

Faglige standarder for forsikringsdækkede psykologydelser

Opsummering

- Der er i dag bred forskningsmæssig konsensus om, at psykoterapi virker.
- Formålet med faglige standarder for forsikringsdækkede psykologydelser er at sikre, at klienten modtager en psykologfaglig ydelse af høj kvalitet.
- Psykologydelser udført for forsikringssselskaber bør kun ydes af en psykolog, der som minimum er autoriseret.
- Valg af psykologfaglige metoder bør i et samarbejde mellem klient og psykolog alene besluttes ud fra klientens problematik, behov og præferencer.
- Klienten bør have mulighed for at vælge, hvilken psykolog, der skal stå for samtaleforløbet.
- Psykologiske ydelser opdeles overordnet set i psykologbehandling og andre psykologiske ydelser.
- Det er vigtigt, at psykologen får mulighed for at udrede klienten, og at behandlingens længde kan afhænge af denne psykologfaglige udredning – inden for de aftalte rammer.
- I korterevarende psykologisk behandling og i psykologisk krisebehandling bør psykologen have råderet over 12 sessioner, som i visse tilfælde kan forlænges med yderligere 12 sessioner.
- I længerevarende psykologisk behandling bør psykologen have råderet over 25 sessioner, som i visse tilfælde kan forlænges med yderligere 25 sessioner.
- Råderetten for andre psykologiske ydelser er på fem sessioner; disse fem indgår i råderetten på 12 sessioner ifm. psykologbehandling og psykologisk krisebehandling.
- Psykoterapiforskningen viser, at gennemsnitligt 12,7 sessioner forbedrer mellem 58% og 67% af klienterne med klinisk signifikans.
- Hovedparten af de effektundersøgelser, som har givet tidsbegrænset psykoterapi sin stærke evidens, baserer sig på forløb med en varighed på under 20 sessioner (i gennemsnit 14 sessioner).
- Den største forbedring ses typisk i starten af et behandlingsforløb, hvorefter klientens udvikling almindeligvis fortsætter i udviklingsmæssige spring og tilbagegange, indtil et "godt nok niveau" nås, og forløbet afsluttes.
- Undersøgelser viser, at langt de fleste klienter trækker sig tilbage fra yderligere behandling, når de har opnået en væsentlig bedring. Dette mønster genfindes i statistikken over psykologordningen, hvor der i snit anvendes otte ud af de 12 samtaler, som er til rådighed.
- Klienter med komplekse psykiske lidelser (multiple psykiske lidelser/kroniske problemstillinger/personlighedsforstyrrelse) har typisk behov for længere behandlingsforløb, end hvad der kan rummes inden for korttidsterapiens ramme på op til 25 sessioner.
- En del "almindelige" klienter med angst eller depression kan have bagvedliggende komorbiditet i form af fx personlighedsforstyrrelse, som måske først dukker op ifm. grundig psykologisk udredning eller i løbet af behandlingsforløbet.
- Det er vigtigt for psykolog og klient nogenlunde at kende behandlingens længde, da dette ellers kan umuliggøre en hensigtsmæssig planlægning af forløbet.
- Forskning viser, at de fleste klienter, som tilbydes psykoterapi gennem deres arbejds- eller studiemæssige tilhørsforhold, bliver tilbudt for korte behandlingsforløb (under fem sessioner), og at det derfor kun er 20% af disse klienter, som profiterer tilstrækkeligt af behandlingen.
- Jo mere belastet en klient er ved psykoterapiens opstart, jo længere terapeutisk forløb vil det typisk kræve at bringe klienten tilbage til sit normale funktionsområde. Såfremt man begrænser behandlingens længde til eksempelvis fem eller 10 sessioner, vil man favorisere de mest velfungerende klienter på bekostning af dårligere klienter.

Indhold

Dette notat beskriver en række forhold, som er relevante for faglige standarder for psykologiske ydelser udført for forsikringsselskaber. Først beskrives formålet med at have faglige standarder for psykologiske ydelser samt nogle generelle forhold omkring psykologydelser udført for forsikringsselskaber. Dernæst følger en opstilling af, hvilke psykologiske ydelser, der er tale om, inkl. en sondring mellem psykologbehandling og andre psykologiske ydelser. Efterfølgende angives standarderne for de relevante psykologydelser med hovedvægt på de anbefalede behandlingstider for hver af ydelserne. Endelig gennemgås den relevante forskningslitteratur på området, som har ligget til grund for de faglige standarder.

