
Psykotering – effektivitet och biverkningar

SUOMA E. SAARNI OCH JAN-HENRY STENBERG

Psykotering är en effektiv behandlingsform för de flesta psykiska störningar, men evidensgraden för olika psykoteringformer varierar vid olika störningar. Behandling av depression och ångestsyndrom har gett övertygande forskningsevidens för korta behandlingar, särskilt innefattande 10–20 sessioner, för varierande patientgrupper och många olika psykoteringmetoder. Dessutom är nätterapier och strukturerade korta evidensbaserade terapier effektiva vid behandling av lindriga och medelsvåra störningar. I Finland har tyngdpunkten för psykotering legat på mycket långa, rentav flera år långa terapier, trots att studier har visat att kortare behandlingar är mer kostnadseffektiva. Som stöd för det kliniska arbetet och utvecklingen av vårdssystemet bör systematisk uppföljning av behandlingssvaret och insamling av feedback tas i rutinemässig användning vid alla psykoteringsterapeutiska behandlingar. Detta hjälper till att identifiera de patienter som inte drar nytta av behandlingen eller som får andra biverkningar och tillåter en översyn av behandlingsplanen vid behov. På befolkningsnivå skulle fördelarna med psykoteringsterapeutiska behandlingar kunna utökas mest effektivt genom att förbättra tillgången till behandlingar som har visats vara effektfulla samt genom att rikta in behandlingen optimalt och öka medvetenheten om vikten av feedback i terapierna.

Inledning

Nästan var fjärde människa drabbas en psykisk störning under sin livstid. Till de vanligaste störningarna hör depression och ångestsyndrom (1–3). Drygt hälften av patienterna blir helt utan behandling, och även bland dem som söker behandling är det bara en del som får evidensbaserad behandling (4–6). Psykiska störningar kan effektivt behandlas med läkemedel eller psykotering alternativt en kombination av båda. På kort sikt är läkemedelsbehandling och psykotering ungefär lika effektiva, medan psykotering vid längre uppföljning minskar till exempel risken för återfall av depression mer effektivt än läkemedel (7, 8). Dessutom är det känt att de flesta patienter hellre väljer psykoteringsterapeutisk behandling än medicinering (9). Största delen av affektiva störningar och ångestsyndrom svarar bra på behandling i de tidiga stadierna av symtomen, medan de ofta blir svårare att behandla när de drar ut på tiden och risken för samsjuklighet ökar. Samtidigt vet man att tillgången till psykotering inte på långt när räcker till för att tillgodose efterfrågan. Till exempel har bara ungefär var sjätte finländare som sjukpensioneras av psykiska skäl fått rehabiliterande psykotering (10). I Finland och runtom i världen finns en starkt växande efterfrågan

SKRIBENTERNA

Suoma E. Saarni, professor, överläkare, utbildningspsykoteringsterapeut.

HUS Psykiatri, linjen för digitala och psykosociala behandlingar, Tammerfors universitet, fakulteten för medicin och hälsoteknik och Päijänne-Tavastlands välfärdsområde, familje- och socialtjänster, psykiatri

Jan-Henry Stenberg, linjedirektör, utbildningspsykoteringsterapeut, HUS Psykiatri, linjen för digitala och psykosociala behandlingar

på psykotering och psykiatriska tjänster, utan att det psykiatriska servicesystemets resurser har utökats (11, 12).

Cirka 90 procent av de psykoteringsterapeutiska behandlingarna och efterfrågan inom det psykiatriska servicesystemet i västländerna och Finland är inriktade på depression och ångestsyndrom (13, 14), vilket förklarar det faktum att en stor del av forskningslitteraturen också fokuserar på behandling av dessa tillstånd.

Samtidiga psykiska störningar är vanliga hos många som lider av långvariga somatiska problem, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, lungsjukdomar och andra svåra kroniska

Tabell 1. Psykoterapier som nämns i rekommendationen för God medicinsk praxis vid depression och deras evidensgrad.

Evidensgrad	Terapiform
A	Kognitiv beteendeterapi KBT (≤ 20 besök) KBT nätterapi Mindfulnessbaserad kognitiv terapi (MBCT) CBASP (KBT för kronisk depression) Interpersonell (IPT) Beteendeaktivering (BA) Psykodynamisk (≤ 20 besök) Problemlösningsterapi
B	Kognitiv beteendeterapi KBT (40–160 besök) Psykodynamisk (40–240 besök) Familje- och parterapi
C	Lösnings- och resurscentrerad terapi Acceptans- och engagemangsterapi

sjukdomar, och de inverkar negativt på den ursprungliga somatiska sjukdomen, bland annat genom att minska motivationen för behandling. Till exempel har hjärt- och kärleksjukdomspatienter med samtidig depression tre gånger så hög dödlighet som motsvarande patienter utan depression (15). Adekvat behandling av de psykiatriska störningarna förbättrar också behandlingssvaret för de somatiska sjukdomarna (16).

