt børn og unge påpeges det, at der er nogle unikke aspekter på spil, når emnet undersøges blandt børn og unge modsat hos voksne (Jonsson, Johanson, Nilsson & Lindblad, 2016). Blandt andet fremhæves det, at børn kan have svært ved at udtrykke sig om effekter af behandling, hvilket kan føre til en underrapportering. Derudover pågår en hurtig emotionel og kognitiv udvikling blandt børn og unge, hvilket modsat kan føre til en større påvirkning af eventuelle negative effekter sammenlignet med påvirkningen af samme effekter hos voksne. Endeligt knytter sig en række etiske og juridiske dilemmaer til undersøgelsen af negative effekter hos børn, idet hele familien involveres (Jonsson et al., 2016, p. 434). Til trods for, at forfatterne påpeger, at nogle af de negative effekter, som de finder, muligvis kan overføres til en voksen population (Jonsson et al., 2016, p. 441), er intentionen med indeværende projekt at omgå de skitserede betænkeligheder og således udelukkende undersøge evidensen for negative effekter af psykoterapi hos voksne.

Idet intentionen med indeværende undersøgelse er en afdækning af evidens for negative effekter generelt, adskilles dette fra fortidige studier (Cuijpers et al., 2018) og kommende reviews (Klatte et al., 2018) ved at samle og skitsere den empiriske forskning på området, sammenholde dette med den foreliggende teori og på denne måde øge vidensniveauet omkring negative effekter ved psykoterapi hos voksne.

1.3. Disposition

For at besvare problemformuleringen gennem afdækning af forskningsfeltet er dette projekt inddelt i seks primære afsnit. Efter denne indledning, der udgør første afsnit, følger et teoretisk afsnit omkring nøglebegreberne i problemformuleringen og der-

med forskningsfeltet. Herefter præsenteres den anvendte metode til at undersøge forskningsspørgsmålet, hvori der redegøres for fremgangsmåden og metodiske overvejelser knyttet hertil. Metodeafsnittet efterfølges af et afsnit om studiets resultater, hvori der fremlægges information om studierne karakteristika samt deres identifikation af negative effekter og tilhørende risikofaktorer. Næstsist i projektet forekommer et diskussionsafsnit, hvor resultaterne summeres og sættes i relation til den teoretiske baggrund. Derudover fremhæves metodiske forskelle mellem de inkluderede studier, og deres betydning for forskningsfeltet skitseres. Slutteligt i dette afsnit diskuteres styrker og begrænsninger ved indeværende undersøgelse. Projektet vil afslutningsvis munde ud i en kort og opsamlende konklusion.

2. Baggrund

I dette afsnit præsenteres baggrunden for de centrale elementer i projektets problemformulering samt for psykisk mistrivsel som fænomen. Det teoretiske fundament for undersøgelsesområdet skitseres derfor ved følgende fremstilling af henholdsvis psykisk mistrivsel, psykoterapi, negative effekter og evidens. Indledningsvis redegøres for psykisk mistrivsel ud fra en overordnet definition samt hyppige, og for dette review, relevante, diagnostiske klassifikationer. Derefter følger et afsnit om psykoterapeutisk behandling med fokus på både fælles- og specifikke faktorer. Sidstnævnte vil være centreret omkring psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi, idet disse forekommer relevante i forhold til den inkluderede empiri. Dernæst belyses teoretisk litteratur omkring negative effekter, risikofaktorer hertil samt relevante undersøgelsesværktøjer. Derudover skitseres de forskelle i kontrolprocesser for negative effekter, der forekommer mellem medicinsk behandling og psykoterapeutisk behandling. Disse afsnit efterfølges af en kort beskrivelse af evidensbegrebet. Afslutningsvis i alle hovedafsnit vil den aktuelle forståelse for henholdsvis psykisk mistrivsel, psykoterapi, negative effekter samt evidens i indeværende projekt blive præsenteret.

2.1. Psykisk mistrivsel

At være i en tilstand af psykisk mistrivsel står i modsætning til psykisk sundhed, der er karakteriseret ved fysisk, mental og social trivsel og ikke blot fravær af sygdom eller svagelighed. Til definitionen og stadiet af mental sundhed hører også en realise-

ring hos individet af egen formåen samt evnen til at overkomme normale stressorer i hverdagen, evnen til at arbejde produktivt samt evnen til at bidrage til samfundet (World Health Organization, 2018a). Psykisk mistrivsel er derfor problemstillinger, der påvirker individets velbefindende og funktionsniveau. Generelt er psykisk lidelse karakteriseret ved en kombination af abnormale tanker, perceptioner, emotioner, adfærd og sociale relationer (World Health Organization, 2018b). Psykisk mistrivsel manifesteres forskelligt og kan være relateret til forskellige former for abnormalitet, herunder afvigelser (eng: deviance), funktionelle udfordringer (eng: dysfunction), emotionelle udslag (eng: distress) og farefuld adfærd (eng: danger) (Davis, 2009, pp. 1-3). Med definitionen af psykisk mistrivsel i relation til et normalitetsbegreb sættes dynamisk tænkning i centrum, hvor der tænkes i dimensioner og grader af lidelse snarere end enten eller (Møhl & Simonsen, 2017, p. 49). Dog sidestilles mental lidelse ofte med kategorielle psykiatriske diagnoser, hvortil der findes et bredt antal repræsentationer med forskellige udtryk.

2.1.1. Diagnostiske klassifikationer

I den diagnostiske manual International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10) klassificeres forskellige former for psykisk mistrivsel elleve overordnede kategorier; F00-09 Organiske (inklusiv somatiske) psykiske lidelser, F10-F19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer, F20-29 Skizofreni, skizotypisk sindslidelse, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser samt skizoaffektive psykoser, F30-39 Affektive sindslidelser, F40-49 Nervøse og stressrelaterede tilstande samt tilstande med nervøst betingede legemlige symptomer, F50-59 Adfærdsændringer forbundne med fysiologiske forstyrrelser og fysiske faktorer, F60-69 Forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd, F70-79 Mental retardering, F80-89 Psykiske udviklingsforstyrrelser, F90-98 Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser opstået i barndom eller adolescens, F99 Psykisk lidelse eller forstyrrelse, ikke på anden måde specificeret (WHO ICD-10). De hyppigste lidelser forekommer inden for den affektive kategori samt nervøse og stressrelaterede tilstande såsom angst og obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) (Sundhedsdatastyrelsen, 2019, p. 37). Relevante diagnoser for indeværende projekt er depression inden for de affektive sindslidelser, lidelser inden for nervøse og stressrelaterede tilstande såsom panikangst og OCD samt personlighedsforstyrrelser.

2.1.1.1. Depression

Depressive episoder er karakteriseret ved forsænket stemningsleje, nedsat energi og nedsat aktivitetsniveau, hvilke udgør kernesymptomerne i de diagnostiske kriterier. Derudover følger en række ledsagesymptomer, der kan være fysisk eller psykisk manifesteret. Fysiske symptomer såsom forstyrrelse af søvn samt appetit- og vægtændring ses ofte, ligesom psykiske symptomer såsom nedsat selvtillid og selvfølelse samt selvbebrejdelse eller koncentrationsbesvær også ofte kommer til udtryk. Der er imidlertid mange forskellige symptomer på depression, hvorfor udtrykket kan variere fra patient til patient. Ligeledes kan grader af depression variere alt efter antallet og sværhedsgraden af symptomer. Klassificeringen inddeles derfor i depression af lettere, moderat eller svær grad (WHO ICD-10, 2018, pp. 86-95). Depressive episoder er ofte tilbagevendende, med op til 70 procent risiko for udvikling af nye depressive episoder efter den første (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 347).

2.1.1.2. Panikangst

Panikangst er karakteriseret ved pludselige angstreaktioner med symptomer såsom hjertebanken, sveden, rysten, mundtørhed, åndedrætsbesvær, kvælningens fornemmelse, smerter eller trykken i brystet, kvalme, svimmelhed med flere. Med panikangst optræder angstreaktionerne uforudsigeligt, og er ikke begrænset til særlige situationer. Ligesom ved depression skelnes der mellem grader, og der kan derfor både ses moderat og svær panikangst afhængig af antallet af panikanfald (WHO ICD-10, 2018, p. 100f).

2.1.1.3. Obsessiv-kompulsiv tilstand

OCD er i diagnosemanualen ICD-10, ligesom panikangst, en del af nervøse og stress-relaterede tilstande. OCD er imidlertid kendetegnet ved tilbagevendende obsessioner og/eller kompulsioner. Førstnævnte er tvangstanker i form af pinagtige og generende idéer, tankebilleder eller indskydelser, mens sidstnævnte er tvangshandlinger i form af tilbagevendende, ritualiseret, stereotyp adfærd. Det varierer fra individ til individ, hvorvidt lidelsen er overvejende obsessiv eller kompulsiv, eller en blanding af begge, men uanset type medfører tilstanden emotionel lidelse samt påvirkning på det daglige funktionsniveau. Fælles er også, at tanker eller handlingerne er ubehagelige, urimelige eller overdrevne, ineffektive og medfører angst, såfremt tvangshandlingerne forsøges modstået (WHO ICD-10, 2018, p. 104f). Af patienter

med OCD vil cirka halvdelen opleve remission med den rette behandling, mens nogle blot får reduceret symptomerne og forbedret deres funktionsniveau og livskvalitet (Bohni & Bennedsen, 2017, p. 420)

2.1.1.4. Personlighedsforstyrrelser

Personlighedsforstyrrelser som kategori dækker over forskellige diagnoser, der alle omhandler vedvarende tilstande, der “fremtræder som udtryk for patientens karakteristiske livsstil og holdning til sig selv og andre” (WHO ICD-10, 2018, p. 135). De fleste lidelser indenfor denne kategori er forbundet med grader af subjektivt ubehag og nedsat social funktion (WHO ICD-10, p. 135). Ved specifikke forstyrrelser af personlighedsstruktur ses gennemgribende, unuancerede, utilpassede og uhensigtsmæssige forstyrrelser af adfærd og oplevelsesmåde i forhold til erkendelse, følelsesliv, impuls kontrol og behovstilfredsstillelse eller interpersonelle forhold (WHO ICD-10, p. 135f). Eksempler på diagnoser indenfor denne kategori er paranoid personlighedsstruktur, dyssocial personlighedsstruktur og emotionel ustabil personlighedsstruktur (WHO ICD-10, pp. 135-142). Udover specifikke forstyrrelser af personlighed findes non-organiske personlighedsændringer som kategori, hvilket dækker over personlighedsforstyrrelser forårsaget af katastrofeoplevelser eller anden psykisk sygdom. De to diagnoser har forskellige udtryk og diagnostiske kriterier, men fælles for dem er, at individets opfattelser, tankegang og forhold til både sig selv og andre ændres (WHO ICD-10, 2018, pp. 143-145). Yderligere indgår kategorier som patologiske vane- og impulshandlinger, kønsidentitetsforstyrrelser, seksuelle afvigelser, seksuelle udviklings- og orienteringsforstyrrelser, samt andre forstyrrelser af personlighedsstruktur og adfærd hos voksne (WHO ICD-10, 2018, pp. 146-151).

2.1.2. Psykisk mistrivsel i indeværende projekt

Forståelsen for psykiske problemstillinger i dette projekt er bred med afsæt i det modsatte af psykisk sundhed, og vil ikke være begrænset til en parallelisering med diagnostiske klassifikationer. Derfor vil den overordnede betegnelse “psykisk mistrivsel” blive anvendt, da denne betegnelse forekommer mere inklusiv end det forudindtagne begreb psykisk lidelse. Forståelsen af psykisk mistrivsel forbinder sig til abnormale mentale påvirkninger, hvad enten disse forekommer inden for afvigelse, funktionelle udfordringer, emotionelle udslag eller farefuld adfærd.

2.2. Psykoterapi

Psykoterapi er en paraplybetegnelse, der dækker over adskillige former for terapi baseret på forskellige teoretiske retninger, hvoraf alle omhandler behandling af diverse psykiske problemstillinger, der ikke involverer medicin (Poulsen, 2006, p. 7). I stedet består interventionen af samtaler og relationer mellem terapeuter og de hjælp-søgende (Jørgensen et al., 2017, p. 673). Formålet med enhver form for psykoterapi er “at nå frem til, at patienten bliver i stand til at kunne bearbejde sine vanskeligheder uafhængigt af terapeuten, således at han/hun kan leve mindre bundet af irrationelle behov eller symptomer og opnår flere frihedsgrader i sit liv” (Jørgensen et al., 2017, p. 674). Effektiv psykoterapeutisk behandling kræver et fordrende samspil mellem den person, der søger hjælp, og den person, hvis profession er at hjælpe (Poulsen, 2006, p. 7). Til forskel fra almindelige medmenneskelige relationer er den psykologiske samtale baseret på teori om psykens funktion samt på teknikker, som terapeuten besidder. Ligeledes adskilles den terapeutiske samtale fra almindelige samtaler ved brug af faste rammer og kontrakter (Jørgensen et al., 2017, p. 673).

Psykoterapi som behandlingsintervention har været praktiseret i mange år, hvor det før 1700-tallet typisk var et ærinde for præster og shamaner at uddrive den magt, der mentes at forårsage den psykiske belastning (Poulsen, 2006, p. 10). For nuværende vil psykoterapi som oftest være faciliteret af en psykolog eller psykiater, hvilke begge er beskyttede titler, men enhver kan kalde sig psykoterapeut eller andre relaterede titler og således tilbyde psykoterapi (Poulsen, 2006, p. 8). Den moderne psykologiske terapi blev introduceret med Sigmund Freuds psykoanalytiske terapi i 1900-tallet (Poulsen, 2006, p. 11). Herefter er der opstået forskellige retninger, hvoraf nogle af de mest fremtrædende er systemisk terapi, kognitiv adfærdsterapi og mentaliseringsbaseret terapi (Alberdi & Rosenbaum, 2015, pp. 25-38). I praksis er skellet mellem de forskellige retninger ofte mindre rigidt og mange praktikere er eklektiske i deres tilgang til terapi (Alberdi & Rosenbaum, 2015, p. 40). Foruden at variere i retning kan fokus i psykoterapi ligeledes være forskellige. Udover lindring af konkrete psykiske lidelser kan psykoterapi blandt andet også være rettet mod eksistentielle, relationelle, uddannelsesmæssige, arbejdsmæssige og stressrelaterede problemer med flere (Alberdi & Rosenbaum, 2015, p. 39f). Desuden er der opstået andre psykoterapeutiske formater, der ikke, ligesom klassisk psykoterapi, er baseret på samtale. Eksempelvis er der det seneste år fundet effekter af yoga og musikterapi på forskellige

psykiske parametre (Hewett, Pumpa, Smith, Fahey & Cheema, 2018, p. 354f; Jespersen, Koenig, Jennum & Vuust, 2015, p. 16).

Til trods for at psykoterapi kan variere, er der nogle faktorer, der gør sig gældende på tværs af alle terapiretninger. Disse *fællesfaktorer* står i kontrast til *specifikke faktorer*, som er interventionsspecifikke for forskellige retninger (Poulsen, Lau & Simonsen, 2015, p. 545).

2.2.1. Fællesfaktorer i psykoterapi

Fællesfaktorer henviser til virksomme aspekter ved psykoterapi, som er gældende indenfor alle terapeutiske retninger og orienteringer (Poulsen et al., 2015, p. 545). Det anslås på baggrund af effektstudier og metaanalyser, at fællesfaktorerne kan tilskrives 30 procent af forklaringen på klienters forandring, mens de specifikke faktorer til sammenligning kan tilskrives 15 procent. Den største årsagsforklaring til forandring er imidlertid patientkarakteristika og terapi-eksterne omstændigheder, der tilsammen kan tilskrives 40 procent. De resterende 15 procent af forklaringen på klienters forandring tilskrives klienternes forventninger og placeboeffekter (Zachariae, 2007, p. 20). Teorien afskriver dermed ikke betydningen af de specifikke faktorer, men anser i højere grad fællesfaktorerne for at være forandringsskabende i terapien (Jørgensen et al., 2017, p. 676f).

2.2.1.1. Beskrivelse af fællesfaktorer

Der findes i litteraturen mange teoretiske beskrivelser af fællesfaktorer i psykoterapi. En af disse fremlægges af professor i rådgivningspsykologi Bruce E. Wampold (2015). I denne udlægning præsenteres fem fællesfaktorer, der tilsammen danner en teoretisk forståelse af, hvilke mekanismer, der er forandringsskabende i psykologisk terapi (Wampold, 2015).

Den første fællesfaktor, *terapeutisk alliance*, er en faktor, der dækker over adskillige aspekter af terapien. Alliancen repræsenterer blandt andet forholdet mellem klient og terapeut, hvilket ikke kan sammenlignes med forhold i andre sociale sammenhænge. Klienten har en sikkerhed i, at forholdet ikke ophører, selvom han eller hun deler sårbare eller skamfulde tanker og erfaringer. Desuden kan klienten have tillid til, at det delte materiale ikke kommer videre - dog med meget få undtagelser, eksempelvis hvis andre mennesker eller klienten selv er i fare (Wampold, 2015, p. 271). Den terapeutiske alliance dækker også over mere formelle aspekter, herunder

målet for terapien og en afklaring af roller i det terapeutiske arbejde. En solid og vel-fungerende alliance vil derfor kunne afspejles i klientens vilje til at samarbejde med terapeuten, idet en tillid til processen er blevet grundlagt (Wampold, 2015, p. 271). Den terapeutiske alliance er den mest undersøgte af de forskellige fællesfaktorer, og var i 2011 genstand for en stor metaanalyse baseret på 200 studier, der tilsammen dækker over mere end 14.000 klienter i individuel psykoterapi. Resultatet af den massive undersøgelse viste, at den terapeutiske alliance og effekt af terapi har en korrelationskoefficient på $r=0.275$ (95% CI: 0.249-0.301, $p<.0001$), hvilket indikerer en nær moderat association mellem terapeutisk alliance og udfaldet af terapi¹ (Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011, p. 12f).

Empati er en anden fællesfaktor i psykoterapi. Begrebet dækker over den proces, der sker i et individ, når vedkommende kan dele og forstå baggrunden for en anden persons sindstilstand. Denne proces er afgørende for terapien, men svær at påvise empirisk (Wampold, 2015, p. 273). Wampold (2015) påpeger i sin udlægning af fællesfaktorer, at det empirisk set er umuligt at lave et studie, der undersøger effekten af empati isoleret, da det både er uetisk at adskille empati fra en terapeutisk sammenhæng, og ligeledes fordi det i praksis anses som umuligt at adskille fra den terapeutiske alliance (Wampold, 2015, p. 273). Dog findes empiriske studier, hvori det blev forsøgt at påvise effekten af empati i terapeutiske settings. I en metaanalyse forekom empati og effekt af terapi med en korrelationskoefficient på $r=0.31$ (95% CI: 0.28–0.34, $p<.001$) (Elliott, Bohart, Watson & Greenberg, 2011, p. 46), hvilket betyder, at empati, ligesom den terapeutiske alliance, korrelerer moderat med udfaldet af terapi. Resultatet skal dog, som før nævnt, tolkes med tanke for de udfordringer, der er i at isolere og måle en kompleks proces som empati (Wampold, 2015, p. 273f).

¹ Pearson's r er et udtryk for korrelationer mellem to variable, hvor værdierne varierer fra -1 til +1. Førstnævnte angiver en perfekt negativ korrelation og sidstnævnt en perfekt positiv korrelation. En korrelation på 0 vil angive, at der ingen sammenhæng er mellem de to variable (Juul, Bech, Dahm & Rytter, 2017, p. 57). Tolkes korrelationerne som et udtryk for effektstørrelser, kan graden af korrelationen vurderes ud fra grænseværdier, hvor 0.1 angiver en lille effekt, 0.3 en moderat effekt og 0.5 en stor effekt (Rosenthal & Rosnow, 2008, p. 361), hvilket afviger fra grænseværdierne defineret ud fra Cohen's d (Rosenthal & Rosnow, 2008, p. 366f). Således vil en korrelation på $r=0.1$ vise en lille association, en korrelation på $r=0.3$ en moderat association, og en korrelation på $r=0.5$ en stor association.

Udover den terapeutiske alliance og empati indgår *klientens forventninger* også som en del af Wampolds beskrivelse af fællesfaktorer for psykoterapi (Wampold, 2015, p. 274). Klientens forventninger er bygget op af flere elementer, såsom tidligere erfaringer, egne forestillinger og omverdenens syn på psykoterapi (Wampold, 2015, p. 274). Denne faktor er, ligesom empati, svær at adskille helt fra den terapeutiske alliance, idet en afstemning af forventninger til både klientens og terapeutens respektive roller og mål for terapien er en del af alliancen (Wampold, 2015, p. 271). På trods af udfordringen med at isolere klientens forventning, findes der mange studier, der undersøger effekten heraf. En metaanalyse har vist, at klientens forventninger til terapien har en lille betydning for effekten af terapien med $r=0.12$ (95% CI: 0.10 – 0.15, $p<.001$), hvilket ikke er en korrelation i samme omfang som de øvrige fællesfaktorer (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano & Smith, 2011, p. 188).

Den fjerde fællesfaktor i Wampolds udlægning er *terapeutforskelle*. Denne faktor dækker over de individuelle forskelle, der er mellem terapeuter inden for samme terapiretning. Disse forskelle kan potentielt føre til forskellige udfald af terapi på trods af samme terapiretning med samme tilgang til behandling og samme type klient (Wampold, 2015, p. 274f). De forskelle, der har størst betydning, er personlighed og interpersonelle færdigheder, mens demografiske forskelle såsom alder og køn har mindre betydning (Anderson, Ogles, Patterson, Lambert & Vermeersch, 2009, pp. 755-757). Høj grad af interpersonelle færdigheder kan bidrage til, at terapeuten er i stand til at danne en god alliance med et bredere spektrum af klienter samt forstærke sine empatiske evner, hvilke, som tidligere beskrevet, begge er fællesfaktorer i sig selv og derfor har stor betydning for terapien (Wampold, 2015, p. 275).

Den sidste fællesfaktor, som Wampold (2015) beskriver, er *kulturel tilpasning*. Det er vigtigt for klientens arbejde i terapien, at der er overensstemmelse mellem den terapeutiske behandling og klientens kultur. Hvis dette ikke er tilfældet, kan det være svært for klienten at acceptere terapien. Måder hvorpå terapien kan tilpasses involverer blandt andet sprog, hensyn til kulturelle ritualer og hvad der i kulturen anses som høflig adfærd (Wampold, 2015, p. 274).

2.2.2. Specifikke faktorer

Som før nævnt er de beskrevne fællesfaktorer i psykoterapi ikke en afvisning af virkninger af forskellige terapiretningers specifikke faktorer, som også kan tillægges betydning i processen mod at skabe forandring (Lacewing, 2014, p. 164f; Thuesen,

2012, p. 68). Idet de specifikke faktorer også kan have betydning for udfaldet af terapi, kan nogle terapietninger være mere effektive til behandling af konkrete psykiske problemstillinger end andre (Lilienfeld, 2017, p. 54). Eksempler herpå er psykodynamisk psykoterapi og kognitiv adfærdsterapi, der er baseret på forskellige teoretiske standpunkter og benytter forskellige procedurer, teknikker og strategier (Jørgensen et al., 2017, p. 677).

2.2.2.1. Psykodynamisk psykoterapi

Som fundament for det moderne psykodynamiske felt står psykoanalysen, der blev introduceret af Sigmund Freud i 1900-tallet. Selvom der inden for *psykodynamisk psykoterapi* er sket en rivende udvikling, er der stadig tydelige forbindelser mellem den moderne psykodynamiske orientering og de psykoanalytiske rødder (Thielst, 1980, p. 8). I klassisk psykoanalyse arbejdes ud fra et formål om at gøre klientens ubevidste traumer bevidste, hvormed de bliver mulige at bearbejde (Thielst, 1980, p. 8). For at forstå, hvad det bevidste og det ubevidste dækker over, kan Freuds personlighedsmodel inddrages, hvor de tre instanser Id'et, jeg'et, også kaldet ego'et, og over-jeg'et, også kaldet superego'et, er repræsenteret (Freud, 2016; Thielst, 1980). *Id'et* rummer blandt andet driftsimpulser samt det ubevidste og fortrængte materiale, såsom traumatiserende oplevelser fra barndommen. *Jeg'et* dækker over personligheden og fornuften, og er den del af modellen og psyken, der indebærer den bevidste erkendelse. Dermed er det også denne instans, som terapeuten arbejder sammen med om at gøre det ubevidste i Id'et bevidst for derefter at kunne bearbejde det fortrængte materiale. *Over-jeg'et* er den instans, hvor samvittigheden og adfærdsnormerne er repræsenteret, og kan ses som en modpol til Id'ets repræsentation af driftsimpulser. Derfor kan der opstå konflikter mellem disse to instanser, hvortil jeg'ets opgave bliver at navigere herimellem. Løses konflikterne ikke, kan det manifestere sig som psykisk mistrivsel hos klienten eksempelvis i form af angst (Thielst, 1980, p. 12f).

Psykodynamisk psykoterapi har med sin lange udvikling ført til, at det psykoanalytiske felt er ekspanderet i et omfang, hvor der potentielt kan være tale om tilsynkomsten af flere individuelle retninger. Hertil kan eksempler som egopsykologien, selvpsykologien, objektrelationsteorierne og den interpersonelle psykoanalyse nævnes. På trods af multiple orienteringer kan der endnu tales om metodemæssige fælles-træk, som i større eller mindre grad gør sig gældende på tværs af orienteringer indenfor psykodynamisk psykoterapi, og som adskiller denne retning fra andre terapeuti-

ske retninger (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 27f). Disse fællestræk indebærer blandt andet et terapeutisk fokus på affekt og udtryk for følelser samt udforskning af forsvar og modstand. Andre fællestræk for psykodynamisk psykoterapi ses at have tydelige forbindelser tilbage til den klassiske psykoanalyse, såsom et fokus på den tidlige udvikling og erfaringer med tidlige tilknytningsfigurer samt en udforskning af fantasilivet (Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 27f). Hertil er der et øget fokus på interpersonelle relationer og overføringsarbejde med udgangspunkt i relationen mellem klient og terapeut (Blagys & Hilsenroth, 2000 if. Jacobsen & Mortensen, 2013, p. 28f).