Indledning

Der har gennem en længere årrække været forskningsmæssig konsensus omkring, at den generelle effekt af psykoterapi er betragtelig, og at der er større effekt af psykoterapi end af placebo-behandling (Lambert, 2013). I 1980 viste en metaanalyse af 475 effektundersøgelser, at psykoterapi var klart mere effektivt end ingen behandling, og at gennemsnitsklienten i psykoterapi klarede sig bedre end 80% af de klienter, der ikke modtog behandling (Smith og kolleger, 1980). I 1991 viste en anden undersøgelse, at 15 sessioners psykoterapi har den samme gunstige virkning på den gennemsnitlige klient som to års spontan remission¹ (McNeilly og Howard, 1991). Psykoterapi har ikke bare vist sig at have god effekt i kontrollerede studier, men også i naturalistiske undersøgelser af almindelig klinisk praksis (Stiles og kolleger, 2006; 2008), dog forudsat at psykoterapien har den fornødne længde (Hansen og kolleger, 2002).

Formål med faglige standarder

De faglige standarder sætter rammerne for indholdet af de psykologydelser, som Dansk Psykolog Fornings privatpraktiserende psykologer udfører for forsikringsselskaber

Formålet med at formulere faglige standarder for forsikringsdækkede psykologydelser er:

- At klienten modtager en psykologfaglig ydelse af høj kvalitet
- At der mellem forsikringsselskab og psykolog er en fælles forståelse af indhold og forventeligt omfang af de enkelte psykologydelser
- At klienten klart kan se forskellen i indhold og forventet omfang og forløb af forskellige typer af psykologydelser.
- At klienten tildeles den relevante ydelse ift. sit behov og policens dækning.

Generelt om psykologiske ydelser udført for forsikringsselskaber

Psykologydelser udført for forsikringsselskaber bør kun ydes af en psykolog, der som minimum er autoriseret. Herudover gælder det etiske princip, at psykologen må have de rette kompetencer/viden for at udføre opgaven med tilstrækkelig faglig tyngde.

Den initiale fase af et psykologisk samtaleforløb omfatter altid elementer af klinisk afklaring og vurdering af klientens problematik og behov for behandling. Denne psykologfaglige vurdering vil ofte ske sideløbende med, at selve interventionen/behandlingen påbegyndes. I løbet af de første samtaler vil psykologen derfor kunne give tilbagemelding til forsikringsselskabet/netværket om, hvorvidt den visiterede ydelse svarer til klientens behov, og om klienten forventes at ville profitere af den givne ydelse. Det er psykologens ansvar, at psykologydelser er relevante ift. klientens behov og policens dækning, som psykologen derfor skal kende.

¹ Begrebet spontan remission dækker over det fænomen, at klienten bedres over tid uden behandling.

Gennem hele samtaleforløbet har psykologen – i samarbejde med klienten – ansvar for og frihed til at vælge, hvilke psykologfaglige metoder, der skal anvendes. Forsikrings-selskabet/netværket kan således ikke diktere metodevalget, som i stedet altid bør besluttes ud fra klientens problematik, behov og præferencer.

Det er desuden psykologens ansvar – i dialog med klienten – at afslutte samtaleforløbet, når det er relevant; naturligvis senest inden for den aftalte tidsramme. Det er tilsvarende psykologens ansvar at søge om ændring eller udvidelse af rammen, når der er faglig begrundelse for det, og polisen muliggør det.

Det anbefales, at klienten får mulighed for at vælge, hvilken psykolog, der skal forestå samtaleforløbet, da dette alt andet lige vil give en bedre kvalitet i rådgivningen/behandlingen og sandsynligvis medføre et mere effektivt forløb med færre konsultationer. Hvis klient og psykolog allerede kender hinanden, kan der således bygges oven på en allerede etableret arbejdsalliance, ligesom psykologens kendskab til klientens livssammenhæng kan lette processen. Såfremt klienten ikke har personligt kendskab til en bestemt psykolog, men har fået vedkommende anbefalet – eller blot vælger ud fra præference omkring køn/alder/metodeudgangspunkt – kan det tilsvarende være en fordel at imødekomme dette. En væsentlig del af en succesfuld psykologbehandling/-rådgivning skyldes således en effektiv arbejdsalliance, som styrkes, når klienten får lov til at vælge væsentlige forhold ved forløbet (Kwan og kolleger, 2010; Wampold, 2007).

