

Internettbasert psykodynamisk psykoterapi (IPDT) for ungdom som lider av depresjon og/eller angst – en systematisk oversikt

Kamilla Emilie Stenstadvolden Köller

Medisinsk Fakultet, Institutt for klinisk medisin
Profesjonsstudiet i Medisin
2024

Veileder Randi Ulberg

Professor, Enhet barne- og ungdomspsykiatri

Klinikk psykisk helse og avhengighet, Institutt for klinisk medisin (UiO)



Forord

Først og fremst vil jeg takke min veileder Randi Ulberg ved Enhet barne- og ungdomspsykiatri, Klinikk psykisk helse og avhengighet, institutt for klinisk medisin (UiO) for utmerket veiledning, inspirasjon, motivasjon, støtte og oppfølging under arbeidet med denne oppgaven. Randi er en varm, imøtekommende og omsorgsfull person som tok meg imot med åpne armer. Randi har betydd mye for meg i arbeidet med denne oppgaven. Tusen takk, du er et stort forbilde for meg.

Tusen takk til min studievenninne Pernille Brøsholen for gode råd, oppmuntring og kollokvier gjennom skriveperiodene. Pernille har gjort arbeidsdagene til en glede og har vært en stor motivasjon og inspirasjon i arbeidsprosessen.

Tusen takk til Thea Schønning for råd og tips om nyttige verktøy og ressurser til arbeidet med prosjektoppgaven. Jeg vil også rette en takk til Synne, Mette-Malene og Jakob for inspirasjon og hyggelig samtaler over morgenkaffene vi har hatt i løpet av skriveperiodene.

Tusen takk til Diakonhjemmet sykehus, Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen for lån av kontor plass og lokaler fra november 2022-juni 2023.

Tusen takk til Klinikk for psykisk helse og avhengighet (UiO) på Gaustad, bygg 20, for lån av kontor plass og lokaler til min siste skriveperiode i januar 2024.

Abstract

Background: Mental health challenges among adolescents is a big concern worldwide, with depression and anxiety most prevalent. The increasing online presence with use of digital tools and social media of this population makes internet-based treatment programs a more relevant, accessible, efficient, and low-cost option. Internet-based cognitive behavioral therapy (ICBT) is most researched and also used implemented in Norwegian mental health care. This, however, is not suitable for everyone. Studies in adults show positive effects of internet-based psychodynamic therapy (IPDT) on depression and anxiety.

Aim: The study aimed to explore the existing developments in IPDT for adolescents dealing with depression and anxiety disorders.

Method: A systematic review was conducted using MEDLINE and PsycINFO databases on December 12, 2022. Key concepts included digital intervention, psychodynamic therapy, adolescents, depression, and anxiety. The quality of the articles were evaluated with the Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).

Results: 8 articles were found and included in this project thesis. The primary focus was on an IPDT program developed in Sweden and also tested in the United Kingdom. The remaining articles were based on these studies. The articles demonstrated positive effects on both primary (depression) and secondary outcomes (anxiety, emotion regulation and self-compassion). IPDT demonstrated non-inferiority to ICBT. A good therapeutic alliance emerged as an important factor influencing treatment outcomes.

Conclusion: The promising results from these studies so far indicate that this is a field within psychiatry that should be explored more to give patients easier access to treatment that is both available, gives the patients freedom of choice, more cost-effective alternative to traditional face-to-face therapy and may be a less scary way into psychotherapy for adolescents who suffer from depression and anxiety.

Sammendrag

Bakgrunn: Mentale helseutfordringer blant ungdom er en betydelig bekymring globalt, med depresjon og angst som mest utbredt. Den økende tilstedeværelsen på internett med bruk av digitale verktøy og sosiale medier blant denne befolkningen gjør internettbaserte behandlingsprogrammer til et mer relevant, tilgjengelig, effektivt og kostnadseffektivt alternativ. Internettbasert kognitiv atferdsterapi (IKAT) er mest forsket på og har også blitt implementert i norsk psykisk helsevern. Dette er imidlertid ikke egnet for alle. Studier på voksne viser positive effekter av internettbasert psykodynamisk terapi (IPDT) på depresjon og angst.

Mål: Studien hadde som mål å utforske eksisterende utviklinger innenfor IPDT for ungdom som sliter med depresjon og angstlidelser.

Metode: Et systematisk søk ble utført ved bruk av MEDLINE og PsycINFO databaser den 12. desember 2022. Nøkkelkonsepter inkluderte digital intervensjon, psykodynamisk terapi, ungdom, depresjon og angst. Kvaliteten på artiklene ble vurdert ved bruk av Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT).