Interventionsmetoder indenfor psykodynamisk psykoterapi varierer i høj grad, og kan tilpasses diverse problemstillinger. De psykodynamiske interventionsmetoder kan opstilles på et spektrum, hvor den ene pol repræsenterer ekspressive former for intervention og den anden pol repræsenterer støttende former for intervention (Jacobsen og Mortensen, 2013, p. 28). Interventionsmetoder af ekspressiv karakter er fortolkninger, observationer, konfrontationer og klarificering (Gabbard, 2014, p. 106f). De støttende former for intervention dækker over tilskyndelse til uddybelse, empatisk validering og psykoedukation (Gabbard, 2014, p. 107f). Nogle klienter profiterer mest af ekspressive interventionsmetoder, mens brug af sådanne for andre klienter kan have en modsatrettet effekt, hvorfor der hos disse er behov for støttende interventionsmetoder. Det er dermed en vigtig opgave for terapeuten at navigere i, hvad klienten har brug for, hvilket er et vedblivende arbejde, idet klientens behov gennem terapien vil variere uanset hvilken strategi, terapeuten vælger at følge fra terapiens begyndelse (Gabbard, 2014, p. 121). Der findes forskellige karakteristika hos klienten, der kan indikere, hvilken strategi, der er den mest hensigtsmæssige at følge. Eksempelvis vil klienter, hvis problemstilling er baseret på en mangeltilstand i jeg'et, såsom manglende selvfølelse eller oplevelse af meningsløshed, have brug for en støttende interventionsmetode. Med den støttende strategi kan terapeuten bidrage til arbejdet med at finde meningsfuldhed i klientens selvoplevelse (Gullestad & Killingmo, 2007, p. 192f). Den ekspressive tilgang forudsætter, at klienten er i stand til at reflektere over sig selv og er motiveret for at forstå, hvilke underliggende mekanismer, der kan være på spil. Dette kan involvere en stor grad af frustration og angst, hvilket klienten skal kunne udholde (Gabbard, 2014, p. 122). Problemstillingerne hos disse klienter er typisk forbundet til intrapsyriske konflikter, hvilket eksempelvis kan være en konflikt mellem et ubevidst ønske hos klienten, som fortrænges, da det ikke

er i overensstemmelse med krav fra over-jeg'et eller omverdenen (Gabbard, 2014, p. 116).

2.2.2.2. Kognitiv adfærdsterapi

En anden fremtrædende retning indenfor psykoterapi er *kognitiv adfærdsterapi* (KAT) (Rosenberg, Mørch & Arendt, 2012, p. 23), der med specifikke interventionsmetoder adskiller sig fra psykodynamisk psykoterapi. Retningen opstod som en reaktion på de to dominerende retninger, psykoanalysen og adfærdsterapien, idet de begge, trods deres markante forskelle, ikke kunne forklare særligt de kognitive aspekter af depression, som også dengang var den mest udbredte psykiske lidelse. Forgangsmanden var psykiater Aaron T. Beck, som i 1960'erne satte gang i udviklingen med udgivelsen af tre bøger om den nye retning (Rosenberg et al., 2012, p. 24). Udviklingen af KAT kan inddeles i tre bølger, hvor første bølge er karakteriseret ved klassisk adfærdsterapi. Den klassiske adfærdsterapi ansås som værende for begrænset uden det kognitive element, hvilket blev inkorporeret i løbet af 1980'erne. Den anden bølge dækker over den form for KAT, der i dag er den mest dominerende med inddragelse af kognitive karakteristika såsom skemata og kognitiv forvrængning samt inddragelse af direkte metoder og teknikker (Rosenberg et al., 2012, p. 25f). Gennemgående fra klassisk adfærdsterapi til moderne KAT er det videnskabelige fundament. Udviklingen af KAT skabes derfor i samspillet mellem empirisk effektforskning og kliniske erfaringer (Rosenberg et al., 2012, p. 25f). I tredje bølge ses en række nye terapiformer, som har tydelige træk til fælles med KAT, men som desuden også har et spirituelt præg, idet der findes inspiration i østens religion og kultur (Rosenberg et al., 2012, p. 26).

Som navnet ansporer, er det kognitive fokus det mest fremtrædende karakteristika hos KAT, hvilket også ses af grundbegreberne "skemata" og "negativ automatisk tænkning". *Skemata* dækker over et individs grundlæggende og gennemgående tænkning om sig selv, andre og verden. Information fra omverden bliver af individet forstået ud fra det skema, som er aktiveret. Hvis et skema bliver aktiveret uden markante årsager og meget svært deaktiveres og dermed dominerer tænkningen, kan det medføre en gennemgående dysfunktionel, rigid og urealistisk måde at tænke på (Rosenberg et al., 2012, p. 28). Denne dysfunktionelle måde at tænke på i konkrete situationer kaldes *negativ automatisk tænkning* (Rosenberg et al., 2012, p. 31f). Skemata og negativ tænkning præger individets fortolkning af nye erfaringer, og sigter således

mod at bekræfte de forestillinger vedkommende har om sig selv og verden (Jørgensen et al., 2017, p. 694f). På den måde opstår *forvrængning* af virkeligheden (Rosenberg et al., 2012, p. 29). Skemata og negativ automatisk tænkning kan manifestere sig i *basale leveregler*, der udmønter sig i handlinger og adfærd (Jørgensen et al., 2017, p. 694). Således er der i KAT fokus på kompenserende adfærd og handlinger som konsekvens af iboende skemata og dertil udviklede ufleksible, dysfunktionelle, forvrængede og vedligeholdende negative tanker (Jørgensen et al., 2017, p. 693f).

I terapeutisk behandling med KAT er især tænkning og adfærd men også kropslige reaktioner og følelser i fokus, hvilket eksemplificeres med modellen “den kognitive diamant” (Rosenberg et al., 2012, p. 32). Terapien er bygget op omkring forskellige processer, og dertilhørende metoder. I terapiens begyndelse spiller *psyko-education* en vigtig rolle. Formålet hermed er at informere klienten om vedkommendes lidelse eller problemstilling. Desuden er en gennemsigtig behandlingsmetode vigtig, så klienten ved, hvad der skal ske i terapien. Selvom denne strategi er mest fremtrædende i begyndelsen, er den også integreret i de øvrige processer igennem forløbet (Rosenberg et al., 2012, p. 35). Næste proces baseres på udforskning, sokratiske dialog og adfærdseksperimenter, med hvilke formålet er at give klienten indsigt. Vejledt udforskning og sokratiske dialog er baseret på en fælles udforskende tilgang til et relevant emne, udfordring af klientens antagelser herom samt en omstrukturering heraf, hvor klienten har mulighed for at ændre sin synsvinkel på det aktuelle område på baggrund af den nye indsigt (Rosenberg et al., 2012, p. 35f). Brugen af adfærdseksperimenter er en af de mest fremtrædende specifikke faktorer ved KAT. Særligt til behandling af angstlidelser er *eksponering* en anvendt metode. Ved at udsætte klienten for det, som angsten forbinder sig til, er det muligt at udfordre de negative automatiske tanker, som klienten har, og give plads til, at klienten kan tænke alternativt. På denne måde testes og udfordres tænkningen, således at det bliver muligt for klienten at undgå den sikkerhedsadfærd, som tidligere har været forbundet til angsten (Rosenberg et al., 2012, p. 45). Det er hertil afgørende, at terapeuten udformer eksponeringen passende med fokus på succes, således at de dysfunktionelle tanker med stor sandsynlighed afkræftes efter udsættelse for angsten (Rosenberg et al., 2012, p. 46). Succesfuld behandling med KAT medfører en endelig mestring, hvor klienten har udviklet nye handlemønstre og således er sat fri fra dysfunktionel tænkning og sikkerhedsadfærd (Rosenberg et al., 2012, p. 36).

2.2.3. Psykoterapi i indeværende projekt

I indeværende projekt vil forskellige psykoterapeutiske retninger indgå, hvorfor den fælles overordnede betegnelse “psykoterapi” vil blive benyttet for alle disse. Den nærværende forståelse af psykoterapi er baseret på klassisk psykoterapi med samtale i fokus og med relationen mellem terapeut og klient i centrum. Således tages der afstand fra alternative terapiformer såsom kunstterapi, musikterapi, yoga mm. Der bruges i litteraturen forskellige termer, når der henvises til den person, der modtager hjælp gennem psykoterapi, såsom eksempelvis patient, hjælpsøgende, borger og klient, ligesom der også bruges divergerende termer om den person, der hjælper, såsom psykolog, psykoterapeut, hjælper og terapeut. For at sikre overskuelighed vil der gennem projektet blive henvist til den person, der udøver terapien, med termen “terapeut”, ligesom der vil henvises til den, der modtager terapi, med termen “klient”. Ordet klient er valgt frem for andre beslægtede termer, da dette begreb repræsenterer en bred målgruppe med forskelligartede problemstillinger, hvor eksempelvis ordet patient i højere grad refererer til individer med behandlingskrævende psykiatriske diagnoser.

2.3. Negative effekter

Selvom psykoterapi kan være fordelagtigt for klienten, påpeges det, at der kan være problematiske aspekter forbundet hermed (Hill, 2014, p. 9). I sundhedsvidenskaben bruges termen “bivirkning” ofte om negative konsekvenser af behandling. Ordet bivirkning henviser til “enhver sekundær eller tilfældig effekt af et præparat eller anden behandling, specielt en supplerende uønsket effekt til en primær tilsigtet reaktion” (Coleman, 2015, p. 695). Altså er en bivirkning en effekt af behandling, der ikke forventes eller ikke er tilsigtet og som oftest er uønsket. I forbindelse med psykoterapi bruges imidlertid også andre termer omkring sekundære, uønskede udfald af behandling såsom “adverse event”, “malpractice”, “unethical conduct” og “adverse treatment reaction” (Moritz et al., 2019, p. 577). Fælles for alle disse termer er, at de henviser til effekter af behandling, der på forskellig vis er af negativ kvalitet (Linden, 2013, p. 287). Alt dette kan derfor samlet klassificeres under den fælles betegnelse “negative effekter”.

Negative effekter kan forstås som hændelser, der forårsager direkte eller indirekte skade, og som af klienten opfattes som negative eller skadelige (Ladwig, Rief

& Nostoriuc, 2014, p. 253). Det kan dog antages, at individer i klientens omgivelser ligeledes kan vurdere, om terapeutiske udfald er skadelige, idet nogle effekter kan virke dysfunktionelle til trods for klientens manglende indsigt heri. For at blive klassificeret som en negativ effekt af psykoterapi skal udfaldene påvirke mindst ét aspekt af klientens liv eller funktion og være forårsaget af terapien og ikke af eksterne faktorer eller hændelser (Ladwig et al., 2014, p. 253). Nogle fagfolk mener, at negative effekter også kan dække over uundgåelige og endda nødvendige negative udfald for at opnå en samlet positiv effekt af psykoterapi (Linden & Schermuly-Haupt, 2014, p. 306).

Til trods for en begrænset mængde litteratur påpeges det af psykiater Michael Linden og psykoterapeut Marie-Luise Schermuly-Haupt (2014, p. 308), at der er konsensus om, at negative effekter bør forventes at forekomme hos 5-20 procent af klienter i psykoterapeutiske forløb. En nøjagtig vurdering af hyppighed samt beskrivelse af negative effekter kompliceres dog af, at mange konklusioner drages uden empirisk belæg herfor (Linden & Schermuly-Haupt, 2014, p. 308).

2.3.1. Beskrivelse af negative effekter

Der er endnu ikke entydighed i forhold til, hvad der forstås som negative effekter, og hvad der skaber disse (Moritz et al., 2019, p. 578), da negative udfald antages at variere på tværs af blandt andet psykiske problemer, terapietninger og undersøgelsesmetoder (Barlow, 2010, p. 17). Dette afspejles i litteraturen på området, hvor der ses diversitet i forhold til hvad negative effekter repræsenterer (Herzog, Lauff, Rief & Brakemeier, 2019, p. 2).

Da idéer og teorier omkring negative effekter begyndte at se dagens lys i 1960'erne var det primære fokusområde på tilbagefald. I en artikel baseret på en samling af observationer fra forskellige studier præsenterede psykolog Allen E. Bergin i 1966 en model over den såkaldte "deterioration effect" (Bergin, 1966, pp. 235-238). Hans konklusion var, at nogle individer i psykoterapi får det værre, ligesom nogle får det bedre sammenlignet med referencegrupper, der ikke er i behandling (Bergin, 1966, p. 235). Siden 1960'erne er negative effekter ved psykoterapi blevet beskrevet i mange sammenhænge, men empirisk litteratur er fortsat begrænset (Linden, 2013, p. 286). For nuværende er idéen om negative effekter desuden bredere og omhandler ikke udelukkende tilbagefald og tilbagegang. Nogle forfattere påpeger endda, at bivirkninger bør distanceres herfra, idet både tilbagefald og tilbagegang kan

være en del af den psykiske problemstillings fluktuation og således være uafhængig af den terapeutiske proces (Linden, 2013, p. 287f).

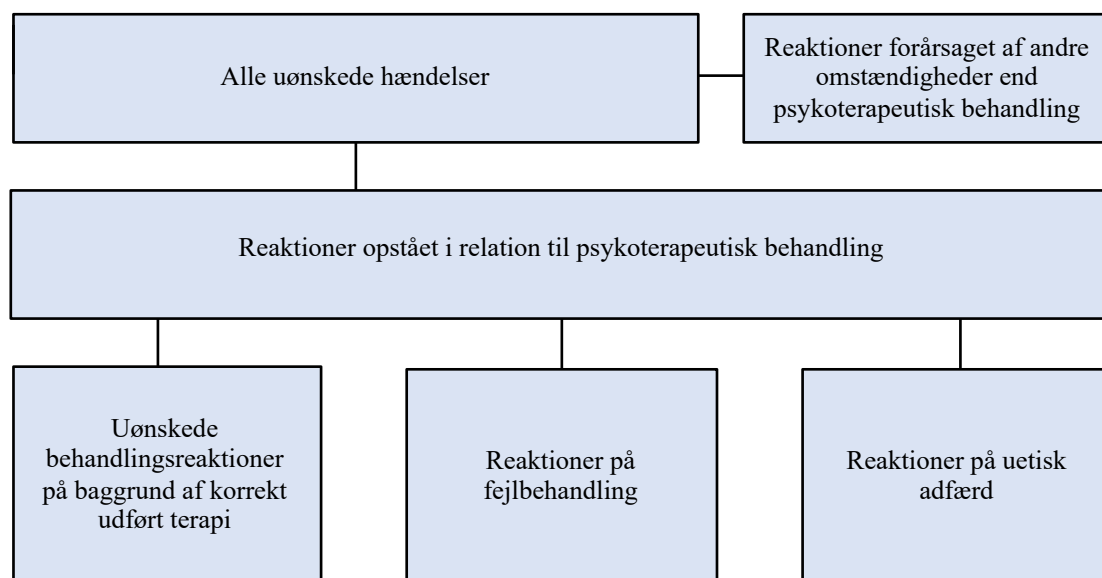
Psykiater Michael Linden tilbyder i forsøget på at definere diverse negative effekter en oversigt, der inddeler bivirkningerne i kategorier (Linden, 2013, p. 287f). “Uønskede hændelser” (eng: unwanted event) som overordnet kategori dækker over alle negative effekter, der opstår parallelt med eller i relation til behandlingen. Herunder findes subkategorien “reaktioner opstået i relation til behandlingen” (eng: treatment-emergent reactions), der omfatter de negative effekter, der direkte er forårsaget af behandling. Denne kategori inddeles yderligere i grupperne “uønskede behandlingsreaktioner” (eng: adverse treatment reactions), der omfatter de effekter, der er forårsaget af korrekt behandling, og “reaktioner på fejlbehandling” (eng: malpractice reactions), som er effekter forårsaget af utilstrækkelig og ukorrekt terapi (Linden, 2013, p. 287f). I en nyere artikel af neuropsykolog Steffen Moritz og kolleger fra 2019 bygges der videre på Lindens fremlægning, og potentielle uønskede bivirkninger inddeles i tre primære kategorier; “uønskede behandlingsreaktioner” forårsaget af korrekt behandling, “fejlbehandling” og “uetisk adfærd”. Herudover kan der ses negative effekter forårsaget af andre livsomstændigheder end selve den terapeutiske behandling (Moritz et al., 2019, p. 578). En model over klassificering af negative effekter baseret på disse to fremlæggninger kan ses af figur 1.

De uønskede behandlingsreaktioner kan dække over en bred variation af diverse negative effekter, der opstår hos klienten i relation til behandlingen, og som fremlægges i teoretisk litteratur. Dette kan eksempelvis være somatiske eller psykologiske symptomer eller forværring i trivsel hos klienten. Det kan ligeledes være påvirkning af klientens arbejdsliv eller sociale formåen (Linden, 2013, p. 287). Det kan også komme til udtryk som manglende resultater af behandling, unødvendig forlængelse af behandling og tilsynekomst af nye symptomer (Linden, 2013, p. 293), hvorfor de negative effekter både kan anskues i forhold til at gøre det primære problem værre eller gøre skade på andre områder, der ikke umiddelbart var genstand for interventionen (Dimidjian & Hollon, 2010, p. 22). Yderligere kan afhængighed af terapeuten, problemer i parforhold, følelse af håbløshed, manglende motivation, frygt for stigmatisering og højere angstniveau som konkrete negative effekter nævnes (Ladwig et al., 2014, p. 253). Derudover kan klient-frafald anses som en negativ effekt (Lilienfeld, 2007, p. 56). Som nævnt indledningsvist (jf. 1.) kan retraumatisering også anses som en negativ konsekvens af psykoterapi. I en grundbog over færdigheder til professio-

nelle samtaler fremgår også risikoen for, at terapi giver klienten akkurat nok lindring til at kunne forblive i maladaptive situationer eller forhold (Hill, 2014, p. 9), hvilket ligeledes kan ansues som en negativ effekt ved terapeutiske samtaler.

Figur 1

Klassificering af Negative Effekter



Baseret på modellerne af Linden (2013) og Moritz et al. (2015).

2.3.2. Risikofaktorer

Ligesom der er forskellige teoretiske antagelser om negative effekter, er der forskellige idéer om, hvad der forårsager de potentielle negative udfald. Det fremlægges dog, at der er konsensus om, at negative effekter opstår som konsekvens af forhold ved terapeuten eller terapien i sig selv og faktorerne heri (Berk & Parker, 2009, p. 792). Der kan være adskillige aspekter omkring terapeuten, der kan have betydning for udviklingen af negative reaktioner og udfald. I psykoterapeutiske situationer har terapeuten et stort ansvar for at forstå klientens problemstillinger og vælge et passende fokus for terapien. Såfremt terapeuten udvikler en forståelse af klientens problemstilling, som klienten ikke kan identificere sig med, eller hvis terapeuten vælger et fokus for terapien, som forværrer problemet frem for at lindre smerte hos klienten, kan det potentielt føre til negative effekter (Linden, 2013, p. 289f). I psykoterapeutiske situationer er megen forståelse for klientens problemstillinger desuden guidet af terapeutens teoretiske ståsted. Dette kan medføre negative udfald såfremt terapeuten

ikke forstår eller anerkender vigtige aspekter af klientens psykiske mistrivsel eller ikke anerkender behovet for andre behandlingsinterventioner (Linden, 2013, p. 289). Yderligere kan terapeuten muligvis være skyld i negative effekter af psykoterapi, hvis denne administrerer terapien på utilbørlig vis (Lilienfeld, 2007, p. 56) ved eksempelvis at være passiv og tilbageholdende eller prioritere egne behov over klientens (Berk & Parker, 2009, p. 790). Udover aspekter ved terapeuten fremlægges også forhold ved den terapeutiske alliance, der kan føre til negative effekter. I den forbindelse antages negative effekter opstå, hvis relationen og alliancen er svag (Lilienfeld, 2007, p. 56). Negative effekter kan også forekomme, hvis terapeuten overskrider sine juridiske og etiske grænser overfor klienten - eksempelvis i forhold til at indlede et seksuelt forhold til klienten eller i forhold til ikke at afslutte terapi, når det burde afsluttes (Linden, 2013, p. 292). Hertil kan der også opstå negative effekter, hvis klienten mister sin autonomi som følge af upassende og overdreven afhængighed af terapien eller terapeuten (Berk & Parker, 2009, p. 790).

Der er ligeledes aspekter ved selve behandlingen, der kan medføre uønskede og negative reaktioner. Helt overordnet kan det at tale om problemer, at blive mindet om dem, og at blive klogere herpå skabe negative effekter. Dette kan især tænkes at gøre sig gældende, når det primære indhold i terapien handler om at huske og bearbejde en traumatisk hændelse (Linden, 2013, p. 291). En betingelse ved psykoterapi er dog at arbejde med psykologiske og vanskelige problemstillinger gennem samtale (jf. 2.2.), hvorfor det at bearbejde materiale ved at tale om det, ikke kan ansues som en risikofaktor i sig selv. Derudover kan psykoterapi overordnet set tænkes at skabe negative effekter, da det kan øge klientens drifter og samtidig mindske hæmning, så klientens adfærd kan ændre sig (Linden, 2013, p. 291). Konkrete procedurer ved specifikke terapiretninger, såsom eksempelvis eksponering, antages også at kunne medføre negative udfald. De negative effekter kan manifestere sig, såfremt klienten ikke drager fordel af procedurerne og teknikkerne (Linden, 2013, p. 290). Det kan eksempelvis ske ved forhastet og upassende eksponering (Lilienfeld, 2007, p. 54), men også ved korrekt udført eksponering, idet det associeres med midlertidig symptomforværring (Dimidjian & Hollom, 2010, p. 22). Hvorfor negative effekter opstår, kan derfor også skyldes teorien om "*no pain, no gain*", altså at klienterne skal opleve at få det værre i løbet af terapien, for efterfølgende at se en positiv langtidseffekt (Lilienfeld, 2007, p. 56). Dette kan især tænkes at gøre sig gældende for psykoterapi, hvori klienten undersøger og konfronterer førhen ignorerede konflikter, da klientens

angstniveau i så fald kan tænkes at stige midlertidigt, hvorpå klienten efterfølgende oplever en lindring (Lilienfeld, 2007, p. 56; Dimidjian & Hollon, 2010, p. 22).

2.3.3. Undersøgelsesværktøjer

Teoretiseringen af negative effekter og risikofaktorer har ført til en udvikling af diverse instrumenter til at undersøge og vurdere negative effekter ved psykoterapi, men disse bruges ikke i særlig stor udstrækning i hverken praksis eller forskning (Linden & Schermuly-Haupt, 2014, p. 306). Majoriteten af undersøgelsesværktøjerne er spørgeskemaer og checklister såsom the Vanderbilt Negative Indicator Scale (VNIS), the Inventory of Negative Effects of Psychotherapy (INEP), the Unwanted Events and Adverse Treatment Reaction Checklist for Psychotherapy (UE-ATR Checklist) og the Experience of Therapy Questionnaire (ETQ) (Linden & Schermuly-Haupt, 2014, p. 306). Derudover findes Negative Effects Questionnaire (NEQ), Unwanted Events-Adverse Treatment Reactions in the context of group psychotherapy (UE-G), Side Effects of Psychotherapy Scale (SEPS), Exploitation Index (EI) samt Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS) (Herzog et al., 2019, p. 4). Nogle af disse måleværktøjer er baseret på terapeut-rating, mens andre er baseret på klient-rating, og et enkelt er baseret på klient-rapportering i gruppeterapeutiske kontekster (Herzog et al., 2019, p. 4). Spørgeskemaerne forekommer meget heterogene, hvorfor de varierer i forhold til, hvilke domæner og former for negative effekter, de undersøger (Herzog et al., 2019, p. 5).

For en grundig undersøgelse af negative effekter bør der indgå en vurdering af den påvirkning det skaber på klientens liv, hvilket kan gøres ud fra en vurdering af effekternes sværhedsgrad. Det kan eksempelvis være fra mild påvirkning uden konsekvenser til moderat med en foruroligende virkning til svær med behov for en modforanstaltning. Derudover kan virkningerne vurderes som meget alvorlige med vedvarende negative konsekvenser til ekstremt alvorlige, hvor indlæggelse er nødvendig, til livstruende (Linden & Schermuly-Haupt, 2014, p. 306). Derudover bør værktøjerne inkorporere et bredt spektrum af bivirkninger samt skelne mellem de forskellige former for negative effekter (Herzog et al., 2019, p. 10).

Det påpeges i litteraturen, at teori omkring negative effekter, deres oprindelse og undersøgelse heraf har skabt dilemmaer for terapeuter, lignende dem læger længe har haft, idet en oplysning omkring eventuelle negative effekter kan have en skadelig

effekt i sig selv, da det øger risikoen for, at andre negative effekter indtræffer. Modsat er det uprofessionelt og uetisk ikke at informere omkring negative effekter, såfremt sådanne kan forventes, da det kan have en massiv indvirkning på klienternes liv, hvis negative effekter er uforventede (Moritz et al., 2019, p. 578).