Psykologiske ydelser

Ved psykologiske ydelser skelnes almindeligvis mellem tre kategorier (DP og KL, 2011):

- psykologisk rådgivning/konsultation/coaching
- psykologisk undersøgelse (evt. mhp. efterfølgende psykologisk behandling)
- psykologisk behandling.

Ved psykologisk rådgivning/konsultation/coaching forstås samtaler, hvor psykologen på baggrund af sin faglige viden og indsigt hjælper klienten med at klarlægge sit problem og konsekvenserne af mulige tiltag. Målet er, at personen selv bliver i stand til at beslutte sig for den rette løsning og handle derefter. Klientens relation til psykologen adskiller sig derfor i væsentlig grad fra den forpligtende kontakt, som forudsættes etableret ved en egentlig psykologisk behandling (DP og KL, 2011).

Ved en psykologisk undersøgelse forstås en udredning uden en egentlig behandling. En sådan undersøgelse kan foretages, når der er tvivl om en persons generelle eller specifikke funktionsniveau. Undersøgelsen kan fx afdække en persons forældreevne, begavelsesniveau, konsekvenser af en hjerneskade eller personlighed i forhold til behov for behandling eller terapi. En psykologisk undersøgelse skal begrundes, og det skal præciseres, hvad undersøgelsen skal bruges til. Der skal vælges metoder, som matcher afdækning af problemstillingen. Udredningen består typisk af kliniske samtaler samt administration af et psykologisk testbatteri. I den psykologiske undersøgelse skal testningen underbygge det kliniske indtryk og kan derfor ikke stå alene (DP og KL, 2011).

Ved psykologisk behandling forstås et klinisk samtaleforløb af kortere eller længere varighed, hvor der er enighed mellem psykolog og klient om samtalerens formål. En klient kan således ikke meningsfuldt psykologisk behandles mod sin vilje, hvilket indebærer, at en klient ikke normalt bør henvises til psykolog med et problem, som klienten ikke selv mener at have. Psykologen anvender forskellige terapeutiske metoder afstemt efter den konkrete problemstilling. Den centrale forudsætning for at iværksætte enhver psykologisk behandling er imidlertid den kontakt, der kan etableres til klienten, og den motivation, som haves eller skabes hos klienten for et samarbejde om bedring og ændring af egen situation (DP og KL, 2011).

Faglige standarder for psykologbehandling og andre psykologiske ydelser

Som det fremgår af den grafiske fremstilling i Bilag 1, screener forsikringssselskabet sine kunder inden viderehenvisning til de psykologer, som forsikringssselskabet samarbejder med. Forsikringssselskabet har pba. screeningen mulighed for at sende kunden direkte til en række psykologydelser, inkl. rådgivning/konsultation/coaching, akut krisehjælp, psykologisk udredning mhp. behandling eller psykologisk udredning. Når kunden har behov for psykologisk behandling eller psykologisk krisebehandling, sendes vedkommende først til psykologisk screening/udredning, hvorefter behandlingen udføres i umiddelbar forlængelse af – og indimellem endda sideløbende med –udredningen. Et væsentligt formål med den akutte krisehjælp er netop at screene for evt. behov for mere intensiv psykologisk krisebehandling, hvilket kan være med til at forebygge posttraumatisk lidelse (Dyregrov, 2002). Tilsvarende med en psykologisk udredning før/samtidig med behandlingen, som har vist sig at øge sandsynligheden for et optimalt og holdbart resultat (Hansen og kolleger, 2002) – bl.a. på baggrund af planlægning ud fra den relevante behandlingens længde (korttidsterapi/længerevarende terapi) (Leichsenring og Rabung, 2011).

Rammer for psykologbehandling:

Psykologisk ydelse:	Råderet:	Typiske format:
• Psykologisk krisebehandling:	12 – 24 sessioner	individuel
• Psykologisk behandling/korttidsterapi:	12 – 24 sessioner	individuel
• Udvidet psykologbehandling/langtidsterapi:	25 – 50 sessioner	individuel

Rammer for andre psykologiske ydelser:

Psykologisk ydelse:	Råderet:	Typiske format:
• Rådgivning/konsultation/coaching:	5 sessioner	individuel
• Akut krisehjælp, inkl. screening:	5 sessioner	individuel/gruppe
• Psykologisk udredning mhp. behandling:	5 sessioner	individuel
• Psykologisk udredning	5 sessioner	individuel

