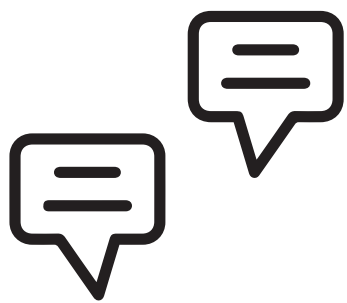


Piller



og

samtaleterapi



rammer

→ forbi

patienters



behov

Op mod hver femte psykiatriske patient hopper fra behandlingen før tid, viser nyt internationalt forskningsstudie. Problemet er velkendt i Danmark og handler ifølge forskere om, at sundhedsvæsenets behandlingstilbud ofte passer dårligt til patienternes behov.

Hver gang fem patienter tager hul på samtaleterapi eller antidepressiv medicin, dropper én fra undervejs, inden behandlingen officielt er afsluttet.

De markante tal stammer fra en ny amerikansk forskningsundersøgelse, der har kigget nærmere på i alt 186 studier af patienter, som har modtaget psykoterapi og antidepressiv medicin og enten er faldet fra eller har takket nej til behandlingen.

Studiet – en metaanalyse – viser, at næsten 10 procent af de flere end 18.000 patienter, der deltog i forsøgene på grund af angstlidelser, depression, bipolar lidelse, OCD, spiseforstyrrelser, skizofreni eller PTSD, slet ikke mødte op til behandlingen.

Ifølge flere danske forskere med speciale i området peger undersøgelsen på en underbelyst, men vigtig problemstilling, som også rammer et ømt punkt i det danske sundhedsvæsen: at de offentlige psykiatriske behandlingstilbud ofte ikke passer til patienternes behov.

– Studiet siger noget om, at folk ofte har en fornemmelse af, hvad de gerne vil have, og at den behandling, de får stillet i udsigt af det offentlige sundhedssystem, ikke altid passer til dem. Især hvis tilbuddet er medicin, vil mange sige nej tak og finde andre muligheder, siger Morten Fenger, psykolog og ph.d. med speciale i effektmåling af psykoterapi, der selv har forsket i udeblivelse og frafald fra behandlingen blandt danske psykiatriske patienter.

Han undersøgte fænomenet på dansk grund ved at analysere udeblivelses- og frafaldsdata fra 2.473 patienter, som blev henvist til behandling i Region Hovedstadens Psykiatri og kom frem til, at godt hver fjerde patient – 27 procent – aldrig dukkede op til den tilbudte behandling, mens cirka 12 procent stoppede undervejs.

Hans Henrik Jensen, lektor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet med speciale i medicinsk psykologi og sundhedspsykologi, har også forsket i

fracfald og udeblivelse blandt danske patienter i psykiatrien.

Han påpeger, at der kan være mange grunde til, at patienter dropper ud af et behandlingstilbud, men er grundlæggende enig med Morten Fenger.

– Nogle får det måske bedre, men de undersøgelser, vi har lavet på Bispebjerg Hospitals psykoteraeutiske ambulatorium, viser, at de, der dropper ud før aftalt tid af gruppeterapi, typisk er de, der ikke har fået det bedre. Det stemmer fint overens med forskningslitteraturen på området, siger Hans Henrik Jensen.

Lavpraktik spiller ind

Groft sagt kæmper psykoteraeutiske behandlingstilbud altså med samme problemer som medicinske behandlingstilbud, selvom patienterne i det amerikanske forskningsstudie oftere takkede nej til medicin eller faldt fra medicinsk behandling undervejs, vurderer han.

– Nogle patienter dropper også ud af det terapeutiske forløb, fordi de får det værre af psykologisk behandling – måske fordi den forkerte terapi er sat i gang. Men typisk er forklaringen nok, at frafald og udeblivelse findes blandt de patienter, der har fået mindst ud af behandlingen, siger Hans Henrik Jensen.

Morten Fenger peger også på mere lavpraktiske forklaringer.

– Frafaldene og udeblivelserne kan skyldes forkerte behandlingstilbud til patienten, for lang ventetid til behandlingen, en dårlig oplevelse ved visitationssamtalen, praktisk besvær med at deltage og så videre, siger han.

En anden – og ifølge Morten Fenger – udbredt forklaring på frafald blandt behandlere i sygehusvæsenet er manglende motivation. Men den er misvisende, mener han.

– Det handler ikke om motivation. Hvis der fx er tale om en enlig mor, orker hun måske ikke psykoterapi, men har i sin livssituation måske

”I dag registrerer man overhovedet ikke bivirkninger, fordi man antager, at ord ikke kan skade, og at psykoterapi ikke kan skade folk. Men selvfølgelig kan de det”

mere brug for hjælp til at få vasket tøj eller hjælp med at få børnene i skole for at få sin hverdag til at hænge sammen, siger han.

Janus C. Jacobsen, der er seniorforsker på forskningscentret Copenhagen Trial Unit på Rigshospitalet, gør sig lignende tanker, da *Magasinet P* præsenterer ham for den amerikanske meta-analyse og de danske undersøgelser på området.

- Behandlingsviften til fx depressionspatienter i Danmark er ikke særligt bred, og selvom den burde indeholde mere psykoterapi, end den gør i dag, burde man også overveje at flytte penge fra den medicinske behandling, som vi i dag bruger astronomiske beløb på, og i stedet bruge dem til medmenneskelig støtte, siger han.