2.3.4. Vurdering af negative effekter i medicin versus psykoterapi

Medicinvirksomheden har længe stået overfor det netop skitserede dilemma, når patienter tilbydes medicinsk behandling for diverse sygdomme og lidelser (Moritz et al., 2019, p. 578). De seneste år er interessen også steget for at undersøge bivirkninger ved psykofarmaka (Lilienfeld, 2007, p. 53). Når et medicinsk præparat skal testes for effektivitet, følger en proces, hvori sikkerheden undersøges før produktet distribueres (Lilienfeld, 2007, p. 53). Det kræves derfor, at der er kendskab til negative effekter, for at et præparat kan godkendes (Nutt & Sharpe, 2008, p. 4). For at et medicinsk præparat kan lanceres kræves desuden mindst to beviser for effektivitet fordelt på mindst to multi-center undersøgelser med en kontrolgruppe, der modtager placebo, samt en langtidseffektstudie, der som oftest har til formål at forhindre tilbagefald (Nutt & Sharpe, 2008, p. 4). På baggrund af både effektstudier og sikkerhedsdata kan der foretages en vurdering af risici og fordele, der kan guide beslutningen om at tillade et produkt på markedet (Nutt & Sharpe, 2008, p. 4). Psykoterapi er ikke på samme måde underlagt sådanne regulativer (Nutt & Sharpe, 2008, p. 4), og historisk set har psykologien i høj grad beskæftiget sig med vurdering af fordele fremfor ulemper (Berk & Parker, 2009, p. 787). Dermed udelades sikkerhedsdata i vurderinger af psykoterapis effektivitet, hvorfor der er divergens i forhold til den måde interventioner vurderes på i farmakologisk og psykoterapeutisk forskning (Berk & Parker, 2009, p. 787). Dette kan muligvis skyldes, at den psykoterapeutiske behandlingsform ikke anses for at kunne påvirke klienters biologi, fordi det længe har været antaget, at samtale mellem to mennesker ikke kan påvirke fysikken og biologien, hvorfor der ikke stilles krav til undersøgelse af negative effekter.

2.3.5. Negative effekter i indeværende projekt

Med viden om teori og kendskab til litteraturen omkring negative effekter tages der i dette projekt udgang i den overordnede klassifikation ”reaktioner opstået i relation til psykoterapeutisk behandling”. Dermed diskrimineres ikke mellem de underliggende klassifikationer (se figur 1). Forståelsen for negative effekter vil derfor være bred og

omfatte adskillige potentielle negative reaktioner og udfald. Således vil alle former for uønskede og negative effekter relateret til psykoterapeutisk behandling være genstand for undersøgelse i indeværende projekt. Den aktuelle forståelse skyldes blandt andet, at litteraturen på området som nævnt er begrænset, og at der i noget empirisk litteratur ikke skelnes mellem forskellige typer af negative effekter.

2.4. Evidens

For at kunne belyse evidensen for negative effekter ved psykoterapi forekommer det relevant at afdække evidensbegrebet. *Evidens* er kædet sammen med viden og sikkerhed, og kan bruges til at sige noget om, “hvor sikker man kan være på, at den viden, man bygger praksis på, er sand” (Jensen, 2008, p. 153). At noget er evident, betyder derfor, at det er øjensynligt og klart, og at der er vished om, at der er tale om en umiddelbar kendsgerning, som det ikke er nødvendigt at argumentere for eller bevise yderligere (Jensen, 2008, p. 161). Begrebet kommer oprindeligt fra det medicinske felt, hvor det blev brugt til at træffe beslutninger om behandlingen af patienter (Eriksson & Hummelvoll, 2012, p. 34). Begrebet har dog spredt sig til hele velfærdsområdet (Eriksson & Hummelvoll, 2012, p. 34), og bruges ofte i psykologien til at sige noget om effektiviteten af psykoterapeutiske retninger (Jensen, 2008, p. 154). Den klassiske og traditionelle forståelse for evidens er derfor relateret til behandling og benyttes til at belyse grundlaget herfor (Jensen, 2008, p. 162). Således kædes videnskabelighed sammen med empirisk erfaring, og står dermed i modsætning til gæsteri, ideologi, konventioner og tro (Jensen, 2008, p. 153). Den videnskabelige holdning kan imidlertid også tilstræbes integreret i hvert øjeblik af det menneskelige møde mellem terapeut og klient, og således sættes evidensbegrebet i relation til løbende processer i det terapeutiske arbejde med konsekvent integration af videnskabelighed (Jensen, 2008, p. 154-158). Dette perspektiv deles af flere forfattere, der ligeledes påpeger, at evidens kan forstås ud fra erfaringer og indsigter og således adskilles fra evidens begrundet med målinger (Eriksson & Hummelvoll, 2012, p. 34). Derfor kan man også definere evidens ud fra et fænomenologisk perspektiv, hvor oplevelsen af noget kan være en indiskutabel kendsgerning og således være evident (Jensen, 2008, p. 162). Uanset om evidensen er subjektafhængig eller om der findes konsensus i oplevelsen (Jensen, 2008, p. 162), kan man tale om evidente erfaringer eller evident viden, såfremt der findes belæg for dem, og de er til at stole på (Martinsen, 2013, p. 91). Forskning i terapi kan derfor kaldes evidensbaseret, såfremt den er baseret på

erfaringer med fænomenologisk evidens (Jensen, 2008, p. 162). Evidensbaseret forskning behøves derfor ikke, som det fremgår af evidenshierarkiet over studietyper, at være udformet som randomiserede kontrollerede studier (RCT), da der også kan opnås evidens ved undersøgelser med designs placeret længere nede i evidenshierarkiet, såsom kvasiekperimentelle studier og casestudier (Eriksson & Hummelvoll, 2012, p. 35f).

2.4.1. Evidens i indeværende projekt

Når termen evidens anvendes i dette projekt tages der udgangspunkt i en forståelse med et videnskabeligt afsæt, der imidlertid ikke begrænses til det klassiske evidensbegreb i relation til evidensbaseret praksis. Begrebet evidens skal i indeværende undersøgelse være med til at belyse gyldigheden af fænomenet med udgangspunkt i empiriske resultater, der med en vis sikkerhed kan skabe klar- og vished over fænomenet. Såfremt der med resultaterne findes belæg for negative effekter, og resultaterne er troværdige, kan der tales om evidens for negative effekter ved psykoterapi uanset hvilken form for empirisk forskning disse baseres på.

3. Metode

For at kunne undersøge evidensen for negative effekter ved psykoterapi er der foretaget nogle metodiske valg. I dette afsnit vil disse valg samt fremgangsmåden for undersøgelsen blive præsenteret. Indledningsvis forklares studietypen og processerne i forarbejdet. Derefter følger en redegørelse for in- og eksklusionskriterier samt begrundelser herfor. Dernæst belyses informationskilderne og selve søgningen samt den efterfølgende selektionsproces. Den sidste del af dette afsnit beskriver metoden bag dataudtrækning af de relevante karakteristika og resultater fra studierne.

3.1. Studietype

Dette projekt etablerer sig som et systematisk scoping review. Det betyder, at undersøgelsen, som det er gældende for alle litteraturreviews, er baseret på allerede publiceret litteratur og har til formål at syntetisere resultater fra oprindelige, primære kilder og derigennem skabe en klarhed over et på forhånd tydeligt defineret undersøgelsesområde (Foster & Jewell, 2017, p. 1). Således bliver det med brug af denne metode muligt at skabe et overblik over emnet, hvorfor både klinikere og forskere fremti-

digt hurtigere kan danne sig et indtryk af denne specifikke psykologfaglige tematik (Hagen, Herbert, Jamvedt & Mead, 2008, p. 63).

Det indeværende scoping review er i store træk opbygget på samme måde som et systematisk litteraturreview. Fokus er dog bredere og har et mere afdækkende sigte (Tricco et al., 2018, p. 467), hvor hensigten primært er at kortlægge evidens på et bestemt område snarere end at besvare et specifikt forskningsspørgsmål omkring effektivitet eller brugbarhed af en bestemt praksis (Munn et al., 2018, p. 3). Idet intentionen med indeværende projekt er at undersøge negative effekter ved psykoterapi med henblik på at danne en syntese af evidensen herfor, er et systematisk scoping review passende, da det med denne metode er muligt at identificere og afdække resultater fra studier omkring fænomenet og sammenholde disse med teori herom (Munn et al., 2018, p. 2). Med udgangspunkt i den tidligere beskrevne redegørelse (jf. 2.3.) er intentionen at finde frem til empirisk forskning, der kan være behjælpelig i tolkningen af de teoretiske antagelser, så det fremtidigt bliver anskueliggjort, hvordan teorien skal forstås.

I processen til at skabe et veludført scoping review, der kan øge vidensniveauet på området, følges den udvidede version af *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-analyses* (PRISMA) *tilpasset scoping reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018, p. 467). Derudover inddrages *PICOS-modellen* fra den oprindelige PRISMA-guideline (Liberati et al., 2009). Guiden består samlet set af 22 punkter, hvoraf to er valgfrie (Tricco et al., 2018, p. 470). Ligesom med den oprindelige PRISMA angiver punkterne i PRISMA-SCR normer for forarbejde, dataindsamling og afrapportering af resultater, ligesom der medfølger et flow-diagram til illustration af screeningsprocessen (Liberati et al., 2009, p. 1). Ved at følge guidelines baseret på PRISMA sikres tilfredsstillende udførelse af både forarbejde, søgning og afrapportering, og samtidig sikres transparens og mulighed for replikation (Liberati et al., 2009, p. 2), og da reviewet desuden er systematisk sikres yderligere minimering af bias i selektionen af studier (Salmond, 2011, p. 15). Samlet set stræbes der, med brug af systematiske og ensartede metoder samt brug af PRISMA guidelines, efter en udførlig rapport omkring evidens for negative effekter ved psykoterapi. Som følge heraf kan reviewet være medvirkende til, at der efterfølgende kan træffes praksisbeslutninger på baggrund af kendskab til evidens, der er baseret på en grundig syntetisering af resultater og ikke på enkelte studiers umiddelbare fund (Foster & Jewell, 2017, p. 2).

3.2. Forarbejde

Forud for den endelige litteratursøgning blev der arbejdet med PRISMA's anbefalede PICOS-model² samt foretaget pilotsøgninger i forskellige databaser. Forarbejdet havde tre primære formål; at specificere og fastsætte undersøgelsesområdet, at få kendskab til teori omkring emnet samt at identificere relevante synonymer til nøgleordene i problemformuleringen, således at den afsluttende søgestreng både ville blive sensitiv og specifik og dermed indfange relevant litteratur og samtidig undgå for meget støj i form af irrelevant litteratur.

Indledningsvis blev elementerne fra PICOS defineret ud fra interessefeltet, og der blev udarbejdet en oversigt, der fremgår af bilag 1. Modellen er udfyldt for P, I, O og S, men der fremgår ingen definitioner under C for comparators, da det med indeværende review ikke udelukkende tilstræbes at identificere studier, hvor sammenligningsgrupper indgår. Efter udarbejdelsen af PICOS blev de primære nøgleord herfra anvendt i diverse pilotsøgninger, som ligeledes udgjorde en stor del af den indledende proces. Testsøgningerne blev både foretaget i generelle søgemaskiner såsom Aalborg Universitets biblioteksdatabase Primo samt i specifikke databaser som PsycInfo og PubMed. Gennem disse testsøgninger blev det tydeligt, at undersøgelsesfeltet er forholdsvis nyt, og at der derfor findes en begrænset mængde empirisk forskning på området. Dette bevirkede, at der ikke blev identificeret en tydelig fælles terminologi, hvorfor relevante synonymer for negative effekter skulle identificeres. Samtidig bestod en del arbejde i at sortere i disse synonymer, så søgningen ikke indeholdt begreber, der skabte unødvendig støj. Idet det gennem pilotsøgningerne blev tydeligt, at feltet er forholdsvis nyt og indeholder en begrænset mængde empirisk forskning, ville et højt antal identificerede artikler være misvisende omkring det reelle felt og dermed indikere en svag søgestreng. Af den grund bestod en stor del af forarbejdet i at finde den rette balance mellem specificitet og bredde. Forarbejdet med adskillige pilotsøgninger mandede ud i endnu en model over PICOS, der ligeledes kan ses af bilag 1. I denne model ses en præciseret oversigt over alle de relevante søgeord inden for hver enkelt blok. Det blev herefter besluttet at søge på blokkene med I for interventions og O for outcomes i den endelige søgning, som i dette projekt

² PRISMA og PICOS er udviklet til reviews baseret på randomiserede kontrollerede forsøg (Liberati et al., 2009, p. 1f). PICOS står for henholdsvis participants, interventions, comparators, outcomes og study design (Liberati et al., 2009, p. 2).

er henholdsvis psykoterapi og negative effekter. Derudover blev det afgjort, at der skulle filtreres efter empiriske studier og aldersgruppe. Forarbejdet med PICOS og pilotsøgninger blev yderligere brugt til at definere en række in- og eksklusionskriterier for de referencer, der ville blive identificeret af søgningen. Disse kriterier uddybes i det følgende afsnit.

3.3. In- og eksklusionskriterier

Følgende in- og eksklusionskriterier blev formuleret med det formål at inkludere relevant litteratur for forskningsfeltet og ekskludere litteratur, der ikke er forenelig med det specifikke undersøgelsesområde. Alle kriterier blev udformet af begge studiets forfattere i fællesskab og med inddragelse af vejlederen på projektet, Kristine Kahr Nilsson.

3.3.1. Inklusionskriterier

Identificerede studier fra søgningen blev vurderet egnet for reviewet på baggrund af følgende inklusionskriterier:

- a. Studierne skal undersøge negative effekter ved psykoterapi hos klienter, der er i psykisk mistrivsel eller oplever funktionelle udfordringer baseret på psykiske problemstillinger
- b. Studier hvor undersøgelsen af negative effekter udføres på alle respondenterne på en systematisk og gennemsigtig måde, med hvilke der skal være et udtalt fokus på negative effekter
- c. Studierne skal være primærforskning i form af empiriske undersøgelser
- d. Studierne skal være publiceret på et skandinavisk sprog (dansk, norsk eller svensk) eller på engelsk
- e. Studierne skal udelukkende benytte individuel psykoterapi baseret på samtale som intervention
- f. Studier hvor psykoterapien er givet over et samlet længerevarende forløb
- g. Deltagerne skal være voksne, defineret som +18 år, ligesom resultaterne for denne aldersgruppe skal være angivet særskilt
- h. Rapporteringen i studierne skal være foretaget af klienten selv eller af den pågældende terapeut senest ved endt terapiforløb og være baseret på oplevelse og erfaring

3.3.2. Eksklusionskriterier

Studier identificeret fra søgningen blev vurderet uegnet for reviewet og frasorteret ud fra følgende kriterier:

- a. Studier der undersøger negative effekter af psykoterapi hos klienter med potentiel forstyrret virkelighedsfornemmelse, som det særligt kan ses ved skizofreni, psykoser og bipolare lidelser, samt neurologiske lidelser såsom neuropsykologisk skade eller mental retardering
- b. Studier der undersøger negative effekter af psykoterapi hos klienter, der er i behandling for eller har et misbrug af euforiserende stoffer eller alkohol
- c. Studier, hvor det tydeligt fremgår, at medicinsk behandling er opstartet samtidig med terapi, eller hvor deltagerne modtager omfattende behandling for alvorlige somatiske sygdomme
- d. Studier, hvori interventionen er givet ved hjælp af en elektronisk platform, såsom computer eller telefon
- e. Studier, der anvender alternative terapiretninger såsom yoga, musikterapi mm., der ikke er baseret på samtale

3.3.3. Begrundelse for fastsættelse af kriterier

Alle kriterier er formuleret ud fra formålet om at inkludere forskning relevant for området og ekskludere den litteratur, der ikke egner sig til at besvare problemformuleringen til dette projekt.

Overordnet set er der stillet krav til, hvilken litteratur, der kan inkluderes, hvilket er fastsat ud fra det faktum, at indeværende projekt er et systematisk scoping review om evidens, og derfor skal baseres på troværdige resultater (jf. 3.1.). Litteraturen skal derfor være primærforskning i form af empiriske undersøgelser, hvorfor anden litteratur såsom bogkapitler og systematiske reviews ekskluderes. Der stilles med dette kriterium ikke yderligere krav til studietypen i de empiriske undersøgelser. Dette fordi evidens kan opnås ved forskellige designs afhængig af forskningsspørgsmålet (jf. 2.4.).

I forhold til design er en systematisk og gennemsigtig undersøgelse nødvendig for inklusion til dette review, således at studier, der blot sporadisk rapporterer om negative effekter, eller studier der ikke redegør for, hvordan resultatet er fremkommet, vil blive ekskluderet. Dermed kræves det for inklusion, at forskerne har et ud-

bredt fokus på og en intention om at undersøge negative effekter og aktivt afsøger dette. Dette begrundes med intentionen om at belyse evidens, der, som før nævnt kræver, at resultaterne fra studierne er valide og reliable, og at der kan findes belæg herfor (jf. 2.4.). Derudover sikres det med dette kriterium, at der ikke inkluderes studier, hvor potentielt skitserede negative effekter egentlig er reaktioner på fluktuationer i sygdomsforløbet. Således frasorteres studier, der udelukkende rapporterer om symptomforværring eller tilbagefald, da mangel på yderligere undersøgelse besværliggør en pålidelig differentiering mellem almenkendte reaktioner og negative effekter (jf. 2.3.1.).

Yderligere krav til design stilles i form af kriterier vedrørende deltagere, rapportering og intervention. Der er stillet krav til, at studierne skal belyse negative effekter af psykoterapi givet til folk i psykisk mistrivsel, hvilket har til formål at sortere studier fra, der undersøger negative effekter i andre settings end blandt mennesker med psykiske problematikker. Med dette tages der også afstand fra potentielle negative påvirkninger på terapeuten, som det eksempelvis ses ved indirekte traumatisering (eng: vicarious trauma). Ligeledes tages der afstand fra studier, der undersøger andre problemstillinger, der eventuelt også kan behandles med psykoterapi, hvis problemstillingen ikke nødvendigvis medfører en belastende psykisk påvirkning, hvilket eksempelvis kan være rygestop og somatiske sygdomme. Til kriteriet om psykisk mistrivsel for inklusion knytter sig yderligere et eksklusionskriterium om, at deltagerne med psykiske problemstillinger ikke må have en potentiel forstyrret virkelighedsfornekkelse, som det eksempelvis ses ved individer, der lider af psykiske lidelser som skizofreni, psykoser, mani og maniske faser ved bipolare lidelser, da evnen til at tænke rationelt antages at være påvirket hos individer med disse diagnoser. Derudover ekskluderes studier, hvor deltagerne er i behandling for eller lider af et misbrug af euforiserende stoffer eller alkohol, samt studier hvor deltagerne samtidigt med terapien opstarter medicinsk behandling. Dermed ekskluderes studier, hvor respondenterne har været i længerevarende medicinsk behandling ikke, da det tilstræbes at få et repræsentativt sample af klienter i psykisk mistrivsel. Ydermere ekskluderes studier, hvori deltagerens situation kompliceres af et somatisk sygdomsforløb, da fluktuationer i og behandling heraf antages at kunne påvirke vurderingerne af negative effekter, så disse ikke baseres på psykoterapien i sig selv, men er påvirket af andre omstændigheder. Ydermere ekskluderes klienter med hjerneskade eller mental retardering, da det vurderes, at disse ikke kan drage fordel af terapi og ej heller kan

reflektere over negative effekter. Disse krav er sat i forsøget på at sikre et troværdigt og realistisk billede af potentielle negative effekter ved psykoterapi og dermed forhindre at inkludere studier, hvis resultater i højere grad kan være påvirket af andre faktorer end psykoterapien og de deri liggende mekanismer.

Om deltagere er der endvidere stillet krav til, at studierne skal undersøge effekterne hos voksne, der i dette tilfælde defineres som 18 år eller derover. Fastsættelsen af grænsen på 18 er foretaget, idet unge mennesker i Danmark bliver myndige på dette tidspunkt (Værgemålsloven § 1). Et studie kan dog godt inkluderes, hvis det både undersøger børn og voksne, såfremt der er angivet særskilte resultater for den voksne population. Er dette ikke tilfældet vil studiet blive ekskluderet, da det i sådanne tilfælde ikke vil give et klart billede af potentielle negative effekter hos mennesker over 18 år. Kravet til voksne respondenter er desuden stillet for at sikre, at respondenterne er i stand til at identificere og reflektere over negative effekter af terapien, hvorfor der knyttes etiske og juridiske overvejelser til begrundelsen. Børn og unge er ekstra sårbare og kræver i mange tilfælde støtte for at kunne udtrykke negative effekter (Jonsson et al., 2016, p. 434), hvorfor dette ville kræve inddragelse af en tredjepart. Dette hænger derfor sammen med et andet af inklusionskriterierne; at det er deltagerne selv, eller terapeuterne, der skal rapportere om negative effekter. Dette kriterium er fastsat for at mindske risikoen for misforståelser i rapporteringen gennem inddragelse af en tredjepart. Der stilles yderligere krav til, at rapporteringen skal være baseret på personlige oplevelser eller praktiske erfaringer, hvilket vil udelukke studier, hvor vurderingen af negative effekter er baseret på forestillinger eller teoretiske overbevisninger.

Da formålet med indeværende projekt er at undersøge evidens for negative effekter ved psykoterapi generelt, er der ikke stillet krav til en bestemt terapeutisk retning som genstandsfelt. Derfor vil diverse terapiretninger kunne blive inkluderet. Dertil stilles der dog flere forskellige krav. For at undgå betragtelige alternative forklaringer til resultaterne er der stillet krav til, at terapiformen skal være individuel terapi, der dog ikke må leveres via en elektronisk platform. Det betyder, at andre formater, såsom gruppeterapi, parterapi og familierapi, frasorteres, da der heri vurderes at være andre dynamikker på spil, der kan påvirke udfaldet af terapien og dermed studiets resultater. Der stilles yderligere krav til, at psykoterapien skal være givet over et samlet længerevarende forløb, hvilket er sat for at frasortere studier, der har undersøgt negative effekter i begrænsede forløb, såsom to sessioner, da det vur-

deres, at det i mange tilfælde ikke vil være muligt at se hverken positive eller negative effekter efter blot få sessioner. Til terapien stilles desuden krav til, at denne skal være baseret på psykologisk funderet samtaleterapi, hvilket medfører en ekskludering af studier, der anvender alternative terapiretninger såsom yoga og musikterapi. Ligeledes ekskluderes mindfulness som terapiform, idet denne retning adskiller sig fra psykoterapi i klassisk forstand. Med alternativ menes ikke, at retningerne ikke kan være evidensbaseret og effektive, men at de adskiller sig fra klassisk psykoterapi, der er baseret på samtale og relationen mellem terapeut og klient.

Afslutningsvis er der fastsat et kriterium om, at studierne skal være publiceret på et skandinavisk sprog eller på engelsk for at blive inkluderet, hvilket udelukkende skyldes sproglige barrierer, og dermed muligheden for at læse og forstå teksten.

3.4. Informationskilder og søgning

På baggrund af undersøgelsesfeltet og de dertil udformede kriterier blev der udvalgt databaser til at fremsøge litteratur. Det blev valgt at benytte to elektroniske databaser til den endelige litteratursøgning samt at foretage håndsøgninger af de inkluderede studiers referencelister. Derudover blev der søgt i den grå litteratur ud fra navnene på de udviklede skalaer til måling af negative effekter (jf. 2.3.3.). Brug af alle disse informationskilder blev valgt for at sikre en så grundig afdækning af feltet som muligt.

Af elektroniske databaser anvendes PsycInfo og Pubmed. PsycInfo er en psykologfaglig database, hvorfor der her kan findes egentlige psykologfaglige artikler, mens PubMed er en medicinsk-orienteret database, hvorfor det tænkes, at der her kan foreligge andre sundhedsfaglige artikler, der også kan være relevant for problemstillingen til dette projekt. Netop disse to databaser blev derfor valgt for at indfange en bred skare af den relevante forskning for dette review.

De to databaser er opbygget forskelligt, hvorfor den samlede endelige søgning udformede sig som to individuelt tilpassede søgninger. Fælles for begge søgestrenger, at der blev søgt på blokkene for intervention og outcome fra PICOS, hvilket ses af følgende afsnit, der illustrerer søgningerne i de to databaser. De tilpassede søgestrenger blev godkendt af vejleder fredag d. 21. februar 2020, og den endelige søgning blev udført i begge databaser mandag d. 24. februar 2020.