Råderet vil i denne sammenhæng sige, at psykologen råder over det angivne antal sessioner, og at det derfor bliver en psykologfaglig vurdering – naturligvis i samråd med klienten – om alle eller blot en del af sessionerne skal tages i brug. Samme princip fungerer i øvrigt hensigtsmæssigt under den regionale psykologordning, hvor lægens henvisning giver klienten mulighed for op til 12 sessioner (ved angst og depression kan der henvises til en samlet behandlingens længde på 24 sessioner), men hvor gennemsnittet ligger på 8,1 sessioner² (Fjeldsted og Christensen, 2011, side 8). Angivelsen af 12 – 24 sessioner for psykologisk krisebehandling og psykologisk behandling indebærer, at psykologen først får råderet over 12 sessioner og efterfølgende kan ansøge om råderet på yderligere 12 sessioner, såfremt dette er fagligt hensigtsmæssigt og i tråd med klientens ønsker og motivation. Endelig bør det bemærkes, at de forudgående fem sessioner ifm. screening/udredning indgår i råderetten over de 12 behandlingssessioner, således at forsikringssselskabet enten kan sende klienten til akut psykologisk krisehjælp (råderet: 5 sessioner) eller til en fuld psykologisk krisebehandling (råderet: 12 sessioner), som indebærer akut psykologisk krisehjælp, screening og evt. fortsættelse med psykologisk krisebehandling, såfremt screeningen viser, at dette er fagligt hensigtsmæssigt. Tilsvarende kan en klient sendes til psykologisk behandling (råderet: 12 samtaler), som indebærer psykologisk udredning + psykologisk behandling i op til 12 sessioner. Såfremt udredningen viser, at der er behov for en længerevarende

² For henvisningskategorierne 1-9 (dækker, at klienten har været udsat for traumatisk hændelse, evt. som pårørende) er gennemsnittet af samtaler pr. forløb endda tættere på seks (Fjeldsted og Christensen, 2011, side 8).

psykologisk behandling³ (råderet: 25 sessioner; i visse tilfælde mulighed for op til 50 samtaler), kan psykologen ansøge forsikringsselskabet om at måtte foretage en sådan.

Kortere psykologbehandling – hvad siger forskningen?

Ovenstående rammer for psykologiske ydelser udført for forsikringsselskaber baserer sig på litteraturen inden for psykoterapiforskningen, som den bl.a. opsummeres i Bergin og Garfields opdaterede referenceværk om psykoterapi (Lambert, 2013) samt i adskillige forskningsartikler (se litteraturlisten bagerst).

Data fra dosis-effekt-forskningen⁴ har vist, at en stor del af klienterne uden for behandlingspsykiatrien profiterer af kortere psykologbehandling (Kopta og kolleger, 1994). Korttidspsykoterapi med en gennemsnitslængde på 12,7 sessioner har således i rigoristiske metaundersøgelser vist sig at kunne skabe "klinisk signifikans"⁵ for mellem 58% og 67% af klienterne (Hansen og kolleger, 2002). Andre undersøgelser har fundet, at 13 – 18 psykoterapeutiske sessioner er nok til opnå en forbedring i 50% af klienterne (Barkham og kolleger, 1996; Anderson og Lambert, 2001), mens yderligere 25% af klienterne først opnår denne forandring efter ca. 50 sessioner (Lambert, 2013). Til sammenligning er hovedparten af de studier, som gennem tiden har undersøgt de empirisk understøttede psykoterapeutiske tilgange (særligt i USA), udført på baggrund af korttidsterapi med en varighed på under 20 sessioner; i gennemsnit baserer disse studier sig på 14 psykoterapeutiske sessioner (Lambert, 2013).

I en ældre metaanalyse af 2431 klienters psykoterapeutiske forløb fandt Ken Howard og kolleger, at 14% af de undersøgte klienter havde opnået målbar bedring inden deres første psykoterapisession; 30% havde opnået målbar bedring efter to ugentlige samtaler; 41% efter fire samtaler; 53% efter otte samtaler; 75% efter 26 samtaler, mens 83% havde opnået målbar bedring efter 52 ugentlige sessioner (Howard og kolleger, 1986). På denne baggrund anbefalede forskergruppen 26 samtaler som retningsgivende, da 75% af klienterne profiterede af denne behandlingslængde.

En senere undersøgelse fandt, at det krævede 21 psykoterapeutiske samtaler at opnå en klinisk signifikant forandring hos 50% af klienterne, mens det krævede 35 samtaler at rykke 70% af de samme klienter (Lambert og kolleger, 2001).