Effektiviteten av psykoterapi

Effektiviteten av psykoterapi vid olika störningar och med olika implementeringsmetoder

Många etablerade psykoterapimetoder har visat sig vara effektiva vid behandling av de vanligaste psykiatriska störningarna (17–21). Det finns mest forskningsevidens för kognitiva beteendeterapier, men skillnaden mot andra undersökta psykoterapiformer vid behandling av depression är inte signifikant. I en stor färsk metaanalys av fler än 52 000 patienter jämfördes kognitiv beteendeterapi (KBT) med andra psykoterapier och läkemedelsbehandling vid behandling av depression. De huvudsakliga fynden i studien var att psykoterapi var en effektiv behandlingsmetod och att KBT inte var signifikant effektivare än de andra psykoterapierna som var med i studien. Resultaten av behandlingen är goda i flera åldersgrupper, för patienter både i öppen och i slutenvård och för olika sätt att ordna behandlingen, såsom intervention individuellt, i grupp, för familjen och för par (19). Vid behandling av depression har NNT-talet (number needed

to treat) för KBT jämfört med andra behandlingsformer tidigare rapporterats till 4,7, men i en färsk metaanalys så lågt som 2,09 (22, 23). Siffran är anmärkningsvärt låg och indikerar en mycket god behandlingseffekt. Som jämförelse har NNT-talet för de vanligaste antidepressiva läkemedlen, det vill säga selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), befunnits vara 6–7 (24). Likaså rapporterar en ny stor metaanalys mycket låga NNT-siffror för psykoterapi vid andra störningar: specifika fobier 1,47, tvångssyndrom 2,24, paniksyndrom 2,28, social fobi 3,40 och emotionellt instabil personlighetsstörning 12,5 (23).

I flera jämförande och naturalistiska studier och metaanalyser har terapeutstödta kognitiva beteendebehandlingar via internet eller mobilapp (nätterapi), och till och med assisterad egenvård utförda av patienten, visat sig vara lika effektiva som traditionella psykoterapier ansikte mot ansikte vid behandling av exempelvis depression, ångest, tvångssyndrom och sömnlöshet (25–28). På senare tid har det också kommit forskningsdata om exempelvis internetstödda terapiprogram baserade på en psykodynamisk inriktning (29).

Eftersom nätterapi och guide självbehandlingar är mycket resurseffektiva, det vill säga de kräver mycket lite arbetstid av terapeuten, och eftersom goda behandlingsresultat har uppnåtts med dem, kan de väsentligt förbättra tillgången till behandling och minska kostnaderna (18, 25, 30 samt Saarni, Samuli i detta nummer).

Flera studier utvärderar resultaten av behandlingen i form av symtomminskning med hjälp av etablerade symtomskalor. Effekterna av psykoterapier på funktionsförmågan har

också studerats (31–33). När rehabiliterande psykoterapi i Finland har undersökts har man funnit att psykoterapier som pågår ett till två år har ett samband med lägre antal sjukpenningstidperioder, men något sådant samband kunde inte observeras vid psykoterapier längre än två år (10).

Även om forskning har visat att många psykoterapimetoder är effektfulla vid behandling av depression och ångest (se tabell 1 och exempelvis 18, 34, 35), finns det avsevärda skillnader i bevisad effektivitet vid andra störningar. Detta är fallet till exempel med tvångssyndrom, där det finns övertygande evidens endast för effekten av exponeringsbaserade kognitiva beteendeterapier, som för närvarande är den enda rekommenderade psykoterapeutiska behandlingen (20, 36, 37).

I Finland har psykoterapeuter traditionellt utbildats i en mängd olika inriktningar. Nedan listas inriktningarna för psykoterapeututbildningar vid finska universitet:

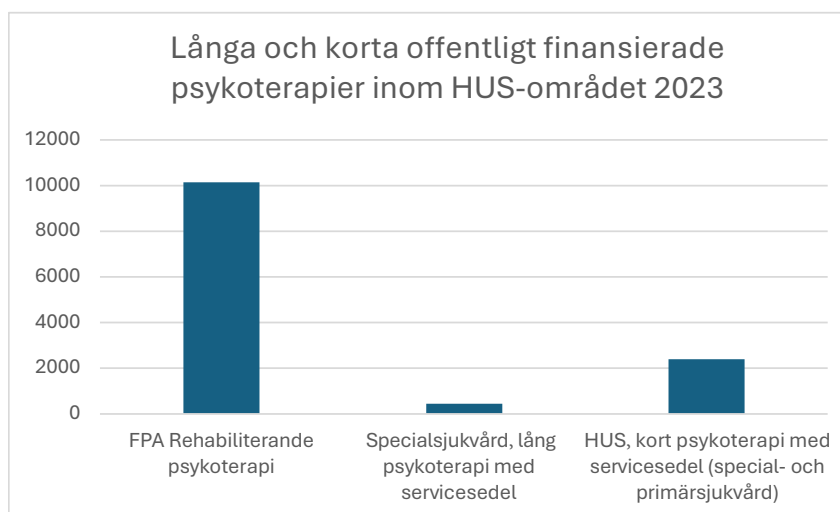
- Gestaltpsykoterapi
- Integrativ psykoterapi
- Kognitiv och beteendemässig psykoterapi
- Kognitiv-analytisk psykoterapi
- Par- och familjepsykoterapi
- Psykodynamisk psykoterapi
- Psykoanalytisk psykoterapi
- Gruppsykoterapi (inriktning bör specificeras)
- Lösningfokuserad psykoterapi
- Traumapsykoterapi