3.4.1. Søgning fra PsycInfo

(((((Any Field: ("Adverse effects")) OR (Any Field: ("Adverse outcome")) OR (Any Field: ("Adverse events")) OR (Any Field: ("Negative effects")) OR (Any Field: ("Negative outcome")) OR (Any Field: ("Negative treatment effects")) OR (Any Field: ("Side effects")) OR (Any Field: (Deterioration)) OR (Any Field: (Recurrence)) OR (Any Field: ("Symptom aggravation")) OR (Any Field: ("Repeat trauma")) OR (Any Field: ("Re-traumatization")) OR (Any Field: ("Unwanted effects")) OR (Any Field: ("Adverse treatment reactions")) OR (Any Field: ("Negative client change")) OR (Any Field: ("Negative change")) OR (Any Field: ("Unwanted treatment reactions"))))) OR (((IndexTermsFilt: ("Side Effects (Treatment)"))))) AND (((((Any Field: ("cognitive behavioral therapy")) OR (Any Field: ("cognitive behavioural therapy")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Cognitive Behavior Therapy")))) OR (((IndexTermsFilt: ("Psychotherapy"))))))

AND Methodology: Empirical Study AND Age Group: Adulthood (18 yrs & older)

3.4.2. Søgning fra PubMed

((("Psychotherapy"[Mesh]) AND (("Adverse effects" OR "Adverse outcome" OR "Adverse events" OR "Negative effects" OR "Negative outcome" OR "Negative treatment effects" OR "Side effects" OR Deterioration OR "Symptom aggravation" OR "Repeat trauma" OR re-traumatization OR "Unwanted effects" OR "Negative change")))) AND study

Filters: Adult: 19+ years

3.4.3. Forskelle i søgestreng

Forskellighederne mellem databasesøgningerne manifesterer sig på flere måder - både i forhold til fritekst-termer og indeks-termer samt brug af filtre. Som det fremgår af søgningerne, indgår flere fritekst-termer fra blokken vedrørende outcome i søgestrengen fra PsycInfo end i søgestrengen fra PubMed. Dette skyldes blandt andet, at termen "recurrence" skabte en del støj i PubMed, da denne i høj grad anvendes i medicinske sammenhænge. Derudover var det ikke muligt at søge på længere fraser i PubMed, såsom "adverse treatment reactions" og "negative client change", da databasen i stedet søgte på indekstermer for de enkelte ord heri. Det blev vurderet, at artikler, der benytter disse termer og fraser alligevel ville blive identificeret, da det

gennem pilotsøgninger fra forarbejdet blev tydeligt, at der samtidig benyttes andre ord, såsom “negative effects” eller “adverse effects”.

Som det også ses af illustrationerne over søgningerne (jf. 3.4.1. og 3.4.2.) er der i PsycInfo i blokken for outcome desuden søgt på en indekstern, her kaldet Thesaurus-term, for “side effects”, hvilket ikke er tilfældet for søgningen i PubMed. Dette skyldes, at der i PsycInfo er et særskilt indeks for bivirkninger, der er rettet mod behandling og ikke mod medicin. I PubMed findes kun ét samlet indeks, her kaldet MeSH-term, for bivirkninger, hvorfor brug af dette indeks ville give en overflødig mængde litteratur med bivirkninger inden for farmakologi, kirurgi og diagnostik.

I både PsycInfo og PubMed gav en pilotsøgning med friteksttermen “psychotherapy” en stor mængde støj, hvorfor det i begge tilfælde blev valgt i stedet at bruge indekstermer herfor. I PsycInfo var dette muligt med Thesaurus-termen “psychotherapy”, hvori diverse terapiretninger indgår. Kognitiv adfærdsterapi indgår dog i PsycInfo ikke som en del af denne indekstern, hvorfor der yderligere blev søgt på friteksttermen herfor stavet både på amerikansk og britisk engelsk. I PubMed var en indekssøgning ligeledes mulig med MeSH-termen “psychotherapy”, hvori kognitiv adfærdsterapi indgår sammen med en række andre terapiretninger. Ved at bruge indekstermet for “psychotherapy” i begge databaser, samt indeks- og fritekstermer for kognitiv adfærdsterapi ved PsycInfo, blev de relevante interventionsmetoder så vidt muligt indfanget uden fritekstformuleringer af alle de forskellige og potentielt relevante psykoterapeutiske retninger.

Udover disse forskelle var der behov for at filtrere efter alder og metodologi. I PsycInfo var dette muligt med på forhånd opstillede filtre, mens det i PubMed kun var muligt i forhold til alder, da der ellers blev søgt på samtlige relaterede MeSH-termer for “studie”. Derfor blev der i PubMed i stedet søgt på friteksttermen “study”.

3.5. Selektionsproces

De identificerede studier fra de beskrevne elektroniske databasesøgninger blev indledningsvist overført til referencehåndteringsprogrammet RefWorks. Her blev litteraturen af begge projektets forfattere samlet i én mappe og gennemtjekket for dubletter manuelt ved at sortere efter forfatter og derefter sammenholde alle informationer. Såfremt to referencer var identiske, blev den ene markeret som dublet og flyttet til en anden mappe. Efter frasortering af dubletter blev screeningen for egnethed påbe-

gyndt. For at sikre et fælles grundlag blandt de to forfattere i arbejdet med at vurdere artiklernes egnethed, blev en lille mængde af artikler indledningsvis screenet i samarbejde i hver screeningsfase. Efterfølgende blev vurderingen af alle artikler foretaget individuelt af begge projektets forfattere, hvorefter inkluderede artikler blev sammenlignet og tjekket igennem. I første screeningsfase blev alle referencer screenet ved gennemlæsning af titel og abstract og vurderet egnet eller uegnet ud fra in- og eksklusionskriterierne. Såfremt hverken titel eller abstract indikerede relevans blev referencen ekskluderet. Såfremt titel eller abstract umiddelbart fremkom relevant eller hvis det ikke var tydeligt, hvorvidt artiklen kunne være brugbar, blev referencerne videreført til næste screeningsfase. Heri blev de resterende referencer screenet for egnethed ved fuldttekstgennemlæsning ligeledes med udgangspunkt i in- og eksklusionskriterierne. Opstod der uenigheder eller tvivl i screeningsprocessen blev disse løst via diskussion mellem projektets forfattere og ved inddragelse af projektvejlederen som tredjepart.

Det sidste led i selektionsprocessen bestod af backward- og forward-søgninger. Backward-søgninger er en gennemgang af referencelisterne i de studier, som ved anden screeningsfase blev inkluderet. Forward-søgninger er en gennemgang af de studier, som har citeret de inkluderede studier. Denne proces blev ligeledes udført af begge projektets forfattere. Dette led i selektionsprocessen blev udført for at sikre en så grundig afdækning af feltet som muligt, og fungerer som en understøttelse af database-søgningen.

De artikler, der efter begge screeningsfaser blev fundet at leve op til inklusionskriterierne, samt de artikler der efter referencelistesøgninger blev fundet egnet, er de artikler, der benyttes til reviewet.

3.6. Udtrækning af data

For at kunne syntetisere karakteristika og resultater fra de inkluderede studier udarbejdes tabeller over disse aspekter. Derudover udformes også tabeller over demografisk information om studiernes deltagere, der ligeledes benyttes i den kommende syntetisering. Til alle disse tabeller blev data trukket systematisk ud fra studierne af begge projektets forfattere. I processen trak hver forfatter data ud fra halvdelen af studierne, hvorefter dette blev gennemtjekket af den anden forfatter for indhold samt stave- og tastefejl. Således var begge projektets forfattere med til at vurdere hvilket data, der skulle trækkes ud for alle inkluderede studier. Af tabellerne fremgår rele-

vant information fra studierne i forhold til undersøgelsesfeltet i indeværende projekt, mens anden og supplerende information kan ses i referaterne af artiklerne, der fremgår af bilag 2. I nogle tabeller er informationen præsenteret i punktform, hvilket gøres for at skabe overblik. Desuden kan symbolet “-” fremgå i tabellerne, hvilket angiver, at der i studierne ikke fremgår eller angives information om det pågældende aspekt, eller at informationen fra studierne ikke er relevant for netop det område.

Til tabellen over studierne karakteristika blev der trukket data ud fra følgende variable: Forfatter og årstal, land for deltagelse, fokusområde og formål, studiedesign, assessment af negative effekter og tilhørende måleværktøjer, analyse, eventuelt supplerende måleværktøjer, samplestørrelse, terapeutisk retning samt varighed af den psykoterapeutiske behandling. Varighed bliver i denne forbindelse angivet i både tid og antal sessioner, i så vidt omfang det er muligt, med angivelser i gennemsnitligt antal uger samt gennemsnitligt antal sessioner med tilhørende værdier for standardafvigelse.

Til de demografiske tabeller til studierne blev data udtrukket ud fra følgende aspekter: Forfatter og årstal, respondentgruppe, alder, køn, psykologisk problemstilling, klientens samt terapeutens uddannelsesniveau samt rekrutteringsplatforme. Idet et kriterium for inklusion er en voksen population, angives alder i gennemsnit og ikke i intervaller. Kønsfordeling samt klientens og terapeutens uddannelse angives i videst mulige omfang i procent.

Afslutningsvis blev der trukket data ud om studierne resultater fra følgende variable: Forfatter og årstal, måleværktøj, analysemetode, identificerede negative effekter samt identificerede risikofaktorer. Både overordnede mål for negative effekter samt konkrete negative effekter udtrækkes. Overordnede mål angives i tabellen i punktform med tal, mens bogstavsangivelser i punktform angiver konkrete effekter. For at kunne skabe sammenlignelighed mellem studierne forsøges det i videst mulige omfang at udregne procentsatser for de negative effekter, der findes. Hvor det ikke er muligt at udregne procent, angives eventuelle værdier i samme format, som det gøres af studierne forfattere. I nogle tilfælde kan der indgå et element af vurdering i dataudtrækningen, såfremt der er utydeligheder i studierne rapportering.

I dette metodeafsnit er fremgangsmåden for studiet blevet skitseret. De metodiske valg for undersøgelsen har ført til inklusion af studier og dermed til resultaterne for indeværende review.

4. Resultater

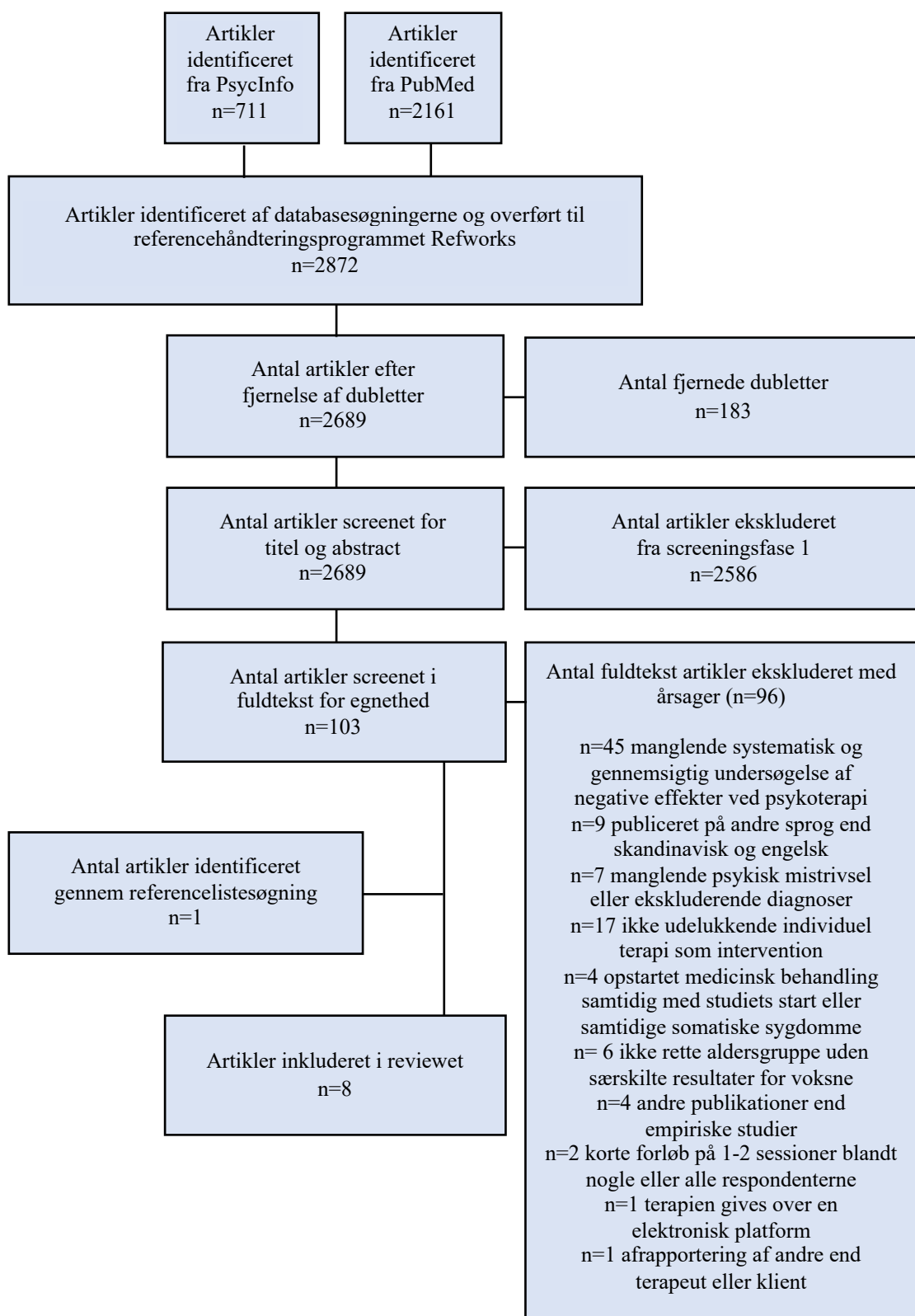
Ud fra metoden og de tilhørende in- og eksklusionskriterier blev der endeligt identificeret få relevante artikler til dette review. I dette afsnit præsenteres indledningsvis resultatet af den systematiske litteratursøgning og screeningsproces, hvilket fører til en præsentation af de inkluderede studier og deres karakteristika. Herefter følger en syntese af resultaterne fra de inkluderede studier, hvor det empiriske grundlag for både negative effekter og tilhørende risikofaktorer bliver opstillet.

4.1. Søgningresultater

Resultatet af den beskrevne søgnings- og screeningsproces (jf. 3.4. og 3.5.) fremgår af figur 2. Efter at have udført den endelige elektroniske databasesøgning blev der samlet identificeret 2872 referencer. 711 af disse artikler var fra PsycInfo via APA PsycNet, mens 2161 var fra PubMed. Efter fjernelse af dubletter var det resterende antal artikler 2689. Efter screening af titel og abstract indikerede 103 artikler umiddelbart relevans og blev derfor videreført til screeningens anden fase. Her blev 96 artikler frasorteret på baggrund af forskellige årsager ud fra eksklusionskriterierne (se figur 2), hvoraf de hyppigste årsager var manglende systematisk og gennemsigtig undersøgelse ($n=45$), og at der ikke udelukkende blev givet samtalebaseret individuel psykoterapi som intervention ($n=17$). Dermed blev syv studier slutteligt fundet at leve op til kriterierne for inklusion og medtages derfor i dette review (Bystedt, Rozental, Andersson, Boettcher & Carlbring, 2014; Deacon, Lickel, Farrell, Kemp & Hipol, 2013; De Smet, Meganck, Van Nieuwenhove, Truijens & Desmet, 2019; Farber, Feldman & Wright, 2014; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt, Linden & Rush, 2018). Den efterfølgende forward-backward søgning af disse studier medførte yderligere ét relevant studie til inklusion (Buckley, Karasu & Charles, 1981). Dermed er det sluttelige antal inkluderede studier til at kortlægge negative effekter ved psykoterapi ud fra de opstillede kriterier til indeværende projekt otte.

Figur 2

Flowchart over Søgnings- og Screeningsprocessen



4.2. Deskriptiv karakteristik

I det følgende afsnit syntetiseres de individuelle studiers karakteristika, der er præsenteret i tabel 1 samt respondenternes demografiske karakteristika, der fremgår af tabel 2. Alle otte studier har fællestræk grundet de fremsatte in- og eksklusionskriterier (jf. 3.3.). De er alle empiriske studier og undersøger alle emnet i lyset af samtalebaseret individuel terapi og længerevarende behandling hos en voksen population. Derudover undersøger de alle negative effekter på en systematisk og gennemsigtig måde. I det følgende vil der fremgå andre ligheder i karakteristika, ligesom betydelige forskelle heri studierne imellem vil blive skitseret.

4.2.1. Overordnede karakteristika

Fælles for de inkluderede studier, med undtagelse af den videnskabelige artikel af Buckley et al. (1981), er, at de er foretaget indenfor de seneste syv år med studiet af Deacon et al. (2013) som det ældste og studiet af Meister et al. (2020) som det nyeste. Studiet af Buckley et al. (1981) skiller sig ud med en publicering i 1981.

Respondenterne i de inkluderede studier er fra ni forskellige lande, hvorfor der hertil ses variation. To studier er foretaget i USA (Buckley et al., 1981; Deacon et al., 2013), tre i Tyskland (Schermuly-Haupt et al., 2018; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015), ét i Sverige (Bystedt et al., 2014), ét i Belgien (De Smet et al., 2019), mens ét studie er en multicenterundersøgelse med deltagere fra USA, Storbritannien, Australien, Canada, Kina og Indien (Farber et al., 2014). Til trods for betydelig variation ses dog en tendens til, at de fleste studier er baseret på deltagere fra vestlige lande med sammenlignelige kulturer.

Tabel 1*Deskriptiv Information om Studiernes Karakteristika*

Forfatter (årstal)	Land	Fokus	Design	Assessment af negative effekter	Måling af negative effekter	Analyse	Supplerende måleværktøjer	Sample-størrelse	Terapi-retning	Varighed af behandling, uger M (SD) antal sessioner M (SD)
Buckley et al. (1981)	USA	Psykoterapeuters egne erfaringer som klienter i langtids-psykoterapi	Naturalistisk studie	Spørgeskemaundersøgelse	SRP	Kvantitativ	-	71	Psykoanalyse Andre	- (-) - (-)
Bystedt et al. (2014)	SE	Psykoterapeuters forståelser af og erfaringer med negative effekter i egen klinisk praksis	Naturalistisk studie	Spørgeskemaundersøgelse med åbne svarmuligheder	KV	Kvalitativ	-	74	KAT	- (-) - (-)
De Smet et al. (2019)	B	Klienters perspektiv på og oplevelse af terapi, der ud fra kvantitative mål, ikke har ført til forandring	Sub-studie baseret på RCT	Semistruktureret interview baseret på CCI	SRP	Kvalitativ	BDI-II-NL	19	KAT PDT	- (-) 17 (-)
Deacon et al. (2013)	USA	Psykoterapeuters opfattelser og levering af IE gennem KAT i forløbet med klienter med PD	Naturalistisk studie	Spørgeskemaundersøgelse med IES	KV	Kvantitativ	-	66	KAT	- (-) - (-)

Farber et al. (2014)	Multi-center*	Klienter med CSAs perspektiv på fordele og ulemper ved klient-disclosure i psykoterapi	Naturalistisk studie	Spørgeskemaundersøgelse med DSD	SRP	Kvantitativ	Uspecificeret demografisk spørgeskema, CSAA og BSI	98	-	182 (-) 176.8 (-)**
Meister et al. (2020)	D	Sammenligning af negative effekter ved en lidelses-specifik og en non-specifik psykoterapi hos voksne med kronisk depression	RCT	Uspecificeret standardiseret checkliste	SRP	Kvantitativ	HRSD-24	260***	CBASP SP	48 (-) 32 (-)
Moritz et al. (2015)	D	Negative effekter hos klienter med OCD i psykoterapi samt forskelle mellem klienter, der modtager KAT sammenlignet med klienter, der får terapi ud fra anden terapeutisk retning	Naturalistisk studie	Spørgeskemaundersøgelse med SEPS	SRP	Kvantitativ	OCI-R	85	KAT Andre	- (-) 55.45 (55.15)
Schermuly-Haupt et al. (2018)	D	Hyppeghed, karakteristisk og sværhedsgrad af negative effekter hos klienter i forløb med KAT	Naturalistisk studie	Semistruktureret interview baseret på UE-ATR Check-list	KV	Kvantitativ Kvalitativ	FSCL	100	KAT	42.4 (28) 28.5 (16.8)

* Respondenterne er fra UK, USA, AU, CN, IN, CA

** Varigheden af terapiforløbene varierer fra 4 uger til 30 år

*** 135 i CBASP og 125 i SP

Landekoder: USA: Amerikas forenede stater, SE: Sverige, B: Belgien, D: Tyskland, UK: Storbritannien, AU: Australien, CN: Kina, IN: Indien, CA: Canada

Forkortelser: M: Gennemsnit (eng: mean), SD: Standardafvigelse (eng: standard deviation), SRP: Selvrapportering, KV: Kliniker-vurdering, KAT: Kognitiv adfærdsterapi, RCT: Randomiseret kontrolleret studie (eng: randomized controlled trial), CCI: Client Change Interview, BDI-II-NL: Beck Depression Inventory - Second Edition - Nederlandse versie, PDT: Psykodynamisk psykoterapi, IE: Interoceptiv eksponering, PD: Panikangst (eng: panic disorder), IES: Interoceptive Exposure Survey, CSA: Seksuelt misbrug i barndommen (eng: childhood sexual abuse), DSD: Dimensions of Self-Disclosure for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse, CSAA: Childhood Sexual Abuse Assessment, BSI: Brief Symptom Inventory, CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, SP: Supportive Psychotherapy, HRSD-24: Hamilton Rating Scale for Depression - 24 items, OCD: Obsessiv kompulsiv lidelse (eng: obsessive-compulsive disorder), SEPS: Side-effect of Psychotherapy Scale, OCI-R: Obsessive-Compulsive Inventory - Revised, UE-ATR Checklist: Unwanted Event - Adverse Treatment Reaction Checklist, FSCL: Fischer Symptom Checklist.

4.2.1.1. Overordnede respondentkarakteristika

På tværs af de otte inkluderede studier er det samlede antal respondenter 773. Delta-gerantallet i de individuelle studier varierer mellem 19 (De Smet et al., 2019) og 260 (Meister et al., 2020) respondenter, hvoraf seks af studierne befinder sig i intervallet mellem 66-100 respondenter, og derfor har sammenlignelige samplestørrelser. Den gennemsnitlige alder for respondenterne på tværs af studierne er 40 år med et interval varierende fra 32.2 år (Schermuly-Haupt et al., 2018) til 47.3 år (Deacon et al., 2013). I alle tilfælde er respondenterne i den arbejdsdygtige alder, hvorfor der ikke indgår unge voksne eller ældre. Kønsfordelingen blandt respondenterne varierer fra 14 (Buckley et al., 1981) til 100 procent (Farber et al., 2014) kvinder. De fleste studier har en overrepræsentation af kvindelige respondenter med procentsatser i intervallet mellem 60.8 (Bystedt et al., 2014) og 100 procent (Farber et al., 2014) kvinder. Hertil er studierne af Buckley et al. (1981) og Deacon et al. (2013) undtagelser, da mandlige respondenter heri er mere repræsenterede end kvindelige.

Tabel 2*Demografisk Information om Studiernes Deltagere*

Forfatter (årstal)	Respondenter	Alder, år, M (SD)	Køn, andel kvinder, %	Psykologisk problemstilling	Klienters uddannelse, lang uddannelse*, %	Terapeuters primære uddannelse, navngivne titler (%)	Rekrutteringsplatforme
Buckley et al. (1981)	Klienter	-** (-)	14	-	-	-	○ Klinikker ved psykiatrisk afdeling på et kommunalt hospital tilknyttet Albert Einstein College of Medicine
Bystedt et al. (2014)	Terapeuter	45.52 (10.36)	60.8	-	-	○ Autoriserede psykologer (82.4) ○ Autoriserede socialarbejdere (6.7) ○ Autoriserede psykoterapeuter (6.7) ○ Autoriserede fysioterapeuter (1.4) ○ Autoriserede psykiatere (1.4) ○ Uspecificeret (1.4)	○ Den svenske forening for adfærdsterapi ○ Sektionen for KAT hos det svenske psykologforbund ○ Departement for psykologi på Stockholms Universitetet
De Smet et al. (2019)	Klienter	34 (10.7)	63	Depression	58	-	○ Sociale medier ○ Psykologiske klinikker

Deacon et al. (2013)	Terapeuter	47.3 (10.1)	48.5	PD	-	○ Psykologer med en kandidatgrad (16.7) ○ Psykologer med en doktorgrad (78,8) ○ Andre titler (4,5)	○ Angstforeningen i USA
Farber et al. (2014)	Klienter	32.4 (10.4)	100	CSA	97.9	○ Socialarbejdere (20.4) ○ Psykologer (39.8) ○ Psykiatere (10.2) ○ Rådgivere (22.4) ○ Uspecificeret (4.1) ○ Andre (3.1)	○ Universitetsklinikker ○ New York ○ Flyers på hospitaler ○ Opslag på hjemmesider for overgrebsofre
Meister et al. (2020)	Klienter (terapeuter)	CBASP 44.45 (5.5)	CBASP: 70.4	Depression	CBASP: 65.6	○ Psykoterapeuter (-) ○ Psykiatere eller reservelæger i psykiatrien med et gennemført træningsprogram i psykoterapi (-)	○ Privatpraktiserede klinikker ○ Ambulante afdelinger ○ Annoncering i medier og i offentlige sundhedscentre i Tyskland***.
		SP 45.2 (11.7)	SP: 60.8	OCD	SP: 60.8		
Moritz et al. (2015)	Klienter	38.72 (10.83)	62	Depression Angst Personlighedsforstyrrelser Andre	67	-	○ OCD-foreningen i Tyskland ○ Internet reklamation ○ Direkte kontakt til patienter med OCD
Schermuly-Haupt et al. (2018)	Terapeuter	32.2 (4.7)	78	-	16	○ Psykologer (96)	○ Klinikker for KAT

* Lang uddannelse defineres her som over 12 eller 13 års skolegang

** Deltagernes alder varierer fra 34-64 år, men der angives intet gennemsnit

*** Information hentet fra det oprindelige studie (Schramm et al., 2017)

Forkortelser: M: Gennemsnit (eng: mean), SD: Standardafvigelse (eng: standard deviation), KAT: Kognitiv adfærdsterapi, PD: Panikangst (eng: panic disorder), CSA: Seksuelt misbrug i barndommen (eng: childhood sexual abuse), CBASP: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, SP: Supportive Psychotherapy, OCD: Obsessiv-kompulsiv tilstand (eng: obsessive-compulsive disorder)

4.2.2. Indhold

Til trods for sammenlignelige aspekter i studiernes overordnede karakteristika ud fra de fastsatte in- og eksklusionskriterier, ses der også hertil forskelle studierne imellem. Indholdet i de forskellige studier er ligeledes betydeligt varierende.