Ken Howards forskergruppe fandt desuden, at effekten af hver individuel session tilsyneladende var faldende hen ad vejen, således at den største bedring sås i starten af det psykoterapeutiske forløb (Howard og kolleger, 1986). Dette er senest genfundet i en population bestående af 6.375 klienter i ambulat behandling, som i snit oplevede en hurtigere bedring i starten af deres psykoterapeutiske forløb sammenlignet med senere i forløbet. Det gennemsnitlige psykoterapeutiske forløb var desuden præget af pludselige udviklingsmæssige "kvantespring" og tilbagegange ind imellem perioder med mere jævn fremgang (Stulz og kolleger, 2013).

Disse fund er sideløbende blevet suppleret med forskning, som viser, at klienten bliver ved med at bedres hen over en række sessioner, indtil der nås et "godt nok niveau", og klient og terapeut derfor afrunder

³ En længerevarende psykologisk behandling vil ofte være nødvendig, når klientens problematik viser sig at være kompleks, dvs. indeholdende multiple psykiske lidelser, kroniske problemstillinger og/eller personlighedsforstyrrelse, som ifølge psykoterapiforskningen ofte kræver et længere behandlingsforløb (Leichstenring og Rabung, 2011).

⁴ Dosis-effekt-forskningen beskæftiger sig med, hvilke doser (dvs. antallet af psykoterapeutiske samtaler), som giver hvilke effekter (dvs. udfaldet af psykoterapien).

⁵ "Klinisk signifikans" indebærer, at klienten bevæger sig hen over grænsen mellem en funktionel og en dysfunktionel population som målt på – og at denne udvikling er både klinisk og statistisk signifikant (Hansen og kolleger, 2002).

forløbet. I praksis betyder dette, at nogle klienter vil opnå en tilstrækkelig bedring tidligt i forløbet, og at de derfor får et kortere psykoterapeutisk forløb, mens andre klienter først bedres gradvist hen over en længere række sessioner, førend de når et "godt nok" niveau (Barkham og kolleger, 1996; 2006; Baldwin og kolleger, 2009). Forskningen understøttes af andre studier, som viser, at langt de fleste klienter af sig selv trækker sig tilbage fra yderligere psykoterapeutisk behandling, når de har opnået en væsentlig bedring (Lambert, 2013). Samme tendens ses i øvrigt ifm. den danske psykologordning, hvor lægens henvisning giver klienten mulighed for op til 12 samtaler, men hvor gennemsnittet ligger på 8,1 samtaler (Fjeldsted og Christensen, 2011, side 8).

Længerevarende psykologbehandling – hvad siger forskningen?

Det antages, at de klienter, som ikke blev hjulpet i de refererede undersøgelser, var belastede af komplekse psykiske lidelser i form af multiple psykiske problemer, kroniske psykiske lidelser og/eller personlighedsforstyrrelse; problemstillinger, som har vist sig at kræve længere behandlingsforløb end de 13 – 18 sessioner, som ellers hjælper en del klienter (Lambert, 2013; Leichsenring og Rabung, 2011). Flere eksperter definerer langtidsterapi som et terapeutisk forløb med en varighed på mere end 50 sessioner eller en behandlingstid på over et år (Crits-Christoph og Barber, 2000). Andre eksperter definerer imidlertid langtidsterapi som forløb med en varighed over 25 sessioner (Lambert, 2013).

I en undersøgelse af Kopta og kolleger (1994) fandt man således, at ca. 40% af klienterne med komorbiditet i form af personlighedsforstyrrelse bedredes efter 25 sessioner, men at de resterende 60% havde brug for længere tids behandling. I en anden undersøgelse fandt man, at halvdelen af klienterne med personlighedsforstyrrelse kunne erklæres fri for deres personlighedsforstyrrelse efter 1,3 års psykoterapeutisk behandling eller 92 sessioner, mens det tog 2,2 års behandling (216 sessioner) at få tre ud af fire klienter i en sådan bedring, at de ikke længere levede op til diagnosen personlighedsforstyrrelser (Perry og kolleger, 1999).