Inom dessa inriktningar ordnas utbildningsprogram med mycket olika betoning, såsom

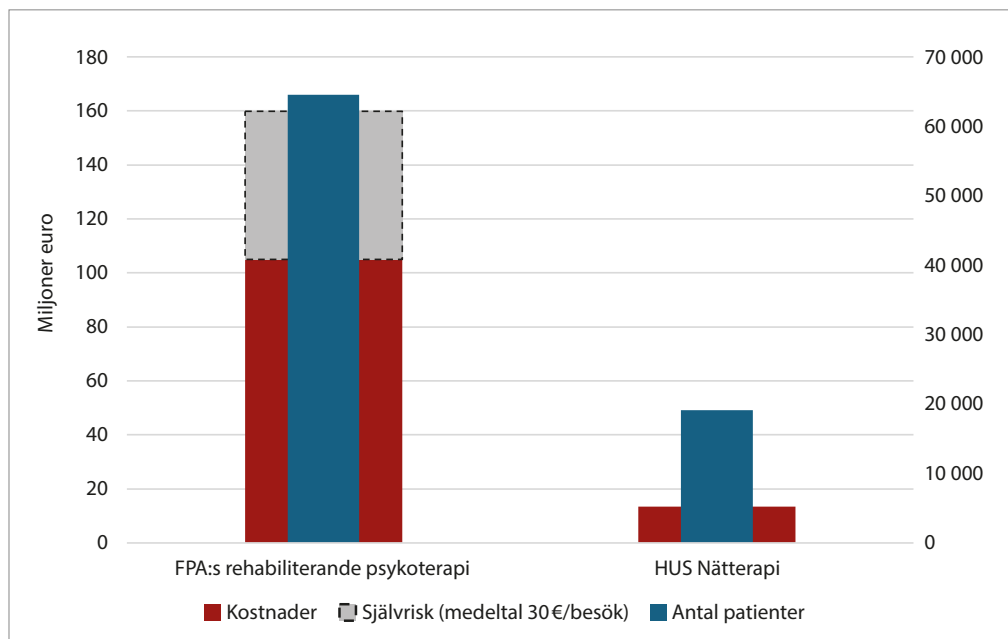
den pastoralpsykologiska psykoterapeututbildningen med psykoanalytisk inriktning som länge har funnits vid Östra Finlands universitet och utbildningsprogrammet för kognitiv psykoterapi inklusive hypnoterapi vid Helsingfors universitet. Terapeuter som utöver de ovan nämnda inriktningarna kan verka som producenter av FPA:s rehabiliterande psykoterapier eller ungdomspsykoterapier är dels psykoterapeuter som utexaminerats före 2011 och som genomgått utbildning med en referensram som inte nämns ovan, dels musikerapeuter som inte behöver ha rätt att använda yrkesbeteckningen psykoterapeut (38). Det är bra att notera att det finns skillnader mellan finländska och internationella behandlingsrekommendationer, FPA:s krav på tjänsteleverantörer och psykoterapeututbildning som erbjuds av universiteten. Finsk praxis styrs ännu inte särskilt starkt av evidens. Det är uppenbart att det finns utvecklingsbehov inom vården, utbildningen av hälso- och sjukvårdspersonal och psykoterapiforskningen i Finland för att psykiatriska patienter ska ha tryggad tillgång till evidensbaserad psykoterapeutisk behandling.

Spelar behandlingens längd eller besöksfrekvensen någon roll?

Största delen av den internationella effektivitetsforskningen har gjorts på terapier omfattande 5–50 besök, med klar tonvikt på behandlingar omfattande 10–20 besök. Det finländska behandlingssystemet har av historiska skäl



Figur 1. Antalet långa (≥ 40 besök) och korta (≤ 20 besök) offentligt finansierade psykoterapier i HUS-området 2023. Obs! Siffrorna omfattar inte patienter från Helsingfors stad. Källor: FPA:s faktabas (<https://tietotarjotin.fi/sv/statistikdata/2051231/statistikdatabasen-kelasto>), statistik från HUS.



Figur 2. Antalet personer som genomgick FPA-stödd rehabiliterande psykoterapi och HUS nätterapi samt motsvarande kostnader i hela landet 2023. Offentliga sektorns kostnader i rött. Den grå stapeln visar en uppskattning av andelen självriskavgifter för rehabiliterande psykoterapi (en konservativ uppskattning om 30 euros självrisk per besök har använts). Källor: FPA:s faktabortal(<https://tietotarjotin.fi/sv/statistikdata/2051231/statistikdatabasen-kelasto>), statistik från HUS.

byggt upp en internationellt sett exceptionell produktions- och finansieringsmodell, där psykoterapier som i internationell jämförelse är ultralånga, upp till flera år och 200 besök, är det vanligaste sättet att ordna psykoterapi. I de flesta andra västländer är behandlingar på färre än 20 besök den mest typiska formen av psykoterapi. FPA stödjer rehabiliterande psykoterapi, som syftar till att återställa arbetsförmågan, under högst tre år och totalt 200 besök. Antalet personer som får rehabiliterande psykoterapi har mer än fyrdubblats de senaste tio åren och tiodubblats de senaste 30 åren (39). Tyngdpunkten ligger på långa behandlingar. Av de som fått rehabiliterande psykoterapi, fick 24 procent av kvinnorna och 30 procent av männen ettårig rehabiliterande psykoterapi, 27 procent av båda könen fick tvåårig terapi, medan 49 procent av kvinnorna och 43 procent av männen fick terapi under tre år eller längre. I genomsnitt ersätts cirka 30 besök per år (39).