- Ikke nødvendigvis psykoterapi, som ikke alle patienter føler, de har brug for, men en støttende samtale præget af medfølelse, god tid og omsorg. Man kunne endda også forestille sig at give en slags økonomisk støtte til patienterne til fx at få passet børn eller få klaret hverdagen, siger han.

Den slags indsatser kalder seniorforskeren fra Rigshospitalet ”menneskeliggørelse af den psykiatriske behandling”.

- Jeg tror ikke, den slags støtte nødvendigvis kan bringe patienter ud af deres lidelse, men deprimerede patienter har brug for meget støtte, da de er dybt ulykkelige og i høj risiko for at forsvare selvmord, siger Janus C. Jacobsen.

Morten Fenger ser også andre steder, hvor de milliarder af kroner, sundhedsvæsenet årligt bruger på patientbehandling, kunne bruges.

- Hvis nu arbejdsmarkedet var mindre konkurrencepræget og mere inkluderende, eller hvis man satte stort ind på at forebygge mistriivsel i opvæksten og skolen, ville det slå positivt ud i

befolkningens mentale robusthed senere hen og sænke behovet for behandling, siger han.

I sidste ende er det dog alt sammen spekulation og gisninger.

- For reelt ved vi ikke ret meget om, hvorfor patienterne ikke tager imod behandlingen, og det er et grundlæggende problem, siger Morten Fenger.

Bivirkninger bør registreres

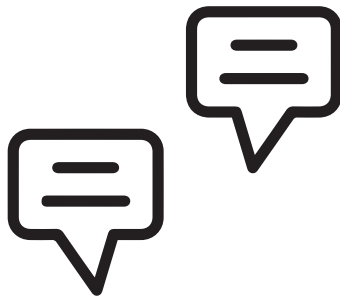
Selvom en hurtig søgning i databasen psycINFO viser, at der til dato er produceret flere end en million forskningsartikler om effekten af psykoterapi, sker det sjældent, at forskere bruger tid på at undersøge, hvorfor nogle af patienterne takker nej eller hopper fra behandlingen.

Bivirkninger ved psykoterapi hører formentlig med til forklaringen, vurderer Morten Fenger, men foreløbigt har ganske få forskere kastet lys på den problemstilling, forklarer han - formentlig på grund af en berøringsangst blandt fagfolk.

- Blandt psykoterapeutiske behandlere har der ikke været tradition for at registrere bivirkninger, negative effekter og negative begivenheder, og det er en udfordring, siger han.

De få studier, der findes, tyder dog på, at der er noget at komme efter.

I 2014 udgav Michael Linden, professor og leder af Research Group Psychosomatic Rehabilitation ved Charité University Medicine i Berlin, en artikel, der gennemgår eksisterende forskningsstudier i bivirkninger og uønskede effekter af psykoterapi, hvori han fremhæver en undersøgelse blandt 1.504 patienter, som svarer på, om de har oplevet belastninger (*burdens*, red.) udløst af psykoterapi.



Cirka 20 procent af de adspurgte patienter svarede ja efter behandling med kognitiv adfærdsterapi og systemisk psykoterapi, cirka 65 procent svarede ja efter behandling med humanistisk psykoterapi og hele 94 procent svarede ja ved psykodynamisk psykoterapi.

De hyppigst rapporterede belastninger var følelsen af at blive overvældet i terapien, at patienterne var bange for terapeuten, og at patienterne var bange for stigmatisering på grund af behandlingen.

Den slags undersøgelser bør ifølge Morten Fenger anspore flere forskere til at interessere sig for bivirkninger og uønskede effekter af psykoterapi.

- I dag registrerer man overhovedet ikke bivirkninger, fordi man antager, at ord ikke kan skade, og at psykoterapi ikke kan skade folk. Men selvfølgelig kan de det, siger han.

Morten Fenger peger selv på en række forskellige mulige bivirkninger.

- Hvis en psykolog eller psykiater fx stiller en forkert diagnose, kan det være skadeligt i sig selv. Men som terapeut kan du også åbne op og sætte nogle forkerte erkendelsesprocesser i gang hos klienten, som betyder, at han måske siger sit job op eller bliver skilt fra sin kone.

Han ser også en risiko for, at terapeuten laver "selvopfyldende profetier".

- Hvis en terapeut indledningsvist oplyser klienten eller patienten om mulige skadelige bivirkninger af terapien, fx en skilsmisse, siger han.

Ifølge Morten Fenger handler berøringsangsten formentlig om, at "pillen" - den virksomme ingrediens i behandling - er terapeuten selv.

- Og man har jo ikke særlig meget lyst til at undersøge sig selv og udstille sine fejl, siger han.

Men på den lange bane mener han ikke, der er nogen vej uden om at skabe større gennemsigtighed og blive bedre til at "varedeklarerer" psykoterapien, hvis psykoterapien skal udvikles og værne om sit sundhedsfaglige renommé.

- Vi er nødt til at registrere virkningsløs behandling, uønskede effekter og negative bivirkninger og informere om det. Ellers får vi kun den halve sandhed, og så får vi aldrig indsamlet viden om det, der kan skade og - endnu vigtigere - hvordan vi kan undgå at gøre skade og samtidig gøre behandlingen bedre. I en tid, hvor psykoterapi er blevet en industri, og hvor rigtig mange danskere benytter sig af behandlingen, det er særdeles vigtigt, siger han. ●