4.2.2.1. Formål

Forfatterens fokus i de inkluderede studier er meget forskellige, idet nogle studier er rettet mod direkte at undersøge negative effekter (Bystedt et al., 2014; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt et al., 2018), mens andre undersøger emnet mere indirekte (Buckley et al., 1981; De Smet et al., 2019; Farber et al., 2014; Deacon et al., 2013). De studier, der undersøger negative effekter direkte, har dog yderligere forskellige formål med undersøgelserne. Hvor Bystedt et al. (2014) undersøger terapeuters forståelse af og erfaring med negative effekter i egen klinisk praksis, har Schermuly-Haupt et al. (2018) fokus på hyppighed, karakteristik og sværhedsgrad af negative effekter hos klienter i psykoterapeutiske forløb baseret specifikt på KAT. Både Meister et al. (2020) og Moritz et al. (2015) har til formål at sammenligne to forskellige terapiretninger og forekomsten af negative effekter herved. Dog ses en forskel i fokus, idet Meister et al. (2020) undersøger negative effekter ved Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) og Supportive Psychotherapy (SP)³ for klienter med kronisk depression, mens Moritz et al. (2015) tager udgangspunkt i klienter med OCD, og undersøger negative effekter ved KAT sammenlignet med andre interventioner.

De studier, der indirekte undersøger negative effekter, varierer ligeledes i formål, hvor Buckley et al. (1981) undersøger psykoterapeuters egne erfaringer som klienter i langtids-psykoterapi, og De Smet et al. (2019) undersøger klienters kvalita-

³ Se bilag 2 for information om CBASP og SP.

tive perspektiv på terapi, der ud fra kvantitative mål, ikke har ført til forandring. Deacon et al. (2013) har til formål at undersøge terapeuters opfattelse og levering af interoceptiv eksponering (IE)⁴ gennem KAT i forløbet med klienter med PD, mens Farber et al. (2014) fokuserer på klienter, der har været udsat for seksuelt misbrug i barndommen (eng: childhood sexual abuse) (CSA), og deres perspektiv på fordele og ulemper ved klient-disclosure⁵ i psykoterapi. Der er dermed store forskelle studierne imellem i forhold til, hvordan negative effekter tilgås og i forhold til hvilke aspekter af negative effekter, der forskes i.

4.2.2.2. Respondenter

Af de skitserede forskelle i fokus tydeliggøres en række andre diskrepanser mellem studierne. To forskellige respondentgrupper er repræsenteret, hvor tre studier har terapeuter som respondenter (Bystedt et al., 2014; Deacon et al., 2013; Shermuly-Haupt et al., 2018), mens fem studier har klienter som respondenter (Buckley et al., 1981; De Smet et al., 2019; Farber et al., 2014; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015). I de studier, hvor terapeuter udgør respondentgruppen, er disse i alle tilfælde rekrutteret via udsendte invitationer til forskellige instanser, såsom relevante organisationer og specifikke klinikker. I de studier, hvor respondenterne er klienter, er disse rekrutteret fra mange forskellige platforme, hvoraf den hyppigst nævnte er opslag på diverse medier. Derudover rekrutteres der fra private klinikker, ambulante afdelinger og kontakt til relevante foreninger.

I alle studier angives demografisk information omkring respondenternes uddannelsesniveau. I forhold til terapeuternes uddannelse ses stor variation. Den hyppigst repræsenterede uddannelse for terapeuterne på tværs af studierne er psykologer, mens andre erhverv såsom psykoterapeuter, psykiatere og socialarbejdere også nævnes. Denne variation kan dog ses i lyset af forskellige uddannelsesmæssige krav på tværs af de lande, studierne er foretaget i (Bystedt et al., 2014; Schermuly-Haupt et al., 2018). De fem studier med klienter i respondentgruppen, angiver også værdier for disses uddannelse. Generelt set har størstedelen af klienterne mere end 13 års

⁴ Interoceptiv eksponering er eksponeringsøvelser med sanseinduktion, såsom hyperventilation, som praktiseres indenfor KAT. Formålet med interoceptiv eksponering er læring i, at angstrelaterede kropslige reaktioner ikke er skadelige (Deacon et al., 2013, p. 259).

⁵ Klient-disclosure dækker over klientens deling af svært, skamfuldt eller foruroligende materiale (Farber et al., 2014, p. 316).

uddannelse varierende fra 58 procent (De Smet et al., 2019) til 98 procent (Farber et al., 2014). Buckley et al. (1981) angiver ikke varighed af uddannelse hos de adspurgte klienter, men angiver blot, at disse er erfarne psykoterapeuter.

Udover at have forskellige respondentgrupper og dertilhørende forskellige karakteristika undersøger studierne også forskellige psykiske problemstillinger hos de klienter, der modtager eller har modtaget psykoterapeutiske interventioner. To studier specificerer ikke, hvilken problemstilling klienterne har (Buckley et al., 1981; Bystedt et al., 2014). Ét studie har klienter udsat for CSA som målgruppe (Farber et al., 2014), mens de resterende fem studier undersøger klienter med diagnoser indenfor kategorierne affektive lidelser og nervøse og stressrelaterede tilstande i ICD-10 (Deacon et al., 2013; De Smet et al., 2019; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt et al., 2018). Yderligere undersøger Schermuly-Haupt et al. (2018) også klienter med personlighedsforstyrrelser.

4.2.2.3. Intervention

Varigheden af den givne psykoterapeutiske behandling varierer også på tværs af studierne, og yderligere er værdierne angivet i forskellige formater, der gør dem svære at sammenstille. I de tilfælde, hvor antal sessioner er oplyst, er intervallet mellem 17 (De Smet et al., 2019) og 55.45 (Moritz et al., 2015) sessioner, mens intervallet i varighed målt i uger er mellem 42.2 (Schermuly-Haupt et al., 2018) og 182 uger (Farber et al., 2014). Til trods for forskellig varighed er der betydelig fællestræk studierne imellem i forhold til de anvendte terapeutiske retninger, hvor seks ud af de otte inkluderede studier har forskellige kognitivt orienterede terapeutiske retninger som interventionsform (Bystedt et al., 2014; De Smet et al., 2019; Deacon et al., 2013; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt et al., 2018). Ét studie har psykoanalyse som terapeutisk retning (Buckley et al., 1981), mens ét studie, udover KAT, også undersøger psykodynamisk psykoterapi (De Smet et al., 2019). Ét studie undersøger, udover KAT, rådgivende psykoterapi (Meister et al., 2020), mens et enkelt studie ikke angiver, hvilken form for psykoterapeutisk intervention, deltagerne har modtaget (Farber et al., 2014).

4.2.3. Designs

Et andet forhold ved studierne karakteristika, hvor der ses både fællestræk og variation, er i forhold til studierne design og type. Seks af de otte inkluderede studier er

baseret på naturalistiske undersøgelsesdesigns, mens ét studie er designet som RCT, og slutteligt ét studie er et substudie baseret på et forrigt RCT. Der benyttes endvidere to forskellige analysetilgange til undersøgelsen af negative effekter. Der er både kvantitative og kvalitative analytiske teknikker, hvoraf den kvantitative tilgang er den hyppigst repræsenterede med seks tilfælde (Buckley et al., 1981; Deacon et al., 2013; Farber et al., 2014; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt et al., 2018). I analysen af negative effekter benyttes desuden forskellige værktøjer på tværs af studierne, hvoraf ikke ét specificeret værktøj går igen. Der er derfor stor variation i, hvordan negative effekter opgøres og vurderes, ligesom det varierer på tværs af studierne, hvilke negative effekter der afdækkes med måleværktøjerne. Med måleværktøjerne ses to primære kategorier, hvor der i den ene gøres brug af semistrukturerede interviews (De Smet et al., 2019; Schermuly-Haupt et al., 2018) og i den anden spørgeskemaer eller checklister (Buckley et al., 1981; Bystedt et al., 2014; Deacon et al., 2013; Farber et al., 2014; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015). I kategorien med spørgeskemaer er fire lukkede spørgeskemaer (Deacon et al., 2013; Farber et al., 2014; Moritz et al., 2015; Meister et al., 2020), et enkelt er åbent (Bystedt et al., 2014), og ét er blandet af lukkede spørgsmål og mulighed for uddybende kommentarer (Buckley et al., 1981). Tre af de anvendte spørgeskemaer er uspecificerede (Buckley et al., 1981; Bystedt et al., 2014; Meister et al., 2020), mens tre er navngivne (Deacon et al., 2013; Farber et al., 2014; Moritz et al., 2015). I det ene af de to tilfælde med semistrukturerede interviews er dette også baseret på en navngivne checkliste (Schermuly-Haupt et al., 2018). De specificerede spørgeskemaer og checklister er repræsenteret ved disse værktøjer; Client Change Interview (CCI), Interoceptive Exposure Survey (IES), Dimensions of Self-Disclosure for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse (DSD), Side-effect of Psychotherapy Scale (SEPS) og Unwanted Event - Adverse Treatment Reaction Checklist (UE-ATR).

Uanset assessment og måleværktøj er det imidlertid fælles for alle studier, at rapporteringen sker på baggrund af selvrapportering (Buckley et al., 1981; De Smet et al., 2019; Farber et al., 2014; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015) eller på baggrund af terapeuters professionelle vurdering (Bystedt et al., 2014; Deacon et al., 2013; Schermuly-Haupt et al., 2018), hvilket der også blev stillet krav til med in- og eksklusionskriterierne til indeværende projekt.

I det foregående afsnit er karakteristika for studierne designs og demografisk information om respondenterne herfra sammenstillet, og der ses både forskelle og ligheder mellem de inkluderede studier. I den følgende del af resultatafsnittet vil studierne resultater omhandlende negative effekter og tilhørende risikofaktorer blive syntetiseret.

4.3. Syntese af resultaterne

Alle otte studier præsenterer resultater for, hvilke negative effekter, der kan forekomme i forbindelse med psykoterapi ud fra reelle erfaringer. Derudover undersøger nogle af studierne sekundært risiko- og årsagsfaktorer, der ligeledes kan medvirke til at afdække evidensen for negative effekter. Alle disse resultater fremgår af tabel 3 og uddybes i det følgende.

4.3.1. Empiriske indikationer for negative effekter

Overordnet set indgår fem studier i et generelt estimat over hyppigheden af negative effekter, hvor værdierne dog er meget varierende (Buckley et al., 1981; Bystedt et al., 2014; Deacon et al., 2013; Meister et al., 2020; Schermuly-Haupt et al., 2018). Intervallet varierer fra 1.5 (Deacon et al., 2013) til 98 procent (Schermuly-Haupt et al., 2018), hvor studiet af Deacon et al. (2013) er det studie med den laveste procent-sats. I studiet af Buckley et al. (1981) findes, at 21 procent af de adspurgte respondenter har oplevet skadelige effekter af deres terapiforløb. Bystedt et al. (2014) konkluderer, at 55 procent af de adspurgte terapeuter har erfaring med negative effekter hos deres klienter, mens Schermuly-Haupt et al. (2018) ud fra alle former for negative effekter finder, at 98 procent af terapeuterne kan rapportere om forekomsten af mindst én negative effekt hos deres klienter. Blandt disse 98 procent er der berettiget om 372 negative effekter, hvilket svarer til 3.7 negative effekter pr. klient. Hvis de negative effekter uden tvivl skal sættes i relation til behandling findes, at 43 procent har oplevet mindst én negativ effekt. Det svarer desuden til, at hver klient i gennemsnit har oplevet 0.57 negative effekter. Meister et al. (2020) angiver, ligesom Schermuly-Haupt et al. (2018), tal for oplevede negative effekter pr. klient. De estimerer, at de adspurgte klienter i CBASP-gruppen gennemsnitligt har oplevet 12.23 negative effekter og i SP-gruppen gennemsnitligt har oplevet 12.65 negative effekter. På baggrund af studierne resultater ses derfor stor spredning i hyppigheden af negative effekter.

Tabel 3*Studiernes Resultater*

Forfatter (årstal)	Måleværktøj	Analysemetode	Negative effekter (%)	Risikofaktorer
Buckley et al. (1981)	Uspecificeret spørgeskema	Kvantitativ analyse	1) Oplevelse af skadelig terapi (21) a) Ødelæggende for parforholdet b) Udadreagerende adfærd c) Social tilbagetrækning	○ Terapeutens neutralitet mod klienten ○ Konkurrerende følelser mod terapeuten ○ Vedvarende drømme om terapeuten ○ Følelse omkring terapeuten som den vigtigste person i livet ○ Triste følelser omkring ikke længere at se terapeuten ○ Gennemgående følelser omkring terapien som en smertelig oplevelse ○ Terapeuten som en "friendly spirit", som klienten kan genkalde mentalt
Bystedt et al. (2014)	Uspecificeret spørgeskema	Kvalitativ tematisk analyse	1) Oplevet negative effekter i praksis (55) a) Midlertidige negative effekter b) Manglende effekt af behandling c) Symptomforværring d) Afhængighed e) Påvirkning på andre livsdomæner	○ Inkompetence og utilstrækkelig brug af de anvendte metoder ○ Utilstrækkelig terapeutisk alliance ○ Fejlslagte etiske vurderinger og uprofessionel opførsel ○ Klienter i risikogrupper ○ Eksterne faktorer såsom økonomi ○ Potentielt skadelige behandlinger
De Smet et al. (2019)	Semistruktureret interview	Kvalitativ grounded theory analyse	a) Følelse af at mangle evnen til at forandre sig (68.4) b) Følelse af at være fanget i et ubrydeligt mønster (15.8) c) Manglende motivation for at nyt psykoterapeutisk forløb (42.1) d) Oplevelse af interne konflikter (36.8)	○ Manglende indhold i terapien ○ Mismatch mellem klientens behov og forventninger til terapien og selve terapien ○ Modstand mod terapien ○ Håbløse og magtesløse følelser om ændring

Deacon et al. (2013)	IES	Kvantitativ analyse	1) Oplevelse af alle undersøgte negative effekter (1.5) a) Frafald (1.4) b) Fysiske reaktioner såsom opkast og besvimelse (0.16) c) Hjerteranfald, slagtilfælde, udvikling af psykose, sagsøgninger for pligtforsømmelse og død (0)	-
Farber et al. (2014)	DSD	Kvantitativ analyse	a) Overvældelse af følelser (M=5.6, SD=2.1) b) Følelse af at være sårbar og udstillet (M=5.5, SD=2.3) c) Angst forbundet med at være i verden på en ny måde (M=5.0, SD=2.2) d) Forværret selvfølelse (M=3.7, SD=2.2)*	○ Civilstatus som single hos klienterne
Meister et al. (2020)	Uspecificeret checkliste	Kvantitativ analyse	CBASP: 1) Antal af alle negative effekter pr. klient i forløbet: 12.65 a) Symptomatiske negative effekter: 5.13 b) Suicidale tanker: 0.78 c) Ift. terapeut-klient forhold: 1.35 d) Ift. privatliv: 8.35 e) Ift. arbejdsliv: 6.81 f) Andre negative effekter: 3.10 SP: 1) Antal af alle negative effekter pr. klient i forløbet: 12.23 a) Symptomatiske negative effekter: 4.86 b) Suicidale tanker: 1.63 c) Ift. terapeut-klient forhold: 1.20 d) Ift. privatliv: 6.77 e) Ift. arbejdsliv: 5.54 f) Andre negative effekter: 3.45	-

Moritz et al. (2015)	SEPS	Kvantitativ analyse	a) "Var allerede bekendt med det terapeutiske indhold"/tidsspild (53) b) Udvikling af nye symptomer (29)** c) Problemer med tilpasning efter terapi, frygt for stigmatisering, relationelle problemer på grund af behandling (≈25) d) Uetisk adfærd ift. at blive vendt mod sin partner af terapeuten (10) e) Mistet håbet til al terapi generelt (20) f) Forværring af sygdom relateret til behandling (26) g) Skuffelse over ikke at have det bedre efter endt terapi (60)	○ Højere uddannelse hos klienterne
-------------------------	------	------------------------	--	------------------------------------

Schermuly-Haupt et al. (2018)	Semistruktureret interview baseret på UE-ATR checklist	Kvantitativ analyse	1) Overordnede negative effekter, UE's (98) 2) 372 UE's i alt (M=3.7, SD=2.0 pr. klient) a) Forværret trivsel (53) b) Forværring af eksisterende symptomer (46) c) Modstand hos klienten (≈27) d) Brud i terapeut-klient forholdet (≈27) e) Manglende forbedring eller forværring af sygdom (≈25) f) Forlængelse af behandling (≈26) g) Brud i familiære relationer (≈25) h) Brud i arbejdsmæssige relationer (≈21) i) Problemer i det sociale netværk (≈18) j) Sygemeldinger hos klienten (≈15) k) Stigmatisering (≈14) l) Ændringer i arbejdssituationer (13) m) Ændringer i familiesituationer (12) n) Nye symptomer (10) o) Misbrug af terapi (≈9) p) Afhængighed (≈9) q) Ændringer i livsomstændigheder (6) 3) Negative effekter relateret til behandling med sikkerhed, SE's (43)	-
----------------------------------	--	------------------------	--	---

* Baseret på en 8 point skala, hvor 0 angiver at effekten ikke er til stede, mens 7 angiver at effekten i høj grad er til stede

** Udvikling af nye symptomer specifikt på grund af eksponering = 18% for alle deltagere, 21% for klienter i forløb med KAT og 42.2% for klienter i forløb med KAT, hvis der kun inddrages besvarelser fra den andel af de respondenterne, der fik eksponering.

Forkortelser: M: Gennemsnit (eng: mean), SD: Standardafvigelse (eng: standard Deviation), IES: Interoceptive Exposure Survey, DSD: Dimensions of Self-Disclosure for Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse, Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, SP: Supportive Psychotherapy, SEPS: Side-effect of Psychotherapy Scale, UE-ATR: Unwanted Event - Adverse Treatment Reaction Checklist, UE: Alle negative effekter (eng: unwanted Events), SE: Negative effekter, der med garanti er relateret til behandlingen (eng: side effects)

Udover en overordnet opgørelse af negative effekters hyppighed, identificeres der på tværs af de empiriske studier et bredt spektrum af konkrete negative effekter. De følgende afsnit er derfor opdelt i temaer for at klarlægge de forskellige former for negative effekter, der er fundet empirisk belæg for med dette projekts metodiske fremgangsmåde. Den tematiske opdeling og de tilhørende effekter er præsenteret i tabel 4.

4.3.1.1. Behandling

En stor del af de negative effekter, der med indeværende review er fundet at forekomme som konsekvens af psykologisk terapi, er relateret til reaktioner på behandlingen eller terapeuten. Som det fremgår af tabel 3, rapporteres effekterne på forskellige måder af forfatterne, og ikke alle angiver hyppighed. Bystedt et al. (2014) uddrager af sin undersøgelse, at midlertidige, kortvarige negative effekter forekommer som en uundgåelighed i psykoterapeutisk behandling og på længere sigt fører til forandring hos klienten. I forbindelse med behandling pointerer Bystedt et al. (2014) også, at en negativ effekt kan være manglende respons på behandling hos nogle klienter. I den forbindelse finder Schermuly-Haupt et al. (2018), at en forlængelse af behandlingen kan være nødvendig, men at dette opleves negativt af 26 procent af respondenterne. Deacon et al. (2013) konkluderer desuden på frafald som en negativ effekt, hvilket erfares af samlet 1.4 procent af respondenterne. Meister et al. (2020) præsenterer deres resultater i antal negative effekter pr. klient og estimerer, at klienterne i de psykoterapeutiske forløb oplever henholdsvis 1.35 og 1.20 negative effekter i forhold til terapeut-klient forholdet, hvilket dækker over konflikter i den terapeutiske alliance. Dertil finder Schermuly-Haupt et al. (2018), at 27 procent af klien-

terne har oplevet brud i det terapeutiske forhold. Også manglende motivation for fremtidig behandling kan sættes i relation hertil, hvilket blev fundet hos 27 procent af klienterne i Schermuly-Haupt og kollegers (2018) undersøgelse og hos 42 procent i undersøgelsen af De Smet et al. (2019), hvor det i sidstnævnte sættes i relation til mistet håb for forbedring samt til skuffelse over resultaterne. Sidstnævnte fremhæves også som negative effekter i studiet af Moritz et al. (2015), hvor 20 procent angiver, at de har mistet håbet til terapi generelt, og 60 procent angiver, at de er skuffede over ikke at have fået det bedre end de gjorde efter endt terapi. Derudover angives det, at 53 procent af respondenterne allerede var bekendt med det terapeutiske indhold, og at en negativ effekt derfor opstår i form af tidsspild. Farber et al. (2014) spurgte med deres undersøgelsesværktøj ind til oplevelser af pligtforsømmelse som en negativ effekt af psykoterapeutisk behandling og fandt i den forbindelse, at ingen af de adspurgte respondenter berettede herom.

4.3.1.2. Symptomatiske forandringer

Udover behandlingsorienterede negative effekter er der med indeværende review også fundet empiriske indikatorer for, at negative effekter kan manifestere sig i form af symptomatiske forandringer. Bystedt et al. (2014), Moritz et al. (2015) og Schermuly-Haupt et al. (2018) finder i den forbindelse tilbagefald og symptomforværring i den psykiske mistrivsel som negative effekter. I studiet af Schermuly-Haupt et al. (2018) findes denne negative effekt hos 46 procent, mens den i studiet af Moritz et al. (2015) findes hos 26 procent. Dertil finder Farber et al. (2014) yderligere, at klienter kan opleve angst forbundet med at være i verden på en ny måde. Moritz et al. (2015) og Schermuly-Haupt et al. (2018) sætter procentsatser på deres resultater, hvoraf det kan ses, at henholdsvis 29 og 10 procent af respondenterne har oplevet at udvikle nye symptomer som konsekvens af den psykoterapeutiske behandling. Meister et al. (2020) finder, at klienterne i gennemsnit oplever 5.13 og 4.86 negative effekter i relation til symptomer, og yderligere henholdsvis 0.78 og 1.63 negative effekter i forhold til udvikling af suicidaltanker. Deacon et al. (2013) udleder på baggrund af deres undersøgelse, at fysiske reaktioner såsom opkast, anfald og besvimelse er forekommet hos blot 0.16 procent af respondenternes klienter. De finder samtidig, at hjerteanfald, slagtilfælde, udvikling af psykose samt dødelige tilfælde er 0 procent blandt respondenterne, hvorfor der med indeværende review ikke findes empirisk belæg for negative effekter ud fra disse konkrete aspekter.

4.3.1.3. Emotionelle ændringer

Fem studier beskriver negative effekter i forhold til emotionelle ændringer hos klienterne. Bystedt et al. (2014) konkluderer specifikt på afhængighed som en negativ effekt, hvor klienten oplever at være afhængig af sin terapeut eller terapien generelt og således mister egen autonomi. De samme problematikker fremhæves af Schermuly-Haupt et al. (2018) der finder, at 18 procent af respondenterne har oplevet at være afhængig af det gode terapeutiske forhold og terapien i sig selv. Farber et al. (2014), De Smet et al. (2019) og Schermuly-Haupt et al. (2018) finder alle yderligere negative effekter relateret til respondenternes emotionelle trivsel. Overvældelse af følelser, forringet velvære, følelse af ikke at kunne forandre sig, følelse af at være fanget i et ubrydeligt mønster, oplevelser af interne konflikter samt forværret selvfølelse fremhæves hertil. Derudover findes med indeværende review empirisk indikation for følelser af at være sårbar og udstillet samt problematikker med stigmatisering hos 14 procent af respondenterne i studiet af Schermuly-Haupt et al. (2018). Buckley et al. (1981) fremlægger desuden muligheden for udadreagerende adfærd (eng: destructive acting out) som eksempel på en identificeret negativ effekt.

4.3.1.4. Ydre påvirkninger

Fem af de otte inkluderede studier rapporterer om negative effekter relateret til andre ydre aspekter af klientens liv, såsom sociale relationer i privat- og arbejdsliv (Buckley et al., 1981; Bystedt et al. 2014; Meister et al., 2020; Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt et al., 2018). I studiet af Meister et al. (2020) findes gennemsnitligt 8.35 og 6.77 negative effekter pr. klient i privatlivet. Schermuly-Haupt et al. (2018) tilgår dette område mere opdelt og finder, at 12-25 procent oplever problemer i forhold til familierelationer og i det sociale netværk. Sidstnævnte findes også i studiet af Buckley et al. (1981) og Bystedt et al. (2014), hvor social tilbagetrækning og manglende fritid eksemplificeres som en negativ effekt. Udover social tilbagetrækning finder Buckley et al. (1981) også, at negative effekter kan manifestere sig som problemer i parforholdet. Moritz et al. (2015) finder dertil, at 10 procent af respondenterne har oplevet at være blevet vendt mod deres partner af terapeuten, hvilket klassificeres som terapeutisk uetisk adfærd. Udover denne negative effekt finder Moritz et al. (2015), at negative effekter også kan manifestere sig som problemer med at tilpasse sig hverdagen efter terapi med en forekomst hos 25 procent af klienterne. Udover en påvirkning på privatlivet findes med indeværende review også negative effekter på

arbejdslivet. I Meister et al. (2020) estimeres henholdsvis 6.81 og 5.54 negative effekter pr. klient at forekomme i relation til arbejdslivet. I studiet af Schermuly-Haupt et al. (2018) forekommer belastninger på arbejdsrelationer hos 21 procent af klienterne, ændringer i arbejdssituationer hos 13 procent og sygemeldinger hos 15 procent.