Psykoterapi erbjuds också som köptjänster av välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen genom servicesedel. Exempelvis inom HUS-området fick 10 135 patienter år 2023 långvarig psykoterapi hos en privat tjänsteproducent med stöd av FPA och 458 med servicesedel från HUS. Samma år fick endast 2 403 patienter kort (≤ 20 besök) psykoterapi med

servicesedel. I hela landet fick omkring 64 000 patienter rehabiliterande psykoterapi med stöd av FPA, vilket är tre gånger så många som de som genomgått HUS nätterapi (figurerna 1–2).

I en färsk metaanalys som omfattar fler än 15 000 depressionspatienter och totalt 176 studier konstaterar Ciharova et al. (40) att intensivare behandling är förknippad med bättre behandlingsresultat. Effekten av behandlingens längden har undersökts i flera studier. I dessa studier bildar sambandet mellan behandlingens längd och effekter en omvänd U-kurva, där mycket korta och mycket långa behandlingar är förknippade med sämre behandlingsresultat och kostnadseffektivitet (18, 31, 40). I genomsnitt tycks medellånga behandlingar på 10–40 besök vara den optimala behandlingens längden för medelsvåra och svåra symtom, och korta behandlingar på färre än 20, oftast 6–7 besök, för lindriga och medelsvåra symtom (16, 28, 37). Bland studier genomförda i Finland har Helsingfors psykoterapistudie förtjänstfullt jämfört tre olika former av psykoterapi i en lång uppföljningsstudie. I en randomisering i slutet av 1990-talet remitterades totalt 326 patienter som led av depression och ångest till antingen lösningsorienterad psykoterapi med 12 besök, kort psykodynamisk psykoterapi med 20 besök eller intensiv psykodynamisk psykoterapi

(2–3 ggr/vecka) i högst tre år. I alla tre grupperna förbättrades patienternas symtom och funktionsförmåga. De kliniska behandlingsresultaten visade statistiskt signifikanta men kliniskt små skillnader mellan grupperna vid ett- och treårsuppföljningspunkterna. Däremot var skillnaderna i kostnad avsevärda, vilket innebar att de sammanlagda direkta och indirekta kostnaderna för långa behandlingar var många gånger högre än för kortare behandlingar och att den uppnådda behandlingsnyttan inte kunde anses vara kostnadseffektiv ens vid uppföljning i fem år (41). I nyare registerstudier har lång rehabiliterande psykoterapi visat sig ha samband med lägre antal sjukskrivningar (13, 31, 32). Vid metaanalys har nätterapier visat sig vara lika effektiva för att stödja arbetsförmågan som psykoterapier ansikte mot ansikte (42). Selinheimo et al. (31) fann i en prediktionsmodell i en stor registerstudie att ettårig psykoterapi minskade antalet sjukpenningdagar med 30, medan antalet vid treårig terapi var 18 dagar. I snitt ersätts en klient för cirka 30 psykoterapibesök (11). Utöver den ersättning på 57,60 euro som FPA betalar måste klienten betala en självriskandel som vanligtvis ligger mellan 0 och 100 euro per besök. I sina slutsatser efterlyser forskarna forskningsdata om kostnadseffektiviteten av rehabiliterande psykoterapi (13, 31, 32).

Enligt flera studier uppnås den största nyttan av psykoterapi i den inledande fasen av behandlingen, och gott behandlingssvar i början förutsäger gott behandlingssvar på behandlingen som helhet (40, 43). Liksom vid läkemedelsbehandling skulle detta tidiga svar, eller avsaknaden av svar, kunna användas i kliniskt arbete för att skraddarsy behandlingen genom att revidera behandlingsplanen och eventuellt överväga att byta psykoterapimetod eller psykoterapeut, om patienten inte verkar ha nytta av behandlingen. Här bör dock noteras att det hos till exempel patienter som lider av personlighetsstörningar kan ta lång tid att skapa en psykoterapeutisk samarbets- och förtroenderelation. Då kan ett bra behandlingssvar utgöras av behandlingsfölsamhet och exempelvis minskat självskadebeteende, även om ångest- och depressionssymtomen fortsätter att vara starka (44). När behandlingen fortsätter bör också symtomen lätta.