Personlighedsforstyrrelser er udbredte i både kliniske grupper og i baggrundsbefolkningen (inklusive på arbejdsmarkedet), og de viser en høj grad af komorbiditet med udbredte psykiske lidelser såsom depression og angst (Leichsenring og Rabung, 2011). Hvis en depressiv klient lider af en personlighedsforstyrrelse, har dette vist sig at have en negativ prognostisk virkning på depressionen, hvorfor eksperter anbefaler psykoterapeuten primært at fokusere på personlighedsforstyrrelsen frem for depressionen og at have mulighed for et længerevarende psykoterapeutisk forløb (Gunderson og kolleger, 2004). På samme måde forlænges behandlingstiden, når klienten belastes af mere end én psykisk lidelse, og/eller når lidelserne er helt eller delvist kronificerede (Leichsenring og Rabung, 2011). Det betyder, at en person med en nyligt opstået affektiv lidelse, som sendes til privatpraktiserende psykolog af sin læge eller sit forsikringsselskab, kan have en bagvedliggende og uopdaget kronisk problematik, fx personlighedsforstyrrelse, og/eller multiple psykiske problemer, som måske først dukker op ifm. en grundig psykologisk udredning eller undervejs i behandlingsforløbet. Denne person vil sandsynligvis ikke profitere tilstrækkeligt af korttidspsykoterapi, men vil have behov for længerevarende psykologbehandling i størrelsesordenen 25 – 50 sessioner (Knekt og kolleger, 2008).

Langtidspsykoterapi har i en nyere metanalyse vist sig at være mere effektiv end korterevarende psykoterapi ifm. kompleks psykisk sygdom (personlighedsforstyrrelse, kroniske psykiske lidelser, multiple psykiske problemstillinger). Langtidspsykoterapien blev i metaanalysen defineret som psykoterapi af min. et års varighed eller min. 50 sessioner (Leichsenring og Rabung, 2011). Flere eksperter anbefaler desuden

at øge behandlingstiden for lidelser, hvor behandlingensraten ikke er tilfredsstillende i dag, fx ifm. socialfobi (Zaider og Heimberg, 2003).

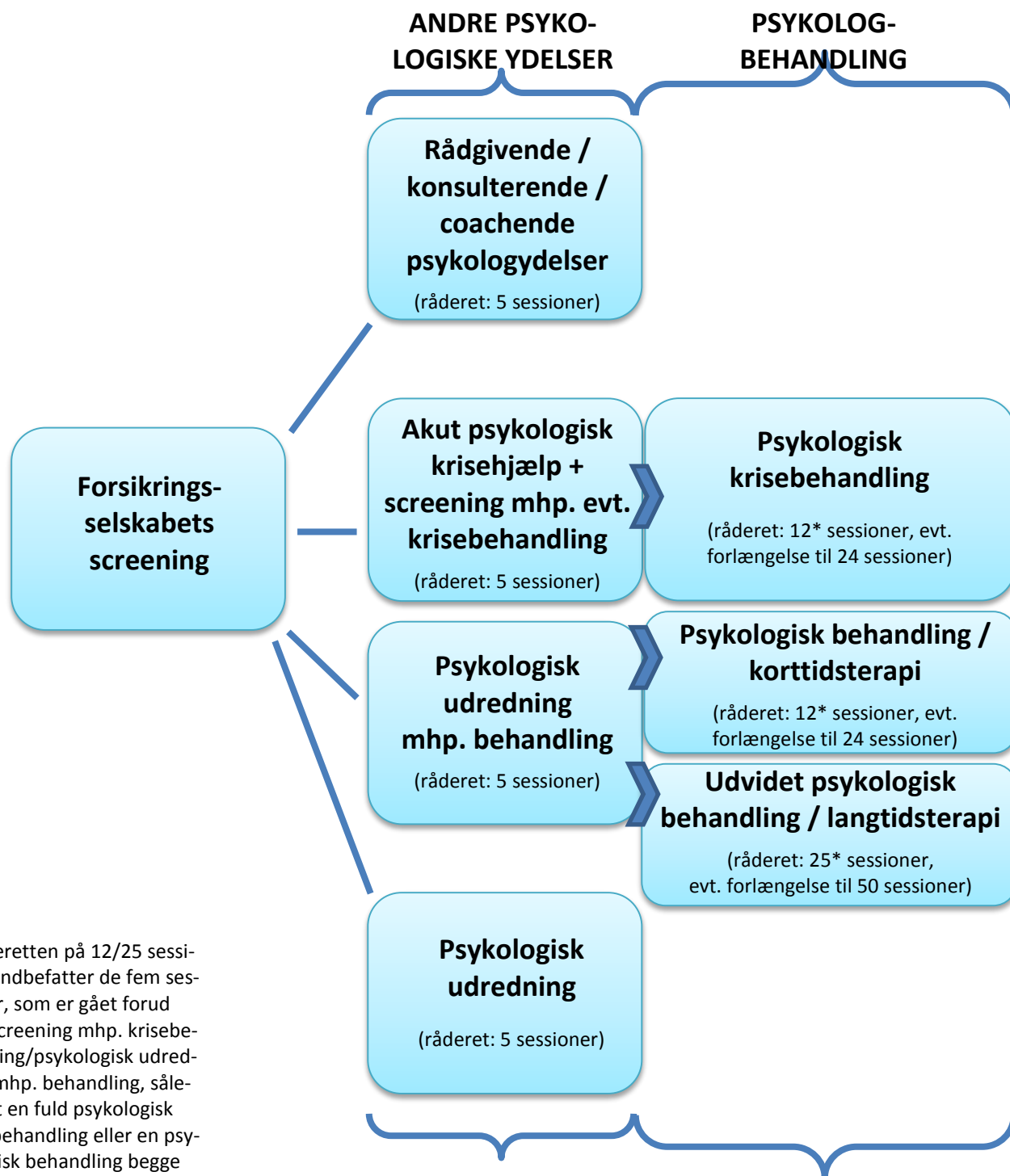
Endelig viser forskningen, at det både for terapeut og for klient – og både ifm. korttids- og langtidsterapi – er vigtigt nogenlunde at kende behandlingenslængden, da dette ellers kan umuliggøre en hensigtsmæssig planlægning af forløbet (Knekt og kolleger, 2008). Situationen kan sammenlignes med løbere, som disponerer deres løb forskelligt, afhængigt af, om de skal løbe 100 eller 10.000 meter: "The runners will adapt their speed to the short or long distance they are going to face. This is true for patients in psychotherapy as well. Psychotherapy is not a drug that works equally under different conditions, but a psychosocial process" (Leichsenring og Rabung, 2011).