Tabel 4

Tematisering af Negative Effekter

Tema	Konkrete effekter
Behandlingsreaktioner	○ Midlertidige, kortvarige negative reaktioner ○ Manglende respons på behandling ○ Forlængelse af behandling og negativ oplevelse heraf ○ Frafald ○ Brud og konflikter i den terapeutiske alliance ○ Manglende motivation for fremtidig terapi ○ Følelse af tidsspild ○ Mistet håb til terapi ○ Skuffelse over manglende forbedring
Symptomatiske forandringer	○ Tilbagefald ○ Forværring af symptomer ○ Udvikling af nye symptomer, herunder angst og suicidaltanker ○ Fysiske reaktioner
Emotionelle ændringer	○ Afhængighed af terapi og terapeut samt mistet autonomi ○ Forringet selvfølelse, selvtillid og selvværd ○ Overvældelse af følelser og oplevelse af interne konflikter ○ Følelse af sårbarhed og stigmatisering ○ Udadreagerende adfærd
Ydre påvirkninger	○ Påvirkning af privatliv og arbejdsliv ○ Relationelle problemer i familien, parforholdet og det sociale netværk ○ Følelse af at blive vendt mod sin partner af terapeuten ○ Social tilbagetrækning ○ Manglende fritid ○ Tilpasningsproblemer

4.3.2. Risikofaktorer

Udover at undersøge tilstedeværelsen af negative effekter, analyserer forfatterne i seks af de inkluderede studier, hvilke faktorer, der har sammenhæng med negative effekter i terapien (Buckley et al., 1981; Bystedt et al., 2014; De Smet et al., 2019;

Farber et al., 2014; Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt et al., 2018). Resultaterne fra studierne, der kan ses af tabel 5, tydeliggør, at disse faktorer både er relateret til terapeuten, behandlingen og klienten.

Tabel 5

Kategorisering af Risikofaktorer

Kategori	Potentielle risikofaktorer
Terapeut	○ Inkompetence og utilstrækkelig anvendelse af metoder ○ Uetisk og uprofessionel opførsel ○ Utilstrækkelig terapeutisk alliance ○ Uneutral attitude mod klienten ○ Konkurrenceelement mellem terapeut og klient
Behandling	○ Mismatch mellem klientens behov og forventninger til terapien og selve terapien ○ Følelser af, at terapien er mangelfuld ○ Potentielle skadelige orienteringer ○ Positive effekter
Klient	○ Risikogruppe af klienter med komorbide diagnoser ○ Længere uddannelse ○ Civilstand som single ○ Følelser af håbløshed og magtesløshed i forhold til forandring ○ Afhængighed og relaterede faktorer hertil ○ Gennemgående følelser omkring terapien som en smertelig oplevelse
Eksterne faktorer	○ Manglende midler til at betale for behandling ○ Manglende finansiel støtte til relevante interventioner

4.3.2.1. Terapeuten

Med hensyn til terapeuten påpeger Bystedt et al. (2014), at inkompetence og utilstrækkelig anvendelse af metoder opfattes af respondenterne som kausale faktorer i årsagsforklaringen på negative udfald ved psykoterapi. Ligeledes er en potentiel manglende evne til at opretholde en etisk standard og professionel opførsel hos terapeuten af betydning. I samspillet mellem terapeut og klient nævnes en utilstrækkelig terapeutisk alliance som potentiel medierende faktor, da det er vigtigt for klienten at forstå rationalet bag terapien og målet med behandlingen for at opnå en positiv effekt. I samspillet mellem klient og terapeut fremlægger Buckley et al. (1981) desuden, at terapeutens neutralitet er af betydning, da en uneutral attitude mod klienten

findes at have signifikant sammenhæng med følelsen af at have oplevet skadelig terapi ($r=-.42$, $p<.05$). Dertil fremhæves også et potentielt konkurrenceelement mellem klienten og terapeuten som mediator for negative effekter, da der ligeledes hertil er signifikant sammenhæng ($r=.40$, $p<.05$).

4.3.2.2. *Behandling*

Om behandling fremhæver Bystedt et al. (2014) skadelige alternative interventioner, såsom åndedrætsterapi (eng: rebirthing), som potentiel moderator. Adspurgte til årsager til negative effekter påpeges det af størstedelen af respondenterne i studiet af De Smet et al. (2019), at et mismatch mellem selve terapien og klientens behov og forventninger til terapien kan medføre negative effekter. Ligeledes kan en følelse af, at terapien mangler noget, for at klienten kan udvikle sig, yderligere føre til negative udfald. Derudover belyses et tidsperspektiv i behandlingen i to af de otte inkluderede studier (Bystedt et al., 2014; Moritz et al., 2015). Bystedt et al. (2014) finder, at nogle negative effekter skal forstås som midlertidige og nødvendige for at opnå en efterfølgende positiv effekt. Omvendt finder Moritz et al. (2015) gennem interkorrelationsanalyser af måleværktøjets subskalaer, at negative effekter har en moderat negativ korrelation med ønskede effekter ($\rho=-.305$, $p<.005$). I stedet finder de, at positive effekter korrelerer signifikant med udviklingen af nye symptomer ($\rho=.28$, $p=.009$), hvorfor et positivt terapiforløb rettet mod én problemstilling efterfølgende kan medføre tilblivelse af andre problemstillinger.

Deacon et al. (2013) og Meister et al. (2020) forsøger ikke at analysere risikofaktorer i deres studier, men studierne kan alligevel sige noget herom. Idet Deacon et al. (2013) undersøger negative effekter specifikt på baggrund af interventionsmetoden IE og ikke finder nogle betydelige effekter heraf (se tabel 3 og bilag 2) kan brug af IE i sig selv ikke anses som en moderator. I studiet af Meister et al (2020) sammenlignes, som før nævnt, to interventionsretninger. På de overordnede negative effekter findes kun én signifikant forskel grupperne imellem blandt de effekter, der er relateret til sucidaltanker ($p=.004$). Således har de to studier bidraget til et perspektiv på, hvorvidt specifikke retninger og metoder medfører øget risiko for udvikling og oplevelse af negative effekter, hvilket der ikke umiddelbart findes empirisk belæg for.

4.3.2.3. Klienten

Af faktorer relateret til klienten, påpeges det af respondenterne i undersøgelsen af Bysted et al. (2014), at klienter med komorbide diagnoser kan være svære at behandle, og derfor muligvis oftere vil opleve negative effekter end klienter med isolerede problemstillinger. Moritz et al. (2015) og Farber et al. (2014) undersøger gennem korrelations- og regressionsanalyser sammenhænge mellem negative effekter og klienternes demografiske karakteristika. Det ses heraf, at klientens uddannelse kan have betydning for udviklingen af negative effekter, idet klienterne med længere uddannelse rapporterede signifikant flere negative effekter end klienterne med mindre uddannelse ($M=4.95$, $SD=3.80$ vs. $M=3.00$, $SD=3.47$, $p=.025$)⁶. Derudover kan klienternes civilstand være en modererende faktor, idet en status som single er signifikant relateret til angst i forbindelse med klient-disclosure ($\beta=-.26$, $p=.005$). Der findes med de inkluderede studier i indeværende review ingen sammenhænge mellem andre demografiske karakteristika såsom alder og køn og udviklingen af negative effekter (Farber et al., 2014). Udover demografiske karakteristika undersøges sammenhænge mellem andre variable og negative effekter. De Smet et al. (2019) fremhæver på baggrund af respondenternes rapportering, at en følelse af modstand mod terapien hos klienten kan mediere negative effekter. Desuden kan en følelse af håbløshed og magtesløshed også have betydning for udviklingen af negative udfald. Buckley et al. (1981) finder, at der er signifikante sammenhænge ($p<.05$) mellem oplevelsen af negative effekter og klientens afhængighed af terapien udtrykt ved at terapeuten anses som den vigtigste person i klientens liv ($r=.49$), at klienten drømmer om terapeuten ($r=.54$), at klienten genkalder terapeuten mentalt ($r=.36$), og at klienten bliver nedtrykt efter terapiens afslutning, da forholdet mellem klienten og terapeuten ikke længere eksisterer på samme måde ($r=.42$). Yderligere finder Buckley et al. (1981) en moderat og signifikant korrelation mellem rapportering om oplevelser af skadelig terapi og rapportering om terapi som en gennemgående smertelig oplevelse ($r=.40$, $p<.05$). Schermuly-Haupt et al. (2018) undersøger klientens grad af symptomer som en risikofaktor for negative effekter, men finder, at højere grad af symptomer ikke øger risikoen for negative effekter.

⁶ Udregnet ud fra en sammenligning af højtuddannede (13 års uddannelse eller mere) med lavere uddannede (Moritz et al., 2015).

4.3.2.4. *Eksterne faktorer*

Eksterne faktorer i forhold til alle tre områder kan ligeledes øge risikoen for negative effekter. Hertil nævnes klientens manglende midler til at betale for behandling samt manglende finansiell støtte til relevante interventioner, som terapeuten bør udføre (Bystedt et al., 2014).

Samlet set er der i dette afsnit præsenteret og sammenstillet karakteristika og resultater fra studierne om negative effekter og risikofaktorer, hvortil der både ses variationer i karakteristika og divergerende fund. Dette vil blive diskuteret i det følgende afsnit.

5. Diskussion

Indledningsvis i dette afsnit opsummeres resultaterne fra indeværende review, og de empiriske fund sammenlignes med den teoretiske baggrund for feltet. Det foranlediger overvejelser omkring evidens, der fører til en diskussion om det empiriske grundlags metodiske forskelligheder og betydningen af disse for forskningsfeltet. Herefter følger overvejelser om implikationer for praksis. Afslutningsvis diskuteres styrker og begrænsninger ved indeværende review.

5.1. Summering af evidens

Med udgangspunkt i resultaterne er der med indeværende review fundet empirisk indikation for et bredt udsnit af negative effekter varierende fra fysiske til psykiske reaktioner samt interne og eksterne udfald og forandringer. Ligeledes er divergerende risikofaktorer i henhold til behandling, terapeut og klient blevet kortlagt empirisk. I det følgende summeres det empiriske grundlag for både negative effekter og risikofaktorer, og de empiriske fund sammenstilles med den teoretiske baggrund. For negative effekter indgår teoretiske overvejelser om hyppighed og klassificering samt eksemplificeringer af konkrete effekter. For risikofaktorer sammenstilles de empiriske indikatorer med teorien i forhold til behandlingsorienterede samt terapeut- og klientforankrede faktorer og det overvejes hvorvidt risikofaktorerne er relateret til nonspecifikke eller specifikke faktorer ved psykoterapeutiske interventioner.

5.1.1. Sammenhæng med teori for negative effekter

Det empiriske grundlag for negative effekter baseres på otte studier med idiosynkratiske resultater, som i samspil dækker et bredt spektrum af negative effekter, der med fordel kan inddeles i temaerne behandlingsreaktioner, symptomatiske forandringer, emotionelle ændringer og ydre påvirkninger. Negative effekter kan derfor siges at være multifacetterede i type og indhold. Alle de konkrete effekter identificeret via empiri, kan ses i tabel 4 under de respektive temaer. Til trods for, at empirien bærer præg af forskellighed, afdækkes feltet for negative effekter på tværs af studierne og muliggør en sammenligning med den teoretiske baggrund på et både overordnet og konkret niveau.

5.1.1.1. Hyppighed og klassificering

Blandt majoriteten af de inkluderede studier ses en tendens til, at negative effekter opstår hos en stor del af voksne klienter i psykoterapi, mens et enkelt studie ikke fandt nogle betydelige resultater herfor med en forekomst ved blot 1.5 procent af de adspurgte terapeuters klienter. I indledningen til indeværende review refereres til et systematisk litteraturreview udført af Cuijpers et al. (2018), som i deres undersøgelse fandt en sammenlagt tilbagefaldsrate på 4 procent blandt respondentgruppen. Udelukkende at undersøge tilbagefaldsrater som negativ effekt kan afspejle den oprindelige forståelse for negative effekter ved psykoterapi fra 1960'erne (Bergin, 1966), hvor netop tilbagefald var den primære genstand for undersøgelse. Med resultaterne fra indeværende review ses den gennemsnitlige hyppighed af negative effekter ved psykoterapi at være noget større med værdier mellem 21 og 98 procent, såfremt studiet af Deacon et al. (2013), med en overordnet hyppighedsprocent på 1.5 begrænset til få konkrete symptomer, udelades. Dette kan indikere, at tilbagefald er en specifik form for negativ effekt, og at hyppigheden for negative reaktioner som følge af psykoterapi reelt set er større, når forståelsen for negative effekter bredes ud og omfatter flere divergerende former for negative konsekvenser og udfald. Dette understøttes af anden teoretisk baggrundsviden (jf. 2.3.), hvori det fremlægges, at mere alsidige negative effekter forventes at forekomme hos 5-20 procent af klienter i psykoterapeutiske forløb (Linden & Schermuly-Haupt, 2014, p. 308). Fundene i indeværende review er mere forenelige med denne hypotese og den brede forståelse for negative effekter, men indikerer stadig en større procentsats fordelt på adskillige negative konsekvenser.

Diskrepanser mellem teori og empiri kan muligvis forklares ud fra de teoretiske klassifikationer, som er opdelt i tre underområder; negative effekter forårsaget af korrekt udført psykoterapi, negative effekter som følge af utilstrækkelig eller uhenigtsmæssig behandling og negative effekter inden for klassifikationen uetisk terapeutisk adfærd (se figur 1). Ifølge teorien (jf. 2.3.1.), hvor en række eksempler på negative effekter opstilles, antages disse at forbinde sig til en enkelt klassifikation. Det er derfor muligt, at der med de teoretisk opstillede procenttal tages udgangspunkt i én klassifikation, og at der således kun angives procenttal for negative effekter forbundet med korrekt udført behandling, hvorfor negative effekter inden for andre klassifikationer negligeres. Sættes de konkrete empirisk-funderede negative effekter overfor de teoretisk opstillede klassifikationer, er der med indeværende review identificeret negative effekter, der potentielt kan klassificeres som uetisk adfærd og utilstrækkelig eller upassende behandling, såsom unødigt forlængelse af behandling, tids-spild og at blive vendt mod sin partner af terapeuten (se tabel 3). Hertil skal det nævnes, at negative effekter i form af uetisk adfærd eller utilstrækkelig terapeutisk praksis kan tilskrives selvsamme, men også være reaktioner på en terapeutisk praksis, der af klienten opfattes som uetisk eller fejlagtig uden nødvendigvis at være sådan. Det kan eksempelvis tænkes at gøre sig gældende ved negative effekter såsom manglende effekt af behandling og skuffelse over ikke at have fået det bedre efter endt terapi. Det er muligt, at terapeuten har udført behandlingen korrekt, men at terapien af klienten opfattes som ineffektiv og uhenigtsmæssig. Samlet set kan de empiriske fund på tværs af klassifikationerne altså være med til at forklare, hvorfor den gennemsnitlige hyppighed for negative effekter er fundet højere i indeværende review end i de teoretiske estimer.

5.1.1.2. Eksemplificering

Undersøges de negative effekter på et mere konkret niveau ses der en vis overensstemmelse mellem de teoretisk opstillede eksemplificeringer (jf. 2.3.1.) og de empiriske fund (jf. 4.3.). Der er således fundet empirisk grundlag for majoriteten af de teoretiske områder. Hvor empirien dog ikke direkte efterkommer teorien er på to konkrete eksempler (jf. 2.3.1.), henholdsvis at terapien giver akkurat nok lindring til at forblive i maladaptive mønstre samt forekomst af retraumatisering. Teoretisk er det eksemplificeret, hvordan terapien kan have en negativ effekt på klienten, hvis den akkurat giver nok lindring til, at klienten kan forblive i maladaptive situationer eller

forhold, eksempelvis et voldeligt parforhold. Dette teoretiske perspektiv, er der ikke direkte fundet belæg for empirisk. Idet klienter i nogle tilfælde potentielt ikke ønsker forandring af selve den maladaptive eller voldelige situation, kan andre empirisk-identificerede effekter såsom afhængighed eller forlængelse af terapien samt tilpasningsproblemer (se tabel 4), tænkes at være relateret til den teoretisk opstillede problemstilling. Derfor kan der alligevel tænkes at være empirisk grundlag for det teoretiske eksempel til trods for, at denne konkrete effekt ikke direkte er blevet undersøgt empirisk. I kraft af de idiosynkratiske studier benævnes effekterne desuden med forskellige termer, og bliver derfor ikke nødvendigvis direkte associeret med det, som eksemplificeres i teorien. Det samme kan tænkes at gøre sig gældende for den teoretiske fremlægning af retraumatisering som følge af psykoterapi. Selvom retraumatisering ikke direkte er angivet som negativ effekt i den empiriske forskning, kan andre identificerede effekter tænkes at dække over det samme, såsom udvikling af nye symptomer, forværring af symptomer og angst (se tabel 4).

Udover manglende empirisk belæg for to konkrete eksempler kan den teoretiske baggrund anvendt i dette review anses som mangelfuld på et aspekt. Teoretisk fremhæves negative effekter i den terapeutiske alliance ikke som en negativ effekt i sig selv, men den blev fundet at være sådan empirisk. I teorien påpeges den terapeutiske alliance udelukkende som en medierende faktor, hvor den empirisk yderligere er fundet at kunne være en negativ effekt i sig selv manifesteret i konflikter mellem terapeut og klient samt brud i forholdet. De teoretiske modeller og eksemplificeringer er dermed ikke betydeligt mangelfulde, men der er få aspekter, hvor de empiriske fund fra indeværende projekt ikke stemmer overens med den teoretiske baggrund.

5.1.2. Sammenhæng med teori for risikofaktorer

Af modererende og medierende faktorer ved psykoterapeutisk behandling ses, ligesom med negative effekter i sig selv, et blandet billede med forskellige forklaringer og teoretiske relationer. Både specifikke og nonspecifikke faktorer kan være medierende for negative effekter og kan sættes i relation til behandlingen og tidsperspektivet heri samt til terapeuten og klienten. Disse vil blive udfoldet som risikofaktorer i særskilte afsnit i forlængelse af en overordnet diskussion af de negative effekters forhold til fælles- og specifikke faktorer.

5.1.2.1. Fælles- og specifikke faktorer

Som før nævnt er det empiriske grundlag over negative effekter baseret på idiosynkratiske resultater, men i alle studier, trods metodiske forskelle, identificeres negative effekter. Ligesom det ifølge teorien om fællesfaktorer (jf. 2.2.1.), antages, at en række faktorer på tværs af psykoterapeutiske retninger virker som de forandringsskabende processer i en positiv retning (Poulsen, Lau & Simonsen, 2015, p. 545; Jørgensen et al., 2017, p. 676f), kan fællesfaktorerne ligeledes tænkes at være de mest forandringsskabende mekanismer i udviklingen af negative effekter. Dette understøttes af det empiriske grundlag, hvor negative effekter ses at forekomme i alle studier uanset terapeutisk retning og psykologisk problemstilling, og at nogle risikofaktorer tilmed også benævnes med de betegnelser, der er for nogle fællesfaktorer, såsom terapeutisk alliance og klient-forventninger. Når negative effekter sættes i relation til teorien om nonspecifikke faktorer, kan potentielle negative effekter ses som en fælles præmis for klienter i terapi ved alle psykoterapeutiske retninger. Ifølge teorien om specifikke faktorer, hvori det påpeges, at specifikke faktorer relateret til forskellige terapeutiske retninger også kan være forandringsskabende (Lacewing, 2014, p. 164f; Thuesen, 2012, p. 68), kan nogle af de identificerede effekter imidlertid også antages at være interventionsspecifikke, idet resultaterne fra indeværende review bærer præg af forskellighed, hvor få konkrete effekter går igen i mere end ét studie. Det kan indikere, at nogle konkrete negative effekter kan opstå som følge af specifikke retningers karakteristiske metoder og at det derfor i nogle henseender er de specifikke faktorer ved psykoterapi, der er forandringsskabende i udviklingen af konkrete negative effekter.

5.1.2.2. Behandling og terapeuten

I den teoretiske baggrund for risikofaktorer (jf. 2.3.2.) pointeres det, at negative effekter opstår som følge af faktorer ved terapeuten eller den terapeutiske behandling i sig selv. Med de empiriske resultater fra indeværende review bekræftes disse antagelser delvist, hvorfor der på dette aspekt er en vis overensstemmelse mellem teori og empiri. Eksempelvis fremhæves uprofessionel terapeutisk opførsel og inkompetence empirisk som mediatorer for negative effekter, hvilket også fremhæves teoretisk i form af utilbørlig administration og uansvarlig adfærd. Derudover er der både et teoretisk og empirisk fokus på den psykoterapeutiske behandling og de deri liggende mekanismer som medierende for negative effekter. Ifølge den teoretiske skitsering (jf. 2.3.2.) antages negative effekter at opstå i relation til behandlingen som

følge af forhold ved den terapeutiske alliance samt ophør i terapien. Empirisk blev det fundet, at risikoen for udvikling af negative effekter er større, hvis behandlingsmekanismer såsom forventningsafstemning og terapeutisk alliance og opbrud i forløbet er tilstede i svagt eller abrupt omfang. På disse aspekter er der altså teoretiske og empiriske overlap, dog med forskelligt sprogbrug og varierende detaljegrad. Det eneste aspekt, hvor empirien ikke konsekvent efterkommer teorien, er i forhold til specifikke terapeutiske retninger som risikofaktorer. Der er med de empiriske fund ikke belæg for at slutte, hvorvidt man skal være særlig påpasselig med at forårsage negative effekter ud fra specifikke psykoterapeutiske orienteringer, da der findes negative effekter på tværs af terapeutiske retninger og orienteringer og yderligere ikke findes signifikante forskelle mellem grupper med forskellige former for psykoterapeutisk behandling. Imidlertid er det muligt, at metoder og procedurer inden for specifikke retninger kan anses som mediatorer for konkrete effekter, hvilket også fremhæves teoretisk og eksemplificeres med eksponering (Linden, 2013, p. 290). Konkrete metoder indenfor specifikke retninger kan derfor, til trods for manglende entydige indikatorer, anses som mediatorer for konkrete effekter, men generelt findes ingen indikationer for, at psykoterapeutiske retninger i sig selv er modererende, og at negative effekter derfor opstår hyppigere indenfor nogle retninger end andre.

5.1.2.3. Tidsperspektiv

En yderligere medierende faktor, der kan inddrages i forbindelse med behandling, er tidsperspektivet heri, hvortil der er fundet tvetydige empiriske resultater. Dobbelttydigheden indikerer, at negative effekter i nogle tilfælde kan være nødvendige for en efterfølgende positiv effekt, mens de i andre tilfælde ikke medfører en langsigtet positiv virkning og derfor udelukkende er hæmmende eller skadelige. Teorien om “no pain, no gain” (jf. 2.3.2.) repræsenterer den første forklaring og indebærer, at et adaptivt udfald af terapien afhænger af midlertidige maladaptive reaktioner (Lilienfeld, 2007, p. 56). Denne teoretiske antagelse om, at negative effekter kan være fordelagtige på længere sigt, understøttes af resultater fra et enkelt studie (Bystedt et al., 2014), hvor de negative effekter relateret hertil er midlertidige følelser af ubehag. At negative effekter derimod ikke har en fordelagtig og nødvendig funktion, baseres ligeledes på resultater fra et enkelt studie (Moritz et al., 2015), hvori negative effekter blev fundet at korrelere negativt med positive udfald. De undersøgte negative effekter i dette studie er imidlertid af anden karakter end udelukkende umiddelbare

følelser af ubehag, såsom tilpasningsproblemer og relationelle problemer. I begge tilfælde baseres behandlingen på elementer fra KAT, hvorfor årsagsforklaringen ikke kan findes i forskellige terapeutiske orienteringer. Den teoretiske baggrund for teorien om “no pain, no gain” er imidlertid lignende den, der afdækkes med studiet af Bystedt et al. (2014), hvor de negative effekter i relation hertil er midlertidige følelser af ubehag. Den empiriske sammenkobling med den teoretiske forståelse indikerer derfor, at teorien om “no pain, no gain” afhænger af de negative effekter, den associeres med. Overlappet mellem teori og empiri er derfor komplet ud fra dette aspekt, idet det teoretisk ikke forsøges at afdække relationen til andre negative effekter end angstrelaterede følelser og ubehag under interventionerne.

5.1.2.4. Klientorienterede faktorer

Udover risikofaktorer relateret til terapeuten og behandling samt tidsperspektivet heri, er der med indeværende review fundet empirisk grundlag for, at klientorienterede faktorer også kan være modererende og medierende (jf. 4.3.2.3.). Dette ansporer en mangel i den teoretiske litteratur på området og indikerer, at det derfor ikke udelukkende er faktorer relateret til terapeuten eller behandlingen, der kan øge risikoen for negative effekter. Især modstand hos klienten, komorbiditet, manglende økonomiske midler og civilstatus som single fremhæves empirisk som medierende og modererende faktorer, da disse faktorer isoleret til klienten kan øge risikoen for negative udfald. Med det manglende teoretiske fokus på klientorienterede risikofaktorer og samtidige empiriske grundlag herfor opstår en problemstilling ved psykoterapeutiske interventioner, da det i disse situationer er den professionelle terapeuts opgave at facilitere processerne for forandring (Hill, 2014, p. 35f). For succesfuld facilitering er et holistisk fokus på risikofaktorer samt et individorienteret klientfokus nødvendigt, da fokus på og kontrol for også disse klientorienterede risikofaktorer i psykoterapeutisk praksis potentielt kan forhindre udviklingen af negative effekter. Dette vil, på baggrund af de empiriske indikationer, kræve teoretiske beskrivelser, hvorudfra terapeuten kan orientere sig (Dansk Psykolog Forening, 2018-2021, p. 32) og dermed blive bevidst omkring risikofaktorer ved klienter. På baggrund af resultater fra et enkelt studie blev det desuden fundet, at lang uddannelse hos klienterne blev associeret med flere negative effekter (Moritz et al., 2015). Det kan dog være relevant at overveje, om lang uddannelse i sig selv er en moderator, eller om en lang uddannelse er relateret til højere refleksionsniveau hos disse klienter, hvorfor de i større grad er i

stand til at identificere og reflektere over negative effekter. Det er dermed en mulighed, at disse klienter ikke oplever flere negative effekter sammenlignet med mindre uddannede klienter, men at de blot i højere grad er i stand til at vurdere og reflektere over negative reaktioner og hændelser samt rapportere herom.