Psykoterapins effektivitet och läkemedelsbehandling

Att kombinera läkemedelsbehandling med psykoterapi verkar inte ge ytterligare fördelar,

åtminstone inte vid behandling av depression eller tvångssyndrom hos unga (19, 20), och för exempelvis posttraumatiskt stressyndrom och flera ångestsyndrom är evidensen motsäggelsefull (37). Om önskat behandlingssvar inte uppnås med läkemedelsbehandling rekommenderas dock att lägga psykoterapi eller neuromodulationsbehandling till behandlingen, eller att ändra behandlingsmodaliteten helt och hållet (17, 20, 21).

Biverkningar av psykoterapi

Även om psykoterapi allmänt taget är en rätt säker behandlingsmetod har den också betydande biverkningar, i likhet med alla effektiva behandlingar. Baserat på nyare metaanalyser rapporteras biverkningar av 3–15 procent av patienter som får psykoterapi i randomiserade studier (45, 46), och upp till 5,2 procent av de patienter som deltog i en enkätundersökning uppgav långtidsbiverkningar av terapin (47). Bland de mest typiska biverkningarna kan nämnas att nya symtom uppkommer, att befintliga symtom förvärras, att behandlingen är ineffektiv och att det förekommer svårigheter i relationen mellan terapeuten och patienten. Försämring av symtomen observeras vanligtvis hos 2–5 procent av patienterna i traditionella psykoterapier och nätterapier (14, 48–50). Andelen patienter utan behandlingseffekt är betydligt högre, upp till 30–70 procent, företrädesvis vid sent inledda eller mycket långa psykoterapier (18, 31, 40, 51).

Flera studier framhåller att det behövs mer forskning om systematisk uppföljning och utvärdering av biverkningar (45, 46). Dessutom är det nödvändigt att utveckla verktyg och metoder för att på ett tillförlitligt sätt kunna mäta biverkningar och följa upp dem patient för patient. Utgående från dessa studier är det tydligt att mer uppmärksamhet bör fästas vid psykoterapins biverkningar och att det behövs enhetliga internationella standarder för att utvärdera dem.

Patientens förväntningar har en betydande inverkan på behandlingens effektivitet både vid nätterapier och vid behandling ansikte mot ansikte (52). Patienter som upplever att de har fått tillräcklig information om terapin på förhand rapporterar färre biverkningar och har större nytta av behandlingen (47, 52). Den remitterande läkaren eller den som hänvisar patienten till terapi bör därför ge patienten tillräcklig information och ingjuta hopp genom att realistiskt beskriva den förväntade nyttan.

Uppföljning av behandlingssvar och biverkningar

Rutinmässig och återkommande uppföljning av behandlingssvaret har på ett övertygande sätt visat sig förbättra resultaten av psykotera-
peutisk behandling och minska behandlings-
avbrotten (53–55). Rutinmässig uppföljning
bör ske på ett sätt som belastar patienten och
personalen så lite som möjligt, men ändå så
att tillräckligt mycket information kan sam-
las in. För detta har det utvecklats såväl bra,
validerade enkäter som informationssystem.
Till exempel CORE-OM (Clinical Outcomes
in Routine Evaluation-Outcome Measure)
och dess kortare version CORE-10 (56) samt
flera symtom- och funktionsmått (såsom de-
pressionsenkäten PHQ-9 och ångestenkäten
GAD-7) har varit i rutinmässig användning
i flera år också i Finland, och de har visat
sig vara lämpliga för uppföljning av HUS
servicesedlar med hjälp av kvalitetsregistret
för psykotera-
pi (14). Erfarenheterna av kva-
litetsregistret har varit goda såväl av att följa
upp enskilda patienters mående och av att
skräddarsy behandlingen som av att utveckla
psykotera-
peuternas kompetens och förbättra
servicesystemet. Systematisk uppföljning av
symtom och insamling och utnyttjande av
behandlingsfeedback utgör ryggraden i feed-
backorienterad och individanpassad behan-
dning. Tvärtemot vad många tror är kliniker
och psykotera-
peuter förvånansvärt dåliga
på att fånga upp patienter vars behandling
inte fortskrider som förväntat (57, 58), och
de överskattar ofta sin egen prestation (59).
Kontinuerlig uppföljning av behandlingssva-
ret och utnyttjande av feedback är viktiga
metoder för att förbättra korrekt inriktning
av behandlingarna och höja deras effektivitet
i vanligt kliniskt arbete och i arbetet för att
utveckla behandlingssystemet (60, 61).

Slutsatser

Flera psykotera-
peutiska metoder och imple-
menteringsätt har visat sig vara effektiva och
säkra, särskilt vid behandling av depression
och ångestsyndrom. För en del störningar finns
evidens för effektivitet bara beträffande vissa
psykotera-
pimetoder. Exempelvis vid tvångs-
syndrom finns evidens endast för kognitiva
beteendeterapier som innehåller exponering.