Selvom der i dag eksisterer en generel forskningsmæssig konsensus omkring behandlingenslængden for hhv. kort- og langtidpsykoterapi, er det desværre langt fra altid tilfældet, at klienter i den virkelige verden tilbydes tilstrækkeligt lange psykoterapeutiske forløb. Hansen og kolleger undersøgte i 2002 mere end 6.000 klienter, som havde gennemgået psykologbehandling; størsteparten gennem en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring (3.269 klienter) eller en universitetsrelateret rådgivningsinstans (1.188). Pga. ressourcemæssig limitering fik den gennemsnitlige klient i denne undersøgelse tilbudt under fem psykologsamtaler, hvilket afspejlede sig i, at kun ca. 20% af populationen opnåede klinisk forbedring af deres tilstand. "These results suggest that patients, on average, do not get adequate exposure to psychotherapy, nor do they recover from illness at rates observed in clinical trial research" (Hansen og kolleger, 2002, s. 329).

Konklusion

Siden 1980'erne er der foretaget en række videnskabelige dosis-effekt-undersøgelser af, hvor lang psykoterapeutisk behandling er nødvendig for at skabe klinisk signifikante forbedringer for hovedparten af klienterne (Lambert, 2013). De metodologisk set stærkeste af disse undersøgelser har vist, at det i gennemsnit kræver 12,7 sessioner at flytte mellem 58% og 67% af klienterne klinisk signifikant (Hansen og kolleger, 2002). Der er desuden overvejende enighed om, psykoterapiens længde bør afhænge af, om der er tale om en mere eller mindre kompleks psykisk tilstand, og at denne afgørelse bør afhænge af en grundig psykologisk udredning (Leichsenring og Rabung, 2011, 2013). Mange undersøgelser viser således, at jo mere belastet en klient er ved psykoterapiens opstart, jo længere terapeutisk forløb vil det kræve at bringe klienten tilbage til sit normale funktionsområde. Såfremt man begrænser behandlingenslængden til eksempelvis fem eller 10 sessioner, vil man favorisere de mest velfungerende klienter på bekostning af dårligere klienter (Lambert, 2013). Den nyere psykoterapiforskning taler altså imod et fastlagt antal sessioner til alle klienter, som i givet fald vil medføre en suboptimal effekt for klienter med mere komplekse problemstillinger: "(...) investigations into how much therapy is enough suggests that fixed durations of treatment may not be the best way of allocating valuable resources" (Lambert, 2013, side 108). I stedet anbefales det, at psykologen får mulighed for at foretage en psykologfaglig vurdering af kompleksiteten af klientens problemstillinger, og at forløbets længde tilrettelægges ud fra denne – men stadig inden for rammen af 12 – 24 sessioner for korttidsterapi eller 25 – 50 sessioner for langtidsterapi. En løsning, som tager højde for forskningen på området, vil altså involvere en professionel udredning af, hvor velfungerende/dårlig klienten er, inden en kortere eller længere psykologisk behandling igangsættes (se Bilag 1 for en grafisk fremstilling af dette).