De empirisk funderede sammenhænge mellem diverse faktorer og negative effekter ved psykoterapi både bekræfter og går ud over den teoretiske referenceramme, ligesom det overordnede mål og de konkrete negative effekter ses at gøre det.

5.1.3. Status for feltet

Der findes på tværs af de inkluderede studier bekræftende empiriske resultater omkring forekomsten af negative effekter, hvilket indikerer, at en bred skare af negative effekter ved psykoterapi kan opstå i psykoterapeutisk behandling med voksne klienter i psykisk mistrivsel. Endvidere er der med indeværende review fundet empirisk grundlag for forskellige risikofaktorer. Med det empiriske grundlag ses på tværs af studierne desuden overlap med den teoretiske baggrund, og empirien bekræfter i bredt omfang det teoretiske udgangspunkt med få undtagelser, hvor teorien fremstår mangelfuld eller modsatrettet til de empiriske fund. Samlet set er der altså med resultaterne i indeværende review fundet belæg for en optagethed af negative effekter indenfor den psykologiske videnskab og praksis, hvorfor psykoterapi ikke kan anses som harmløst. Fundene til denne slutning baseres imidlertid på otte studier med idiosynkratiske resultater, hvor kun få af effekterne og faktorerne er fundet i mere end ét studie. Dette afstedkommer en diskussion om evidensbegrebet, og hvorvidt det er muligt at tale om evidens, når den videnskabelige viden er baseret på få studier med forskelligartede resultater. Som nævnt teoretisk (jf. 2.4.) har fænomenologisk, idiosynkratisk og subjektiv viden også værdi, hvorfor man bør kunne tale om evidens for negative effekter ud fra forskelligartede resultater baseret på fænomenologiske oplevelser. Desuden taler overlappet mellem teori og empiri for evidens på området, da det empiriske grundlag i bredt omfang styrker de teoretiske antagelser og dermed samler feltet og gør grundlaget mere troværdigt. Det kan i forskningsmæssigt øjemed imidlertid være kritisabelt at drage endegyldige konklusioner på baggrund af subjektive oplevelser, da det som før nævnt har et andet grundlag og formål end klassisk effekt- og kausalitetsforskning (Eriksson & Hummelvoll, 2012, p. 35f). Yderligere kan det anses som problematisk, at evidensgrundlaget baseres på en begrænset

mængde af empiri med forskellighed i resultaterne, idet der i større grad kan være uvished om det samlede resultats validitet og reliabilitet. Til trods for at det er muligt at definere fundene som evidens ud fra et mere fænomenologisk perspektiv, er der behov for mere sammenlignelige og fokuserede studier af fænomenet, for at kunne drage endegyldige videnskabelige konklusioner. Det følgende vil skitsere nogle af de metodiske forskelle der er studierne imellem og dermed nogle af de forskningsmæssige problematikker, der eksisterer inden for feltet samt diskutere implikationer af disse for forskningen.

5.2. Individuelle resultater og manglende konsensus

Variationen mellem de negative effekter, der med inklusion af de otte studier er fundet evidens for, kan udspringe af flere forskellige forhold, herunder forskelle i studiernes karakteristika. Det følgende vil derfor indeholde en diskussion af, hvordan diskrepanser studierne imellem hvad angår design og formål samt måling af negative effekter og værktøjer hertil, kan bidrage til forståelsen af de varierende individuelle resultater. Derudfra diskuteres en manglende konsensus i undersøgelsen af negative effekter.

5.2.1. Formål og design

Et forhold, der kan tænkes at have været medkonstituerende til de varierende resultater, er studiernes fokusområde og formål. Som det ses af resultaterne (jf. 4.2.) er disse orienteret mod essentielt forskellige psykologiske problemstillinger og forskellige aspekter af psykoterapeutisk behandling. Det bevirker blandt andet, at negative effekter som fænomen undersøges på forskellig vis. At fokusområderne og formålene er forskellige, har endvidere den betydning, at undersøgelsen af negative effekter er foretaget mere eller mindre direkte, hvor undersøgelsen af negative effekter i nogle tilfælde foretages indirekte som en del af en bredere undersøgelse med andre fokusområder. Betydningen heraf kan være, at der ses effekter på nogle parametre men ikke på andre afhængig af undersøgelsens design. Det kan i den forbindelse diskuteres, om et studie med et indirekte fokus medfører identifikation af færre negative effekter end et studie med et direkte fokus. Det ses, at studiet af Deacon et al. (2013), hvor negative effekter undersøges indirekte, finder den laveste hyppighed af negative effekter, mens studiet af Schermuly-Haupt et al. (2018) har et direkte fokus og finder den højeste hyppighed af negative effekter. At der ikke findes de samme effekter på

tværs af de inkluderede studier, kan derfor tænkes at skyldes designmæssige forskelle. For begge typer af designs kan der argumenteres for både fordele og ulemper. Ved et direkte design kan der være en risiko for bias, idet respondenterne potentielt kan fokusere mere på det negative, eller huske terapien som værende mere negativ end den reelt var. Et indirekte design, der eksempelvis både belyser positive og negative effekter af terapien, kan potentielt give et mere realistisk og alsidigt billede. Dog kan der være en risiko for, at nogle essentielle facetter af negative effekter bliver overset som følge af ufokuserede og overfladiske undersøgelser.

Udover at varierende formål og designs kan have influeret resultaterne, ses også forskelle på andre parametre, der ligeledes kan have været medkonstituerende til de mangesidige resultater.

5.2.2. Assessment og måling af negative effekter

Der ses yderligere betydelige forskelle i studiernes assessment af negative effekter og anvendte måleværktøjer hertil. Dette kan ligeledes tænkes at have påvirket resultaterne fra de enkelte studier, hvorfor de individuelle og til dels usammenlignelige resultater også kan forklares ud fra disse parametre. Til assessment af negative effekter anvendes diverse spørgeskemaer, checklister og semistrukturerede interviews, som i nogle tilfælde er uspecificerede og kun udformet og tilpasset til det enkelte studie. I andre tilfælde bygger undersøgelsen på allerede udviklede og tilpassede assessment-værktøjer. Til trods for at der er udviklet værktøjer til undersøgelse af negative effekter (jf. 2.3.3.), er der ingen overlap studierne imellem i forhold til de anvendte måleværktøjer. Der eksisterer dermed ingen konsensus omkring, hvordan feltet på bedst mulig måde tilgås, og hvordan negative effekter bør måles. Dette afspejles også af de tilhørende analysemetoder, hvor der både bliver benyttet kvalitative og kvantitative metoder. Til overvejelser om måleværktøjer og analysemetoder kan knyttes refleksioner omkring valg af respondenter til undersøgelser af negative effekter ved psykoterapi. Der blev med inklusionskriterierne stillet krav til, at rapporteringen skulle være baseret på kliniker-vurdering eller selvrapportering. I de inkluderede studier til indværende projekt er der en ligelig fordeling mellem terapeuter og klienter i respondentgrupperne. At der findes varierende resultater på tværs af de inkluderede studier kan skyldes, at der rapporteres fra forskellige perspektiver, og at der i litteraturen ej heller her er konsensus omkring, hvordan negative effekter bedst undersøges. Lige-

som ved design kan der argumenteres for fordele og ulemper ved brug af begge respondentgrupper. En tydelig kvalitet ved anvendelse af klienter til rapportering er, at det netop er disse individer, der oplever effekterne intrapsykisk og interpersonelt i relationen med det sociale netværk. Klienternes subjektive oplevelse er vigtig for forståelsen af negative effekter, idet et indblik i den fænomenologiske oplevelsesverden er nødvendig for at forstå alvorligheden af negative udfald som følge af psykoterapeutisk behandling. Til gengæld kan professionelle terapeuter bidrage positivt til undersøgelsen af negative effekter, idet den professionelle vurdering er mere objektiv og baseret på et teoretisk grundlag. Det kan sikre en differentiering mellem negative effekter relateret til den psykoterapeutiske behandling og negative effekter forårsaget af andre faktorer. Desuden er en professionel terapeut i stand til at vurdere, om der er tale om andet end negative effekter, såsom lidelsesspecifikke fluktuationer, hvilket klienter ikke nødvendigvis selv er i stand til at vurdere. Terapeuten kan desuden også have øje for, om klienten påtager sig en adfærd, der af klienten opfattes som adaptiv, men som reelt er dysfunktionel for klienten eller klientens relationer. Eksempelvis kan en overdreven forankring i terapien og terapeutens ord tænkes at udmunde i drastiske adfærdsændringer. Det kan eksempelvis tænkes at ses ved klienter, der indledningsvist er i psykoterapeutisk behandling for tvangspræget overspisning og udvikler modsatrettet spisevægring som følge af tilegnelse og umådeholden inkorporering af strategier. Modsat de positive aspekter ved professionel rapportering kan en vurdering foretaget af terapeuter være påvirket af en bekymring for egen praksis. Det kan medføre, at terapeuter kan være tilbageholdende med at vurdere egen behandling som værende negativ på nogle områder, potentielt i frygt for at blive beskyldt for at have udført uhensigtsmæssig og upassende terapi. Med disse fordele og begrænsninger ved de forskellige respondentgrupper in mente, kan det være relevant at overveje, om en undersøgelse, der kombinerer begge tilgange, kunne sikre mere ensartede og potentielt mere valide resultater. Endvidere kan en tredje respondentgruppe vise sig nyttig at inddrage i form af relationer i klienternes nære miljø såsom familiemedlemmer eller partnere, idet vedkommende kan underbygge observationen af maladaptive adfærdsmønstre, eller på nært hold kan have oplevet en udvikling fra pre-behandling til post-behandling, som ikke har været fordelagtig og adaptiv.

5.2.3. Status for forskning

Ud fra ovenstående diskussion er det tydeligt, at der på flere områder er manglende konsensus inden for dette forskningsfelt, hvilket kan have haft betydning for de enkelte resultater i studierne og dermed for resultaterne i dette review. Generelt set kan den manglende konsensus betyde, at forskere på området har svært ved at kommunikere om resultater og fund, idet der ikke eksisterer et fælles sprog i form af en veldefineret terminologi. Den manglende konsensus kan også ses som et udtryk for, at der arbejdes med et forholdsvis nyt forskningsfelt, hvor der fortsat er plads til udvikling.

Forskellene indenfor design og assessment komplicerer imidlertid en statistisk sammenlægning. Der kan foretages sammenfattende statistiske analyser på data med inklusion af blot to studier (Pigott, 2012, p. 3), såfremt det der sammenlignes, er homogent nok til en egentlig sammenligning (Juul, Bech, Dahm & Rytter, 2017, p. 214). Med de skitserede forskelle (jf. 4.2.) in mente er problematikken, at måleværktøjerne ikke i essensen måler på det samme (jf. 2.3.3.), men i stedet er orienteret mod forskellige aspekter af negative effekter, samt at respondentgrupperne og analysemetoderne varierer. Alt dette bevirker, at studierne er for heterogene til en metaanalytisk sammenfatning. For at kunne udarbejde en statistisk sammenfattende analyse kræves dybere konsensus omkring undersøgelsen af negative effekter samt en fælles referenceramme og terminologi. Med mere ensartet forskning vil det være muligt ikke blot at udregne et gennemsnitligt estimat for hyppighed, men også at skabe mere valide resultater hvad angår enkeltstående effekter. Som før nævnt er der udviklet måleværktøjer til vurderingen af negative effekter ved psykoterapi, hvorfor der er grundlag for forskningsmæssig ensartethed og replikation. Den metodiske basis er dermed lagt for fremtidig sammenlignelig forskning. For at kunne overføre dette projekts fund fuldstændigt til praksis kræves desuden forskning i negative effekter ved andre problemstillinger end dem, der er undersøgt med dette review samt blandt andre populationer. Der kan eksempelvis tænkes at være andre udfald og konsekvenser på spil ved unge voksne eller blandt ældre samt ved klienter med andre problemstillinger end affektive lidelser, angstrelaterede tilstande, seksuelt misbrug og personlighedsforstyrrelser. Derudover er der behov for forskning i moderatorer og medierende faktorer, således at omstændigheder, med hvilke der er øget risiko for udvikling af negative udfald af psykoterapi, i større og mere troværdigt omfang bliver identificeret. Med sådan forskning vil terapeuter have bedre forudsætninger for at forudsige,

hvilke klienter der vil kunne opleve negative effekter og dermed være opmærksom på dette i praksis.

Med mere dybdegående forskning i både negative effekter og tilhørende risikofaktorer vil det være muligt at fastsætte konkrete praksisimplikationer baseret på et veletableret grundlag frem for på studieafhængig evidens. For nuværende vil implikationer for praksis derfor i højere grad bære præg af overordnet karakter. I den følgende praksisorienterede perspektivering indtænkes både den generelle forståelse af psykoterapi som behandling samt det direkte terapeutiske arbejde.

5.3. Implikationer for praksis

Intentionen med indeværende projekt var at afdække, hvorvidt negative effekter ved terapi skal anses som et anliggende for psykologien. Midlet hertil var en afdækning af den empiriske evidens og en sammenstilling med den teoretiske baggrundsviden om negative effekter. Med den foregående del af projektet er det tydeliggjort, at der med de fastsatte in- og eksklusionskriterier til dette projekt er fundet evidens for negative effekter ved psykoterapi indenfor fire kategorier baseret på otte divergerende studier. Det er derfor blevet kortlagt, at der er belæg for at beskæftige sig med et bredt spektrum af negative effekter ved psykoterapi. Samtidig er det blevet påpeget, at der er behov for mere forskning på området. Disse fund medfører i samspil nogle implikationer for den psykologiske profession og praksis.

Det skitserede evidensgrundlag for negative effekter ved psykoterapi, uanset forskningsmæssig basis herfor, tydeliggør relevansen af en udvidet bevidstgørelse blandt psykologer og andre praktikere af psykoterapi. Med denne tilgang, hvor øget bevidsthed om negative effekter er en del af det terapeutiske arbejde, kan negative effekter opsættes som en præmis for at indgå i terapeutisk behandling. Med denne opfattelse bidrages til en mere nuanceret og realistisk forståelse af psykoterapi og effekterne heraf. Som det diskuteres af filosof Anders Fogh Jensen og psykolog og forsker i psykoterapi Ole Karkov Østergaard i podcasten Brinkmanns Briks af psykolog Svend Brinkmann, er der, som følge af den moderne udvikling og massive mængde effektforskning i psykoterapi, opstået en udbredt opfattelse i befolkningen om, at psykoterapi er en mirakelkur (Brinkmanns Brinks, 2020). Denne antagelse deles af andre fagfolk, som ligeledes påpeger, at psykologien i vidt omfang antages at kunne hjælpe alle typer mennesker med alle typer lidelser, og at forandring kan opnås på ganske kort tid (Maroti, 2018, pp. 34-36). Indeværende review og resultatet

herfra skal ikke ses som en kontrast til påvisninger af positive effekter ved psykoterapi og ej heller som et forsøg på at underminere de positive udfald. At indtænke de negative effekter i forståelsen af psykoterapi kan bidrage til et mere realistisk grundlag for klientforventninger og samtidigt nedbryde noget af det pres, der hviler på terapeuten, hvis psykoterapi skal leve op til at være en “mirakelkur”. Det skal i den forbindelse dog sikres, at en øget bevidsthed om negative effekter ikke påvirker terapeuters praksis i et omfang, der gør terapeuten for påpasselig og forsigtig. Konsekvenserne heraf kan være, at klienterne ikke får den behandling, de har brug for, idet der med indeværende review også blev fundet empiriske indikationer for, at negative effekter kan forekomme som reaktioner på utilstrækkelig behandling i form af følelser af tidsspild, skuffelser over manglende forbedring og manglende respons. Disse effekter vil tænkes at forekomme hyppigere, hvis terapeuter som følge af udvidet bevidstgørelse omkring negative konsekvenser ikke udøver den tilstrækkelige og nødvendige terapi. En øget bevidsthed om negative effekter kan, hvis bevidstheden balanceres med terapeutiske indhold og udfordring, vise sig nyttigt, hvis de negative effekter aktivt opdages og påtales, og efterfølgende bruges som materiale i den terapeutiske situation. Med fundene fra indeværende review findes indikation for, at bevidstheden også bør være rettet mod risikofaktorer såsom terapeuters kompetence og etik, den psykotераapeutiske behandling i sig selv og aspekter ved klienten. Især inkompetence, utilstrækkelig metodeanvendelse, uetisk og uprofessionel opførsel har sammenhæng med negative udfald og bør være genstand for øget bevidstgørelse i forbindelse med negative effekter. Ligeledes bør bevidstgørelsen rettes mod den terapeutiske alliance, forventningsafstemning og ophør af terapi, idet risikoen for udvikling af negative effekter er større, hvis disse faktorer er tilstede i svagt eller abrupt omfang.

Når man i den medicinske videnskab længe har været bevidst omkring og opmærksom på bivirkninger, kan der rettes kritik mod selvsamme mangel i psykologien. Manglen på forskning og viden kan potentielt forstås ud fra en misforstået og forældet opfattelse af, hvilke virkninger psykologisk samtaleterapi kan have. Faktum er, at farmakologiske interventioner påvirker individets biologi, mens indplaceringen ved psykologiske interventioner potentielt baseres på en kunstig sondring mellem krop og sind. I psykologiens historie har en dualisme i form af adskillelse mellem den fysiske verden og den subjektive oplevelsesverden tidligere domineret forståelsen af psykiske problemer (Møhl & Simonsen, 2017, p. 39). Med denne polarisering

mellem sjæl og legeme blev mentale fænomener ikke anset som relateret til det fysiske. Der blev imidlertid gjort op med polariseringen mellem krop og sind og dermed med forståelsen af krop og sjæl som adskilte entiteter. I stedet blev der frembragt et syn på krop og sjæl som intervævne enheder, der ikke kan adskilles (Inglis & Thorpe, 2012, p. 101f). For psykoterapeutisk behandling betyder det en integration af videnskaber (Møhl & Simonsen, 2017, p. 39), således at psykoterapeutisk behandling kan indplaceres i en biologisk referenceramme, idet krop og sind snarere skal opfattes i et holistisk perspektiv, hvor psykologiske processer kan medføre forandringer i hjernen og resten af kroppen (Rosenberg, 2017, p. 94). Sat på spidsen kan psykoterapi derfor opfattes som en biologisk intervention, idet adfærd og psykologiske processer er forankret i biologi (Pinel, 2011, p. 3), hvorfor det er meningsgivende at være bevidst omkring og forske i negative effekter som følge af samtalebaserede psykologiske interventioner. Relevansen for at advokere for en udvidet bevidstgørelse om negative effekter blandt praktikere af psykoterapi berettiges derfor af, at psykoterapeutiske interventioner, ligesom farmakologiske interventioner, kan gøre skade og ikke kun gavn.

Idet det er meningsgivende at beskæftige sig med negative effekter ved psykoterapi på samme måde som det er meningsfuldt og nødvendigt ved farmakologiske interventioner, muliggøres en mere rimelig og realistisk komparation mellem de forskellige former for behandling. Den psykologiske videnskab er længe blevet sammenlignet med den medicinske på andre parametre, hvilket især ses i forhold til positive behandlingseffekter (Nutt & Sharpe, 2008, p. 3). Foruden inddragelse af perspektivet på negative effekter ved psykoterapi vil en sammenligning af behandlingseffekter af farmakologiske og psykoterapeutiske interventioner være urimelig, idet sikkerhedsdata bliver udeladt for den ene intervention.

I farmakologisk regi foretages forskning i negative effekter for at skabe kendskab til potentielle bivirkninger før distribuering af præparater samt for løbende at kontrollere for sikkerheden ved brug af disse (Nutt & Sharpe, 2008, p. 4), hvilket skaber mulighed for, at individer kan træffe informerede valg omkring indtagelse heraf. Til trods for individuelt forskelligartede resultater indikerer fundene fra dette review samlet set, at det selvsamme bør gøres ved psykoterapeutisk behandling, og med en empirisk understøttelse af de teoretiske antagelser styrkes det kritiske ved manglende stillingtagen. Når man ved farmakologisk behandling er bevidst omkring bivirkninger, er patienternes rettigheder til at få information herom jf. Sundhedsloven

§ 16 helt tydelige. Den evidensbaserede viden om negative effekter indikerer, at behandlere ved psykoterapeutiske interventioner også bør informere klienter om potentielle negative effekter ved den forestående behandling. Mere konkrete implikationer for praksis kræver dog mere forskning og et mere veletableret evidensgrundlag. Med mere forskning vil det blive tydeligere, hvorvidt der kan og bør stilles mere ligeværdige krav mellem samtalebaserede psykologiske interventioner og farmakologisk behandling.

5.4. Styrker og begrænsninger

Resultaterne til indeværende review og de tilhørende anvisninger for praksis er frembragt på baggrund af en række metodiske valg og udførelsen af reviewet. Dette har medført en række styrker og begrænsninger, som fundene skal ses i lyset af. I det følgende afsnit overvejes både metodekritiske aspekter samt betydningen af ydre, ukontrollerbare begrænsninger, og deres indvirkning på reviewet diskuteres. Indledningsvis præsenteres betydningen af anvendelse af PRISMA-SCR efterfulgt af et afsnit, hvor styrker og begrænsninger ved de opsatte in- og eksklusionskriterier diskuteres, ligesom betydningen af processerne omkring søgestrategien til og screeningen af litteratursøgningen skitseres. Derefter diskuteres betydningen af et potentielt publikationsbias, ligesom betydningen af samfundsmæssige problematikker i projektperioden skitseres.

5.4.1. Brug af PRISMA-SCR

En primær styrke ved dette scoping review er, at det er baseret på PRISMA-SCR og PICOS modellen dertil. En systematisk og gennemskelig fremgangsmåde er derfor sikret, således at studiet kan være genstand for replikation. Alle anbefalede punkter i PRISMA-SCR er blevet fulgt med undtagelse af de frivillige punkter omkring kritisk stillingtagen til studiernes kvalitet, validitet og relevans samt punktet om protokol og registrering, da en sådan ikke foreligger (se bilag 3). Dette kan anses som en begrænsning, da det ikke er blevet tydeliggjort, hvilken metodisk forskningsmæssig kvalitet, resultatet omkring evidens for negative effekter er baseret på.

5.4.2. In- og eksklusionskriterier og sikring af evidens

Yderligere overvejelser om styrker og begrænsninger kan knyttes til de fremsatte in- og eksklusionskriterier i dette review, der har haft betydning for, hvilket litterært

materiale, der er blevet inkluderet og brugt i afdækningen af forskningsspørgsmålet. Overordnet set blev der fastsat otte inklusionskriterier og fem eksklusionskriterier, hvilket, i betragtning af den anvendte studietype, kan anses som mange. Med inddragelse af evidensbegrebet i problemformuleringen tjener alle dog et hensigtsmæssigt formål, idet intentionen med at belyse negative effekter var, at det endelige resultat skulle være troværdigt for sikkert og klart at kunne sige noget om negative effekter ved psykoterapi. Med fastsættelsen af en passende mængde kriterier sikres derfor, at de inkluderede studier alle er relevante for besvarelsen af problemformuleringen, og at der undgås for mange potentielle alternative vinkler på fænomenet samt utroværdige resultater i forhold til det aktuelle undersøgelsesområde. Alle kriterierne er desuden fastsat med argumentation herfor (jf. 3.3.3.). Det har naturligvis sine begrænsninger at frasortere litteratur, men for at opnå et reliabelt resultat omkring negative effekter ved psykoterapi var det nødvendigt at stille krav til blandt andet litteratortype, interventionsmetode og klienter. På den måde undgås det, at resultaterne er baseret på teoretiske antagelser uden empirisk belæg, og at de er påvirket af andre faktorer end psykoterapien såsom eksempelvis misbrug hos klienten, neuropsykologisk skade, forstyrret virkelighedsfornemmelse, andre individer i terapisituationen, reaktioner på somatisk sygdom, medicin eller andre terapeutiske initiativer, der ikke baseres på samtale som det ses ved klassisk psykoterapi.

Den hyppigste årsag til eksklusion af referencer i dette projekt var manglende systematisk og gennemsigtig undersøgelse af negative effekter ved psykoterapi. Kriteriet om, at en fokuseret og intentionel undersøgelse skulle være foretaget for inklusion, blev fastsat for at ekskludere studier, hvor grundlaget for evidensen fremstår utydeligt, eller hvor resultatet er baseret på spontan rapportering. Det kan overvejes, om fraværet af dette kriterium havde været fordelagtigt for indeværende undersøgelse, idet effektstudier, hvori der supplerende angives rater for tilbagefald eller tilbagegang efter en given tidsperiode, samt studier, der ikke undersøger negative effekter aktivt, men rapporterer om det i deres resultater, således også kunne være blevet inkluderet og have bidraget til kortlægningen. Fordelen ved at frasortere sådanne studier er imidlertid, at tilbagefald og tilbagegang også kan være udtryk for fluktuationer i den psykiske problemstilling (Linden, 2013, p. 287) og dermed også ville være sket uden den terapeutiske intervention. Såfremt der ikke forskes yderligere heri, er det vanskeligt at klarlægge kausalitet i forholdet og dermed kan der stilles spørgsmålstegn ved, hvorvidt resultaterne er valide og reliable. Hertil knytter sig en reel risiko

for, at der er blevet sorteret relevante studier fra, hvor et tilbagefald eller en tilbagegang har været associeret med psykoterapien, og at der derfor er frasorteret studier, der kunne have bidraget til besvarelsen af problemformuleringen.