De psykotera-
peutiska behandlingarnas ef-
fektivitet kunde bäst främjas genom att göra
evidensbaserade behandlingar mer tillgäng-
liga och genom att öka feedbackorienterad

och därmed individanpassad behandling. Av
historiska och strukturella skäl är utbudet av
psykotera-
pier i Finland inriktat på mycket
långa behandlingar. FPA:s rehabiliterande
psykotera-
pier står således för merparten av de
finländska psykotera-
pikostnaderna och tera-
pibesöken. Än så länge finns ingen informa-
tion på grupp-
nivå tillgänglig om effektiviteten
av rehabiliterande psykotera-
pier på psykiska
symtom, och studier om nytta med avseende
på arbets- och funktionsförmåga bygger på
naturalistiska analyser av registerdata. Reha-
biliterande psykotera-
pi har visat sig minska
sjukfrånvaron något, men det finns ett stort
behov av tillförlitliga forskningsdata om kost-
nadseffektiviteten.

I det offentligt finansierade sjukvårdssyste-
met är målet att optimera kostnadseffektivite-
ten på systemnivå samtidigt som man säker-
ställer att ingen lämnas utan de tjänster de
behöver. Fördelarna med psykotera-
peutiska
behandlingar på befolkningsnivå kan utökas
effektivast genom att förbättra tillgången till
behandlingar som har visats vara effektiva,
genom att rikta in behandlingarna optimalt
och genom att öka medvetenheten om vikten
av feedback i terapierna (53, 62, 63).

Suoma E. Saarni
suoma.saarni@hus.fi

*Bindningar: Föreläsningssarvode: Helsingfors universitet. Förtroendeposter Universitetens nationella psykotera-
peututbildningskon-
sortium (ordförande), Psykiaterförningen: Psykotera-
pikommittén (ledamot), Helsingfors universitet: Ledningsgruppen för psykotera-
peututbildningen (ledamot).*

Jan-Henry Stenberg
jan-henry.stenberg@hus.fi

Bindningar: Föreläsningssarvode Biogen, Boehringer-Ingelheim, Janssen, Merck, Sanofi. Arvode: Kustannus Oy Duodecim

Referenser

1. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res* 2012;21(3):169–84.
2. Vuorilehto M, Melartin T, Isometsä E. Depressive disorders in primary care: recurrent, chronic, and co-morbid. *Psychol Med* 2005 May;35(5):673–82.
3. WHO. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. Tillgänglig på: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
4. Suvisaari J, Joukamaa M, Lönnqvist J. Mielenterveyden häiriöiden yleisyys ja hoidon tarve. I: Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T, redaktörer. *Psykiatria*. Helsingfors: Duodecim; 2014. sid. 718–30.
5. Riihimäki KA, Vuorilehto MS, Melartin TK, Isometsä ET. Five-year outcome of major depressive disorder in primary health care. *Psychol Med* 2014 May;44(7):1369–79.