Bilag 1: forløbsmodel for psykologbehandling og andre psykologiske ydelser



*Råderetten på 12/25 sessioner indbefatter de fem sessioner, som er gået forud ifm. screening mhp. krisebehandling/psykologisk udredning mhp. behandling, således at en fuld psykologisk krisebehandling eller en psykologisk behandling begge rummer både screening/udredning + behandling inden for de 12 eller 25 sessioner.

Arbeitsgruppe:

De faglige standarder er udarbejdet af en arbejdsgruppe i Dansk Psykolog Forening.

- Formand for arbejdsgruppen: Dansk Psykolog Forenings næstformand Rie Rasmussen
- Medlem af arbejdsgruppen: Privatpraktiserende psykolog Kirsten Bjerregaard Kristiansen
- Medlem af arbejdsgruppen: Privatpraktiserende psykolog Iben Busk
- Sekretær for arbejdsgruppen: Paul Georges De Visme

Litteratur

- Anderson, E.M., & Lambert, M.J. (2001). A survival analysis of clinically significant change in outpatient psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 57, 875-888.
- Baldwin, S.A., Berkeljon, A., Atkins, D.C. og kolleger (2009). Rates of change in naturalistic psychotherapy: Contrasting dose-effect and good-enough level models of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, 203-211.
- Barkham, M., Rees, A., Stiles, W.B. og kolleger. (1996). Dose-effect relations in time-limited psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 927-935.
- Barkham, M., Connell, J., Stiles, W.B. og kolleger. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74, 160-167.
- Crits-Christoph P., & Barber J.P. (2000). Long-term psychotherapy. In *Handbook of Psychological Change: Psychotherapy Processes and Practices for the 21st Century* (eds R.E. Ingram, & C.R. Snyder): 455–73, New Jersey:Wiley.
- Dansk Psykolog Forening og Kommunernes Landsforening. (2011). Det socialt-psykologiske samarbejde. Rapport. Dansk Psykolog Forening og Kommunernes Landsforening.
- Dyregrov, A. (2002). *Psykologisk Debriefing*. København:Psykologisk Forlag.
- Fjeldsted, R., & Christensen, K.S. (2011). Evaluering af ordning med psykologbehandling af personer med let til moderat depression. Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet.
- Gunderson, J.G., Morey, L.C., Stout, R.L. og kolleger. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry* 65, 1049-1056.
- Hansen, N.B., Lambert, M.J., & Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology-Science and Practice* 9(3), 329-343.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist* 41(2), 159-164.
- Knekt, P., Lindfors, O., Härkänen, T. og kolleger (2008). Randomized trial on the effectiveness of long and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine* 38, 689–703.
- Kopta, S.M., Howard, K.I., Lowry, J.L., & Beutler, L.E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62, 1009-1016.
- Kwan, B.M., Dimidjian, S., & Rizvi, S.L. (2010). Treatment preference, engagement, and clinical improvement in pharmacotherapy ver-sus psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy* 48, 799-804.
- Lambert, M.J. (ed.; 2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Sixth Edition. New Jersey:Wiley.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., & Finch, A. E. (2001). Patient-focused research: Using patient outcome data to enhance treatment effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69, 159–172.

- Leichsenring, F., & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 199, 15-22.
- McNeilly, C.L., & Howard, K.I. (1991). The effects of psychotherapy: A reevaluation based on dosage. *Psychotherapy Research* 5, 63-75.
- Perry, J. Banon, E., & Floriana, I. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry* 156, 1312-1321.
- Smith, M.L., Glass, G.V., & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred and psychodynamic therapies as practised in UK National Health Service settings. *Psychological Medicine*, 36, 555-566.
- Stiles, W.B., Barkham, M., Mellor-Clark, J., & Connell, J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies in UK primary-care routine practice: replication in a larger sample. *Psychological Medicine*, 38, 677-688.
- Stulz, N., Lutz, W., Kopta, S.M og kolleger (2013). Dose–Effect Relationship in Routine Outpatient Psychotherapy: Does Treatment Duration Matter? *Journal of Counseling Psychology* 60(4), 593–600.
- Wampold, B.E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62(8), 857-873.
- Zaider, T., & Heimberg, R.G. (2003). Non-pharmacologic treatments for social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplement* 417, 72-84.