Et andet relevant kriterium i forbindelse med diskussionen af styrker og begrænsninger omhandler tilladelse af samtidig farmakologisk behandling hos deltagerne med det krav, at behandlingen ikke opstartes samtidig med den psykoterapeutiske intervention. Dette kriterium blev fastsat for at sikre et repræsentativt billede af den undersøgte population, klienter i psykisk mistrivsel, da mange af disse modtager medicinsk behandling for deres lidelser (Fink-Jensen et al., 2017, p. 644f), såsom det eksempelvis ses med antidepressiva til behandling af depressive tilstande (Fink-Jensen et al., 2017, pp. 658-661). En begrænsning er dog i den forbindelse, at det ikke er muligt at afgøre, hvorvidt de rapporterede bivirkninger skyldes den medicinske eller psykoterapeutiske intervention.

I forbindelse med den terapeutiske intervention blev der stillet krav til, at den terapi, som rapporteringen af negative effekter baseres på, skulle være samtalebaseret individuel terapi. Med denne formulering stilles ikke krav til, at terapien skal være veludført, idet intentionen med indeværende projekt var at afdække alle former for negative effekter relateret til psykoterapeutisk behandling for at finde belæg for, om negative effekter ved brug af psykoterapeutiske samtaler er noget der findes i praksis, eller om det kun er udtryk for teoretiske overbevisninger. Fordelene i ikke at have stillet krav til kvalitetsudførelse af den terapeutiske behandling er, at alle former for negative effekter blev inkluderet, uanset om de baseres på korrekt udført terapi eller ikke. Begrænsningen er imidlertid, at det bliver et tolkningsspørgsmål at vurdere, hvad de negative effekter er reaktioner på.

Et andet af inklusionskriterierne omhandler sproget i artiklerne, hvor det af sproglige begrænsninger var nødvendigt at ekskludere litteratur, der ikke er publiceret på dansk, norsk, svensk eller engelsk. Der er blevet ekskluderet i alt ni studier på andre sprog (se figur 2), hvoraf tysk udgør den største andel med seks studier. Disse kunne muligvis have bidraget til besvarelsen af problemformuleringen, hvorfor det anses som en begrænsning, at disse er blevet ekskluderet.

5.4.3. Søgestrategi: Søgestrengen, søgeord, database

Ligesom ved de opsatte in- og eksklusionskriterier repræsenterer søgeordene, den samlede søgestreng og de anvendte databaser og metoder til søgning en række valg,

der både har fordele og samtidig medfører begrænsninger for indeværende undersøgelse. Søgeordene blev, som nævnt i metodeafsnittet (jf. 3.2.), identificeret via pilot-søgninger på området og via udfyldelse af PICOS. Søgeordene repræsenterer alle synonymer til negative effekter, såsom bivirkninger, symptomforværring med flere, hvilke som oftest associeres med medicinsk terminologi. Dette sammenholdt med det faktum, at der endnu ikke er oparbejdet et fælles fagsprog for negative effekter ved psykoterapi, medførte en endelig søgestreng med adskillige termer for negative effekter, hvoraf de fleste som oftest er repræsenteret i medicinsk orienteret litteratur og ikke i relation til psykologisk forskning. Begrænsningen herved er, at søgningen resulterede i en overrepræsentation af hits i forhold til det reelle antal relevante artikler. Fordelen med den brede søgning er derimod, at det så vidt muligt blev sikret, at alle relevante artikler blev indfanget.

I forsøget på både grundig afdækning af feltet og samtidig identifikation af relevant litteratur for besvarelsen af problemformuleringen, blev der søgt i to databaser, og foretaget håndsøgninger af de inkluderede studiers referencelister samt søgt efter grå litteratur. Den supplerende forward-backward søgning kan anses som en styrke ved dette projekt, da afdækningen af feltet blev understøttet med denne supplerende søgningsstrategi. Søgningen i grå litteratur kan ses som en afvigelse fra den systematiske fremgangsmåde, men blev udført til trods herfor, da det blev vurderet at være fordelagtigt for processen, da der arbejdes med et forholdsvis nyt forskningsfelt med en begrænset mængde litteratur. Derudover er det et forskningsfelt med risiko for publikationsbias (se afsnit 5.4.5.), hvorfor en søgning i den grå litteratur ville kunne identificere studier, der ikke er udgivet i anerkendte tidsskrifter eller ikke er registreret i relevante databaser.

Det anbefales til litteratursøgningen desuden, at der til litteraturreviews søges i minimum to til tre databaser (Perestelo-Perez, 2013, p. 53). I dette projekt blev det ud fra undersøgelsesspørgsmålet valgt at søge i to databaser. Dette blev besluttet i samarbejde mellem projektets forfattere, projektvejlederen og en bibliotekar fra Aalborg Universitetsbibliotek. Det blev fravalgt at søge i andre databaser, da testsøgningerne i forarbejdet ikke indikerede relevans herfor. Det er dog til trods herfor en mulighed, at søgning i andre databaser kunne have bidraget med relevant litteratur på området.

5.4.4. Screeningsprocessen

Til ethvert systematisk udført review knytter sig overvejelser omkring tilstrækkelighed i udvælgelsesarbejdet (Perestelo-Pérez, 2013, 53f). Til dette projekt blev alle trin i udvælgelsesprocessen foretaget af begge forfattere hver for sig, hvorefter resultaterne blev krydstjekket og sammenlignet. På den måde blev alle studier screenet og vurderet for egnethed både individuelt og i fællesskab, og ingen konklusioner er baseret på individuelle beslutninger. Dette anses som en stor styrke ved indeværende review, da der med en sådan fremgangsmåde skabes reliabilitet i undersøgelsen.

5.4.5. Publikationsbias

Som det er tilfældet med megen forskning, er der også, og måske specielt, ved indeværende undersøgelsesspørgsmål risiko for, at fænomenet er omfattet af publikationsbias. Publikationsbias henviser til, at litteratur, hvori der opnås positive og statistisk signifikante resultater er mere tilbøjeligt til at blive publiceret sammenlignet med andet litteratur (Perestelo-Pérez, 2013, p. 53). Med dette projekts undersøgelsesfelt er der risiko for, at midler til forskning og efterfølgende publikation problematiseres af økonomiske interesser, og at der derfor er udført og publiceret færre studier inden for dette forskningsfelt. Finansiell støtte til forskning i negative effekter kan tænkes at være vanskeligt at få bevilget, fordi interesserede parter i højere grad er optaget af positiv effektforskning for at kunne udvikle passende modeller og værktøjer og gøre forretning med dette. Ligeledes kan det være udfordrende at få bevilget midler, fordi det kan være svært at få publiceret forskning om negative effekter ved psykoterapi, da det ikke har samme værdi og pondus som forskning i positive effekter. Skelnes der til den medicinske evidensforskning er der dog bevidste og tydelige fokus på bivirkninger samt høje krav til forskning heri til trods for økonomiske interesser. Det psykologiske publikationsbias kan derfor tænkes at have indflydelse på fænomenet negative effekter ved psykoterapi og dermed have influeret resultaterne til dette review. Der er til indeværende review ikke modtaget finansiell støtte.

5.4.6. Forringede studieforhold

En yderligere og afsluttende begrænsning, der kan knyttes til dette projekt, skal ses i lyset af en samfundskrise i Danmark i foråret 2020. Denne krise medførte restriktioner, der forringede studieforholdene i denne periode. Disse restriktioner bestod

blandt andet af manglende adgang til dele af Aalborg Universitets ressourcer samt andre relevante kulturinstitutioner, herunder fysisk adgang til kommunale biblioteker, da disse blev lukket af myndighederne. Den største begrænsning heraf var, at det i størstedelen af projektperioden ikke var muligt at låne fysiske materialer på biblioteker, hvorfor det kun var muligt at benytte litteratur til dette projekt, som kunne tilgås via online adgang eller som var ejet af projektets forfattere. Ligeledes betød nedlukningen af offentlige institutioner, at det ikke var muligt at få vejledning via fysisk fremmøde, hvorfor vejledningen bestod af online kommunikation såsom mailkorrespondancer og telefonsamtaler.

6. Konklusion

Med den aktuelle undersøgelse er der fundet evidens for negative effekter ved psykoterapi hos voksne, hvilket formålet med indeværende review var at afdække. Ved at kortlægge den empiriske evidens ud fra den anvendte metode og de fastsatte in- og eksklusionskriterier er det anskueliggjort, at der i psykoterapeutisk behandling kan opstå et bredt spektrum af negative effekter indenfor fire overordnede temaer; behandlingsreaktioner, symptomatiske forandringer, emotionelle ændringer og ydre påvirkninger med konkrete effekter såsom midlertidige negative reaktioner, udvikling af nye symptomer, afhængighed af terapi eller terapeuten, stigmatisering samt påvirkning af privat- og arbejdsliv. Yderligere er der fundet empirisk indikation på forskellige risikofaktorer, herunder nogle relateret til behandling og tidsperspektivet heri samt til terapeuten og klienten. Udtrykket af de konkrete effekter og tilhørende risikofaktorer er dog forskelligartede og varierer på tværs af de inkluderede studiers individuelle resultater. Det empiriske grundlag er endvidere baseret på fænomenologiske resultater, hvilket bevirker, at evidens i indeværende review adskiller sig fra den klassiske forståelse af evidensbegrebet. Sammenholdes den teoretiske baggrund omkring negative effekter, risikofaktorer og psykoterapeutiske forandringsskabende faktorer med det empiriske grundlag, ses på tværs af de inkluderede studier et omfattende overlap med få undtagelser, hvor teorien fremstår mangelfuld. Med et overlap mellem teori og empiri øges den videnskabelige sikkerhed og troværdighed af indeværende reviews resultater og gør evidensgrundlaget mere holdbart. At hvert studie har forskellige individuelle resultater, og at den teoretiske baggrund alene bekræftes af en sammenlægning af de inkluderede studiers resultater, medfører dog et behov

for yderligere forskning på området. Mere forskning vil kunne bidrage til mere konsensus i forhold til udarbejdelse af en fælles terminologi og standarder for optimal undersøgelse, idet der med indeværende review er fundet forskningsmæssig uenighed i forhold til design af undersøgelser af negative effekter. Blandt andet varierer assessment, anvendte måleværktøjer og analysemetoder samt respondentgrupper på tværs af de otte inkluderede studier. Med mere forskning vil evidensgrundlaget blive udvidet og forhåbentlig producere mere sammenlignelige, valide og reliable resultater omkring forekomsten af negative effekter ved psykoterapi hos voksne, hvilket vil kunne medføre konkrete praksisanbefalinger.

Med evidensgrundlaget kan det fastsættes, at psykoterapi ikke er fuldstændig harmløst, og at negative effekter kan opstå som reaktioner på individuel, samtalebaseret, psykoterapeutisk behandling hos en voksen population. For nuværende ses behovet for mere forskning samt øget bevidstgørelse blandt praktikere af psykoterapi at være fordelagtige praksisimplikationer. En udvidet bevidstgørelse vil kunne skabe et mere realistisk grundlag for klientforventninger, fjerne pres fra terapeuten, potentielt forhindre udvikling af negative effekter gennem kendskab til risikofaktorer samt mulighed for at arbejde med de negative effekter som materiale i den terapeutiske situation, såfremt de forekommer hos klienten. Derudover vil det skabe et mere rimeligt og realistisk sammenligningsgrundlag med farmakologiske interventioner, idet vurdering af bivirkninger indgår som en betingelse for effektforskning heri.

Referenceliste

- Alberdi, F. & Rosenbaum, B. (2015). Psykoterapiens historie. In F. Alberdi, B. Rosenbaum & P. Sørensen (Eds.), *Moderne Psykoterapi: Teorier og metoder* (1. ed, pp. 15-40). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success. *Journal of Clinical Psychology*, 65 (7), 755–768. doi: 10.1002/jclp.20583
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13, S1-S4. doi:10.1097/00004850-199807006-00001
- Barlow, D. H. (2010). Negative Effects from Psychological Treatment: A Perspective. *American Psychologist*, 65 (1), 13-20. doi: 10.1037/a0015643
- Bedre Psykiatri: Landsforeningen for pårørende. (2019). *Estimat: Antallet af psykisk syge i Danmark*. Tilgået d. 31.03.2020. Fra <https://bedrepsykiatri.dk/wp-content/uploads/2019/09/2019-Arbejdspapir-Estimat-antal-psykisk-syge-i-DK-1.pdf>
- Bergin, A. E. (1966). Some Implications of Psychotherapy Research for Therapeutic Practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71 (4), 235-246
- Berk, M. & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794. doi: 10.1080/00048670903107559
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-74. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub3
- Bohni, M. K. & Bennedsen, B. E. (2017). OCD - Obsessiv-kompulsiv tilstand. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2. ed., pp. 409-426). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Bowie, C., McLeod, J. & McLeod, J. (2016). ‘It was almost like the opposite of what I needed’: A qualitative exploration of client experiences of unhelpful therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 16 (2), 79-87. doi: 10.1002/capr.12066

-
- Brinkmanns Briks. (2020). *Fyr din psykolog*. Tilgået d. 29.01.2020. Apple Podcasts
- Buckley, P., Karasu, T. B. & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 18 (3), 299-305
- Bystedt, S., Rozentel, A., Andersson, G., Boettcher, J. & Carlbring, P. (2014). Clinicians' Perspectives on Negative Effects of Psychological Treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43 (4), 319-331, doi: 10.1080/16506073.2014.939593
- Coleman, A. M. (2015). *Oxford Dictionary of Psychology* (4. ed.). Oxford, UK: Oxford University Press
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M. & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67 (2), 184–192. doi: 10.1002/jclp.20754
- 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. doi: 10.1016/j.jad.2018.05.050
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D. & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 51-62. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.003
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J. & Hipol, L. J. (2013). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27 (2), 259–264, doi: 10.1016/j.janxdis.2013.02.004
- De Smet, M. M., Meganck, R., Van Nieuwenhove, K., Truijens, F. L. & Desmet, M. (2019). No Change? A Grounded Theory Analysis of Depressed Patients' Perspectives on Non-improvement in Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-17. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00588
- Dimidjian, S. & Hollon, S. D. (2010). How Would We Know If Psychotherapy Were Harmful? *American Psychologist*, 65 (1), 21-33. doi: 10.1037/a0017299
- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. *Psychotherapy*, 48 (1), 43-49. doi: 10.1037/a0022187
- Eriksson, B. G. & Hummelvoll, J. K. (2012). Relevans og evidens: Praksisnær og brukerrettet kunnskapsdannelse innen psykisk helsearbeid. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 9 (1), 33-43
-

-
- Dansk Psykolog Forening. (2018-2021). *Regelsæt 2018-2021: Love, etiske principper, normalvedtægter*
- Farber, B. A., Feldman, S. & Wright, A. J. (2014). Client disclosure and therapist response in psychotherapy with women with a history of childhood sexual abuse. *Psychotherapy Research*, 24 (3), 316-326. doi: 10.1080/10503307.2013.817695
- Fink-Jensen, A., Videbech, P. & Simonsen, E. (2017). Psykofarmakologi. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2. ed., pp. 643-671). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Foster, M. J. & Jewell, S. T. (2017). Introduction to Systematic Reviews. In M. J. Foster & S. T. Jewell (Eds.), *Assembling the Pieces of a Systematic Review: A guide for librarians* (1. ed., pp. 1-12). London, UK: Rowan & Littlefield
- Foulkes, P. (2010). The therapist as a vital factor in side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44 (2), 189. doi: 10.3109/00048670903487274
- Freud, S. (2016). *Psykoanalyse: Samlede forelæsninger*. M. Boisen (Transl.). København, DK: Lindhardt og Ringhof Forlag
- Gabbard, G. O. (2014). *Psychodynamic Psychiatry - in Clinical Practice* (5. ed.). Washington, DC, USA: American Psychiatric Publishing
- Gullestad, S. (1986). Studentbehandling—forsvarlig psykoterapi? [Can student-conducted psychotherapy be ethically justified?]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 23 (1), 3-12
- Gullestad, S. E. & Killingmo, B. (2007). *Underteksten – Psykoanalytisk terapi i praksis*. B. Nake (Transl.). København, DK: Akademisk Forlag
- Hagen, K. B., Herbert, R., Jamvedt, G. & Mead, J. (2008). *Evidensbaseret praksis* (1. ed.). København, DK: Munksgaard
- Hawton, K., Witt, K. G., Salisbury, T. T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, 1-233. doi: 10.1002/14651858.CD012189
- Herzog, P., Lauff, S., Rief, W. & Brakemeier, E. (2019). Assessing the unwanted: A systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy. *Brain and Behavior*, 9, 1-13. doi: 10.1002/brb3.1447
-

-
- Hewett, Z. L., Pumpa, K. L., Smith, C. A., Fahey, P. P. & Cheema, B. S. (2018). Effect of a 16-week Bikram yoga program on perceived stress, self-efficacy and health-related quality of life in stressed and sedentary adults: A randomised controlled trial. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 21 (4), 352-357. doi: 10.1016/j.jsams.2017.08.006
- Hill, C. E. (2014). *Helping Skills* (4. ed.). Washington, DC, USA: American Psychological Association
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Inglis, D. & Thorpe, C. (2012). *An Invitation to Social Theory*. Malden, MA, USA: Polity Press
- Jacobsen, C. H. & Mortensen, K. V. (2013). *Psykoterapeutisk praksis – på psykodynamisk grundlag* (1. ed.). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Jensen, O. S. (2008). Evidens og relevans: Videnskabelighed i psykoterapi: 'Evidensbaseret praksis' eller saglig menneskelighed? *Psyke & Logos*, 29 (1), 152-176
- Jespersen, K. V., Koenig, J., Jennum, P. & Vuust, P. (2015). Music for insomnia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, 1-48. doi: 10.1002/14651858.CD010459.pub2
- Jonsson, U., Johanson, J., Nilsson, E. & Lindblad, F. (2016). Adverse effects of psychological therapy: An exploratory study of practitioners' experiences from child and adolescent psychiatry. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 21 (3), 432-446. doi: 10.1177/1359104515614072
- Juul, S., Bech, B. H., Dahm, C. C. & Rytter, D. (2017). *Epidemiologi og Evidens* (3. ed.). København, DK: Munksgaard
- Jørgensen, C. R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2017). Psykoterapi. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2. ed., pp. 673-706). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Kessing, L. V. & Miskowiak, K. (2017). Affektive lidelser. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2. ed., pp. 347-381). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Khan, A. M. (1995). Therapist-initiated terminations of psychotherapy: The impact on clients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55 (8), 3591
-

-
- Klatte, R., Strauss, B., Flückiger, C. & Rosendahl, J. (2018). Adverse effects of psychotherapy: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Systematic Reviews*, 7 (135), 1-7. doi: 10.1186/s13643-018-0802-x
- Lacewing, M. (2014). Psychodynamic Psychotherapy, Insight, and Therapeutic Action. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21 (2), 154-171. doi: 10.1111/cpsp.12065
- Ladwig, I., Rief, W. & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) [What Are the Risks and Side Effects of Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP)]. *Verhaltenstherapie*, 24, 252-264. doi: 10.1159/000367928
- Leitner, A., Märten, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (2013). Patients' Perceptions of Risky Developments During Psychotherapy. *The Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 95-105. doi: 10.1007/s10879-012-9215-7
- Leshner, A. F., Kelly, C. M., Schutz, K. E. & Foy, D. W. (2012). Retraumatization. In C. R. Figley (Ed.), *Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide* (pp. 569-573). Thousand Oaks, California, USA: SAGE Publications, Inc.
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *British Medical Journal*, 339, 1-27. doi: 10.1136/bmj.b2700
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2 (1), 53-70. doi: 10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x
- Linden, M. (2013). How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 286-296. doi: 10.1002/cpp.1765
- Linden, M. & Schermuly-Haupt, M. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, 13 (3), 306-309. doi: 10.1002/wps.2015
- Maroti, D. (2018). Psykoterapi som mirakelkur. *Psykoterapi*, 4, 34-37
-

-
- Martinsen, K. (2013). Evidens - begrænsende eller oplysende? In K. Martinsen & K. Eriksson (Eds.), *At se og at indse* (1. ed., pp. 91-174). København, DK: Munksgaard
- Meister, R., Lanio, J., Fangmeier, T., Härter, M., Schramm, E., Zobel, I., Hautzinger, M., Nestoriuc, Y. & Kriston, L. (2020). Adverse events during a disorder-specific psychotherapy compared to a nonspecific psychotherapy in patients with chronic depression. *Journal of Clinical Psychology*, 76, 7-19. doi: 10.1002/jclp.22869
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., Gallinat, J. & Nestoriuc, Y. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61-66. doi: 10.1016/j.jocrd.2015.02.002
- Moritz, S., Nestouriuc, Y., Rief, W., Klein, J. P., Jelinek, L. & Peth, J. (2019). It can't hurt, right? Adverse effects of psychotherapy in patients with depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269, 577-586. doi: 10.1007/s00406-018-0931-1
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18 (143), 1-7. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x
- Møhl, B. & Simonsen, E. (2017). Med mennesket i centrum. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2. ed., pp. 29-61). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- National Institute of Mental Health. (2019). *Mental Illness*. Tilgået d. 29.03.2020. Fra <https://www-nimh-nih-gov.zorac.aub.aau.dk/health/statistics/mental-illness.shtml>
- Nieuwsma, J. A., Trivedi, R. B., McDuffie, J., Kronish, I., Benjamin, D. & Williams, J. W. (2012). Brief Psychotherapy for Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 43 (2), 129-151. doi: 10.2190/PM.43.2.c
- Nutt, D. J. & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22 (1), 3-6. doi: 10.1177/0269881107086283
-

-
- Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49-57. doi: 10.1016/S1697-2600(13)70007-3
- Piggot, T. D. (2012). *Advances in Meta-Analysis: Statistics for Social and Behavioral Science*. New York, NY, USA: Springer
- Pinel, J. P. J. (2011). *Biopsychology* (8. ed.). Boston, MA, USA: Allyn & Bacon
- Poulsen, S. (2006). *Psykotterapi - en introduktion* (1. ed.). København, DK: Frydenlund
- Poulsen, S., Lau, M. & Simonsen, S. (2015). Forskning i psykotterapi. In F. Alberdi, B. Rosenbaum & P. Sørensen (Eds.), *Moderne Psykotterapi: Teori og metoder* (1. ed., pp. 543-581). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Rosenberg, N. K., Mørch, M. M. & Arendt, M. (2012). Kognitiv adfærdsterapi - teori og metoder. In M. Arendt & N. K. Rosenberg (Eds.), *Kognitiv terapi: Nyeste udvikling* (1. ed, pp. 23-52). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Rosenberg, R. (2017). Molekylærgenetik, patofysiologi og neurobiologi. In E. Simonsen & B. Møhl (Eds.), *Grundbog i psykiatri* (2. ed., pp. 93-113). København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Rosenthal, R. & Rosnow, R. L. (2008). *Essentials of Behavioral Research: Methods and Data Analysis* (3. ed.). New York, NY, USA: McGraw-Hill
- Salmond, S. W. (2011). Steps in the Systematic Review Process. In C. Holly, S. W. Salmond & M. K. Seimberg (Eds.), *Comprehensive Systematic Review for Advanced Nursing Practice* (1. ed., pp. 13-31). New York, USA: Springer Publishing Company
- Schermuly-Haupt, M., Linden, M. & Rush, A. J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42 (3), 219-229. doi: 10.1007/s10608-018-9904-y
- Schramm, E., Kriston, L., Zobel, I., Bailer, J., Wambach, K., Backenstrass, M., Klein, J. P., Schoepf, D., Schnell, K., Gumz, A., Bausch, P., Fangmeier, T., Meister, R., Berger, M., Hautzinger, M. & Härter, M. (2017). Effect of Disorder-Specific vs Nonspecific Psychotherapy for Chronic Depression: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74 (3), 233-242. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3880
- Sundhedsdatastyrelsen. (2019). *Udvalgte nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet 2009-2018*. Tilgået d. 31.03.2020. Fra <http://bedrepsykiatri.dk/wp->
-

content/uploads/2019/12/2019-Udvalgte-noegletal-for-sygehusvaesenet-og-praksisomraadet-2009_2018-PDF.pdf Sundhedsloven § 16, LBK nr 903 af 26.08.2019

- Thielst, P. (1980). *Retninger indenfor psykoanalysen - Freuds efterfølgere*. København, DK: Hans Reitzels Forlag
- Thuesen, M. (2012). Terapeutisk forandring gennem terapeutens egne emotionelle processer. *Psyke & Logos*, 33, 66-86
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., Lewin, S., Godfrey, C. M., Macdonald, M. T., Langlois, E. V., Soares-Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö. & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169 (7), 467-473. doi: 10.7326/M18-0850
- Værgemålsloven § 1, LBK nr 1015 af 20.08.2007
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14 (3), 270-277. doi: 10.1002/wps.20238
- WHO ICD-10: World Health Organization. (2018). *WHO ICD-10. Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - klassifikation og diagnostiske kriterier*. København, DK: Munksgaard.
- World Health Organization. (2018a). *Mental health: strengthening our response*. Tilgået d. 29.04.2020. Fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. (2018b). *Mental disorders*. Tilgået d. 22.05.2020. Fra <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Zachariae, B. (2007). Evidensbaseret psykologisk praksis. *Psykolog Nyt*, 12, 16-25