6. Roland J, Lawrance E, Insel T, Christensen H. The digital mental health revolution: Transforming care through innovation and scale-up. Doha, Qatar: World Innovation Summit for Health, 2020. ISBN: 978-1-913991-00-5 .
7. DeRubeis RJ, Siegle GJ, Hollon SD. Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. *Nat Rev Neurosci* 2008 Oct;9(10):788–96.
8. Steinert C, Hofmann M, Kruse J, Leichenring F. Relapse rates after psychotherapy for depression – stable long-term effects? A meta-analysis. *J Affect Disord* 2014 Oct;168:107–18.
9. McHugh RK, Whittton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry* 2013;74(6):595–602.
10. Leppänen H, Kampman O, Autio R, Karolaakso T, Rissanen P, Näppilä T, et al. Socioeconomic status, psychotherapy duration, and return to work from disability due to common mental disorders. *Psychother Res* 2024 Jul 3;34(5):694–707.
11. Wegelius A. Kelan kuntoutustilasto 2023. Helsinki, Kela 2024. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe22024050224943>
12. Institutet för hälsa och välfärd [Internet]. 2024 [hämtad 2024 30 juni]. Hälsa- och sjukvårdsutgifter samt deras finansiering – THL. Tillgänglig på: <https://thl.fi/sv/statistik-och-data/statistik-efter-amne/resurserna-inom-social-halsa-och-sjukvarden/halsa-och-sjukvardsutgifter-samt-deras-finansiering>
13. Peutere L, Ravaska T, Bckerman P, Vnen A, Virtanen P. Effects of rehabilitative psychotherapy on labour market success: Evaluation of a nationwide programme. *Scand J Public Health* 2023 Aug 1;51(6):882–93.
14. Saarni S E, Rosenström T, Stenberg J-H, Plattonen A, Holli M, Ekelund J, Granö N, Komsu N, och Saarni S I (2022). Finnish Psychotherapy Quality Register: Rationale, development, and baseline results. *Nordic Journal of Psychiatry* 2022 0(0), 1–12. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2150788>
15. Nemeroff CB, Musselman DL. Are platelets the link between depression and ischemic heart disease? *Am Heart J* 2000 Oct 1;140(4, Supplement):S57–62.
16. Yang X, Li Z, Sun J. Effects of Cognitive Behavioral Therapy–Based Intervention on Improving Glycaemic, Psychological, and Physiological Outcomes in Adult Patients With Diabetes Mellitus: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Front Psychiatry* 2020 Jul 28;11.
17. Ängestsyndrom Rekommendation för God medicinsk praxis Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim, Psykiaterföreningen i Finland rf och Finlands ungdomspsykiatriska förening rf. Helsingfors: Finska Läkarföreningen Duodecim, 2019 [Internet]. Vol. 2019. 2019. Tillgänglig på: www.kaypahoito.fi
18. Clark DM, Canvin L, Green J, Layard R, Pilling S, Janecka M. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet* 2018 Feb;391(10121):679–86.
19. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry* 2023;22(1):105–15.
20. Pakko-oireinen häiriö (OCD). Rekommendation för God medicinsk praxis. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim och Psykiaterföreningen i Finland rf. Duodecim; Lääketieteellinen Aikakauskirja 2023;139(5):407–8. Tillgänglig på: www.kaypahoito.fi
21. Depression. Rekommendation för God medicinsk praxis. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarföreningen Duodecim och Psykiaterföreningen i Finland rf. Depression Rekommendation för God medicinsk praxis [Internet]. <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00067>. Finska Läkarföreningen Duodecim, Helsingfors; 2021. Tillgänglig på: <https://www.kaypahoito.fi/sv/gvr00067>
22. Cuijpers P, Berking M, Andersson G, Quigley L, Kleiboer A, Dobson KS. A Meta-Analysis of Cognitive-Behavioural Therapy for Adult Depression, Alone and in Comparison with other Treatments. *Can J Psychiatry* 2013 Jul 1;58(7):376–85.
23. Cuijpers P, Miguel C, Ciharova M, Harrer M, Basic D, Cristea IA, et al. Absolute and relative outcomes of psychotherapies for eight mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2024;23(2):267–75.
24. Isometsä E. Masennuslääkkeet perusterveydenhuollossa [Internet]. Finska Läkarföreningen Duodecim; 2020 [hämtad 28 juni 2024]. Tillgänglig på: <https://www.kaypahoito.fi/nak04329#R1>
25. Andrews G, Basu A, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, English CL, et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: An updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018 Apr 1;55:70–8.
26. Ritola V, Lipsanen JO, Pihlaja S, Gummerus EM, Stenberg JH, Saarni S, et al. Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Nationwide Routine Care: Effectiveness Study. *J Med Internet Res* 2022 Mar 24;24(3):e29384.
27. Stenberg JH, Ritola V, Joffe G, Saarni S, Rosenström T. Effectiveness of mobile-delivered, therapist-assisted cognitive behavioral therapy for insomnia in nationwide routine clinical care in Finland. *J Clin Sleep Med* 2022 Nov;18(11):2643–51.
28. Hedman-Lagerlöf E, Carlbring P, Svärdman F, Riper H, Cuijpers P, Andersson G. Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2023;22(2):305–14.
29. Lindegaard T, Berg M, Andersson G. Efficacy of Internet-Delivered Psychodynamic Therapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychodyn Psychiatry* 2020;48(4):437–54.
30. Kampman O, Heiskanen T, Holli M, Huttunen MO, Tuulari J, editors. Masennus. Vol. 2017. Kustannus Oy Duodecim;
31. Selinheimo S, Gluschkoff K, Kausto J, Turunen J, Väänänen A. Psychotherapy duration and work disability: A prospective Finnish register study. *Acta Psychiatr Scand* 2024;149(5):415–24.
32. Kausto J, Gluschkoff K, Turunen J, Selinheimo S, Peutere L, Väänänen A. Psychotherapy and change in mental health-related work disability: a prospective Finnish population-level register-based study with a quasi-experimental design. *J Epidemiol Community Health* 2022 Nov;76(11):925–30.
33. Malkki VK, Rosenström TH, Jokela MM, Saarni SE. Associations between specific depressive symptoms and psychosocial functioning in psychotherapy. *J Affect Disord* 2023 May 1;328:29–38.
34. Cuijpers P, Karyotaki E, de Wit L, Ebert DD. The effects of fifteen evidence-supported therapies for adult depression: A meta-analytic review. *Psychother Res J Soc Psychother Res* 2020;30(5):279–95.
35. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013 Jun;12(2):137–48.
36. NICE. Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment. National Institute for Health and Care Excellence; 2005 p. 44. www.nice.org.uk/guidance/cg31
37. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* 2014 Jul 2;14(1):S1.
38. FPA. Psykoterapeutin pätevyysvaatimukset [Internet]. FPA; 2019. Tillgänglig på: https://www.kela.fi/documents/20124/932606/psykoterapeutin-patevyyszamaaset.pdf/e015bc5b-70fc-68b9-ea16-32eada7b902?_t=1634127183748
39. Tuulio-Henriksson A, Toikka T, Heino P, Laukkala T. Kuntoutuspsykoterapia tukee työssä pysymistä. *Finlands Läkartidning* 2019;(13):816–9.
40. Ciharova M, Karyotaki E, Miguel C, Walsh E, de Ponti N, Amarnath A, et al. Amount and frequency of psychotherapy as predictors of treatment outcome for adult depression: A meta-regression analysis. *J Affect Disord* 2024 Aug 15;359:92–9.
41. Maljanen T, Knekt P, Lindfors O, Virtala E, Tillman P, Härkänen T, et al. The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. *J Affect Disord* 2016 Jan 15;190:254–63.
42. Udd-Granat L, Lahti J, Donnelly M, Treanor C, Pirkola SP, Lallukka T, et al. Internet-delivered cognitive behavioral therapy (iCBT) for common mental disorders and subsequent sickness absence: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Public Health* 2022 Feb 4;14034948221075016.
43. Crits-Christoph P, Connolly Gibbons MB. Psychotherapy Process-Outcome Research: Advances in Understanding Causal Connections. In: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Croydon (UK): John Wiley & Sons, Incorporated; 2021. p. 263–95.
44. Constantino MJ, Boswell JF, Coyne A E. Patient, Therapist, and Relational Factors. In: *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 7th Edition*. 7th ed. Wiley; 2021.

-
45. Honkalampi K, Urhonen HR, Virtanen M. Negative effects in randomized controlled trials of psychotherapies and psychological interventions: A systematic review. *Psychother Res* 2024;0(0):1–12.
46. Klatte R, Strauss B, Flückiger C, Rosendahl J. Adverse events in psychotherapy randomized controlled trials: A systematic review. *Psychother Res J Soc Psychother Res* 2023 Dec 13;1–16.
47. Crawford M, Thana L, Farquharson L, Palmer L, Hancock E, Bassett P, et al. Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *Br J Psychiatry* 2016 Mar 1;208:260–5.
48. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Furukawa TA. The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2021;144(3):288–99.
49. Sailas E, Heimola M, Stenberg JH. Psykoterapian haitat – ei vain ruusutarhaa. *Duodecim Laaketieteellinen Aikakauskirja* 2019;2019(135):1377–84.
50. Ebert DD, Donkin L, Andersson G, Andrews G, Berger T, Carlbring P, et al. Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomized controlled trials. *Psychol Med* 2016 Oct;46(13):2679–95.
51. Lambert MJ, Bergin AE. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* [Internet]. New York, UNITED STATES: John Wiley & Sons, Incorporated; 2013 [cited 2021 Jul 6]. Available from: <http://ebookcentral.proquest.com/lib/helsinki-ebooks/detail.action?docID=1162080>
52. Pontén M, Jonsjö M, Vadenmark V, Moberg E, Grannas D, Andersson G, et al. Association between expectations and clinical outcomes in online v. face-to-face therapy – an individual participant data meta-analysis. *Psychol Med* 2023 Oct 31;1–8.
53. Barkham M, De Jong K, Delgado J, Lutz W. Routine Outcome Monitoring (ROM) and feedback: research review and recommendations. *Psychother Res [Internet]* 2023 Mar 17 [cited 2024 Jun 28]; Available from: <https://eprints.whiterose.ac.uk/197689/>
54. Wampold BE. Routine outcome monitoring: Coming of age-With the usual developmental challenges. *Psychotherapy* 2015;52(4):458–62.
55. de Jong K, Conijn JM, Gallagher RAV, Reshetnikova AS, Heij M, Lutz MC. Using progress feedback to improve outcomes and reduce drop-out, treatment duration, and deterioration: A multilevel meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2021;85.
56. Evans C, Connell J, Barkham M, Margison F, McGrath G, Mellor-Clark J, et al. Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2002 Jan;180:51–60.
57. Lutz W, Schwartz B, Delgado J. Measurement-Based and Data-Informed Psychological Therapy. *Annu Rev Clin Psychol* 2022;18(1):71–98.
58. Boswell JF, Kraus DR, Miller SD, Lambert MJ. Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychother Res* 2015 Jan 2;25(1):6–19.
59. Brosan L, Reynolds S, Moore RG. Self-Evaluation of Cognitive Therapy Performance: Do Therapists Know How Competent They Are? *Behav Cogn Psychother* 2008 Oct;36(5):581–7.
60. Lutz W, Schwartz B, Martín Gómez Penedo J, Boyle K, Deisenhofer AK. Working Towards the Development and Implementation of Precision Mental Healthcare: An Example. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res* 2020 Sep 1;47(5):856–61.
61. Bone C, Simmonds-Buckley M, Thwaites R, Sandford D, Merzhvynska M, Rubel J, et al. Dynamic prediction of psychological treatment outcomes: development and validation of a prediction model using routinely collected symptom data. *Lancet Digit Health* 2021 Apr 1;3(4):e231–40.
62. Cuijpers P. Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Can Psychol Can* 2017;58(1):7–19.
63. Fletcher S, Chondros P, Densley K, Murray E, Dowrick C, Coe A, et al. Matching depression management to severity prognosis in primary care: results of the Target-D randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2021 Jan 12;71(703):e85–94.

Summary

Effectiveness and Side Effects of Psychotherapy

Psychotherapy effectively treats most mental health disorders, though evidence varies by condition. For depression and anxiety, short-term therapies (10-20 sessions) have strong evidence across different groups and methods. Online and structured short therapies are effective for mild to moderate disorders. In Finland, long-term therapies have been favored, despite studies showing shorter treatments are more cost-effective. Routine monitoring of treatment response and feedback should be systematically implemented to identify patients who do not benefit or experience side effects, enabling treatment adjustments. At the population level, improving access to evidence-based therapies and optimizing treatment targeting enhances the overall effectiveness of psychotherapy.