Resultater: 8 artikler ble funnet og inkludert i denne prosjektoppgaven. Hovedfokuset var på et IPDT-program utviklet i Sverige og som også ble testet i Storbritannia. De gjenværende artiklene var basert på disse studiene. Artiklene viste positive effekter både på primære (depresjon) og sekundære utfallsmål (angst, emosjonsregulering og selvmedfølelse). IPDT viste ikke-inferioritet sammenlignet med IKAT. En god terapeutisk allianse kom frem som en viktig faktor som påvirket behandlingsresultatene.

Konklusjon: De lovende resultatene så langt indikerer at dette er et felt innenfor psykiatrien som bør utforskes ytterligere for å gi pasienter enklere tilgang til behandling som er tilgjengelig, gir pasientene valgfrihet, et mer kostnadseffektivt alternativ til tradisjonell ansikt-til-ansikt terapi og kan være en mindre skremmende vei inn i psykoterapi for ungdom som lider av depresjon og angst.

Innholdsfortegnelse

1. Abstract og sammendrag	3
2. Introduksjon	7
2.1 Depressive lidelser hos unge	8
2.2 Angstlidelser hos unge	8
2.3 Forekomst og komorbiditet av depresjon og angst	9
2.4 Ungdom og psykisk uhelse	9
2.4.1 Ungdomstidens sårbarhet og følelsesregulering.....	10
2.4.2 Barrierer til å delta i tradisjonell ansikt-til-ansikt terapi.....	11
2.5 Internettbasert terapi	12
2.5.1 Internettbasert kognitiv atferdsterapi (IKAT).....	12
2.5.2 Manglende utviklede behandlingstilbud og empirisk forskning på internettbasert psykoterapi til ungdom	13
2.5.3 Hvorfor er det viktig å se på andre behandlingsmetoder?	13
2.6 Psykodynamisk psykoterapi (PDT)	13
2.6.1 Internettbasert psykodynamisk psykoterapi (IPDT).....	14
2.6.2 Hva vet vi om IPDT til nå?.....	15
2.7 Problemstilling	15
3. Metode	16
4. Resultater	20
4.1 Utvikling og testing av IPDT program	20
4.1.1 Metode og intervensjon	20
4.1.2 Resultater	23
4.2 Sekundæranalyser basert på Lindqvist et al. (2020)	24
4.2.1 Følelsesregulering som en prediktor for utfallet av IPDT	24
4.2.2 <i>Sudden Gains</i> (SGs) og store forbedringer mellom terapisesjoner	24
4.3 En ikke-underlegenhetsstudie som testet IPDT opp mot IKAT	25
4.3.1 Metode	26
4.3.2 Utfallsmål	26
4.3.3 Resultater	27
4.4 Samspillet mellom terapeutisk allianse og følelsesregulering	28

4.5 Tilpasning av IPDT-programmet for bruk i Storbritannia (DOT:S).....	28
4.5.1 Metode	29
4.5.2 Resultater	29
4.6 Sekundæranalyser til Midgley et al. (2021).....	31
4.6.1 «Aktive ingredienser».....	31
4.6.2 Terapeutalliansen.....	32
5. Diskusjon	33
6. Konklusjon	37
7. Referanseliste	38
8. Vedlegg	43
Vedlegg 1 – figur 1: enkel oversikt over de ulike angstlidelsene	43
Vedlegg 1 – tabell 1: oversikt over psykoterapeutiske metoder	43
Vedlegg 2 – tabell 5: systematisk oversikt over inkluderte studier	44
Vedlegg 3 – tabell 6: Mixed Methods Appraisal Tool.....	46

Introduksjon

En studie [1] utført i Norge viser at ungdom og unge voksne opplever stadig dårligere mental helse, med blant annet en markant økning av angst og depresjon. Undersøkelser viser at omtrent halvparten av alle psykiske lidelser starter før 14 års alderen [2] og i barne- og ungdomsårene er depresjon og angst de vanligste diagnosene [3]. Dårlig mental helse utgjør et betydelig samfunnsproblem, og det antas at psykiske lidelser vil være hovedårsaken til uførhet i industrilandene innen 2030 [4]. Det rapporteres jevnlig i mediene om økende forekomst av psykiske lidelser hos ungdom og unge voksne, og behovet for psykisk helsehjelp øker. I en NRK-artikkel fra 2022 [5] fremheves mangler ved psykisk helsehjelp i Norge, der helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol uttaler:

«Lavterskeltilbudet for barn og unge innen psykisk helse må styrkes. Det er også forskjeller i tilgang til behandling og oppfølging i ulike deler av landet. Å gi god hjelp på riktig nivå til alle som trenger det, er den største utfordringen.» [5]

Dette illustrerer viktigheten av å kunne tilby tilgjengelige og anvendelige behandlingsmetoder for unge som ellers ikke ville oppsøkt psykisk helsehjelp, blant annet på grunn av manglende tilgang på behandling, sosioøkonomiske forhold eller andre barrierer. Ungdom tilbringer mye tid på internett og det kan derfor være hensiktsmessig å undersøke forekomsten av internettbasert terapi. Enkle søk viser at den mest utbredte formen for internettbasert terapi er kognitiv atferdsterapi (KAT). Denne behandlingsmetoden passer nødvendigvis ikke for alle. Nylig har det blitt utviklet og testet internettbaserte intervensjoner basert på psykodynamiske prinsipper (IPDT) med lovende resultater i den voksne populasjonen, blant annet rettet mot stemnings- og angstlidelser [6-8]. Det er lite kjennskap for hva som finnes av IPDT for unge med depresjon og angst, og ytterligere kartlegging innenfor dette feltet er nødvendig.

2.1 Depressive lidelser hos unge

Depresjon er et mye brukt uttrykk i dagligtalen og brukes ofte feil, men det må ikke forveksles med depresjon som en psykiatrisk diagnose. Depressive lidelser brukes ofte som en samlebetegnelse på diverse diagnoser ICD-10 systemet, blant annet lett-, moderat- og alvorlig depressiv episode (F32.0-F32.2), alvorlig depressiv episode med psykotiske symptomer (F32.3), tilbakevendende depressiv lidelse (F33) og dystymi (F34.1) som også betegnes *kronisk depresjon* og har vart i minst to år [9]. Det finnes en rekke andre undergrupper av stemningslidelser, men denne oppgaven avgrenses til de overnevnte diagnosene.

I følge ICD-10 kjennetegnes depressive episoder av visse kjernesymptomer (nedsatt stemningsleie, mindre interesse og glede, nedsatt energi og slitenhet), ledsagende symptomer (reduert selvtillit og selvfølelse, økt skyldfølelse, suicidale tanker, selvmordsforsøk/selv mord, konsentrasjonsvansker, søvnproblemer, appetitt- eller vektforandringer og psykomotoriske endringer som f.eks. agitasjon) og må ha hatt en varighet på minst 14 dager med nedsatt funksjonsevne [9]. I en del artikler som omhandler depresjon brukes ofte begrepet Major Depressiv Disorder (MDD) fra DSM-5 kriteriene, noe som omtrent tilsvare moderat depressiv episode (F32.1) i ICD-10 [9].

2.2 Angstlidelser hos unge

Angst er en allmennmenneskelig følelse som i seg selv er livsviktig og ikke sykelig, men i visse tilfeller relateres det til psykiske lidelser [10]. Angstlidelser er en fellesbetegnelse på en gruppe psykiske lidelser som kjennetegnes av indre uro, anspenthet, sterkt ubehag eller frykt, ofte med en forventning om at noe farlig kommer til å skje, hvor personen samtidig har en bevart evne til å skille mellom fantasi og virkelighet [11, 12]. Angst kommer til uttrykk både kognitivt (f.eks. katastrofetanker), kroppslig (f.eks. hyperventilering, hjertebank) og atferdsmessig (f.eks. unngåelsesatferd) [13]. Den som opplever angst vil prøve å unngå det som utløser ubehaget, noe som videre opprettholder og forsterker angsten ytterligere [12].

Det finnes flere ulike typer av angstlidelser (se **vedlegg 1, figur 1**), hvor de fleste som er rammet av angst har en blanding av ulike angsttyper [12]. Hyppigst forekommer sosial angst og spesifikke fobier, og videre vil omtrent 4% få generalisert angstlidelse, 3% panikklidelse og 1% tvangslidelse (obsessiv-kompulsiv lidelse) [12]. Hos unge er generalisert angstlidelse (GAD), sosial fobi og separasjonsangst de vanligste typene [13]. På tross av at ulike angstlidelser kan oppstå samtidig er det likevel viktig å skille mellom de ulike typene fordi de kan ha forskjellige korrelasjoner og forløp hos barn og ungdom [13].

2.3 Forekomst og komorbiditet av depresjon og angst

Undersøkelser viser at omtrent halvparten av alle psykiske lidelser starter før 14 års alderen [2] og i barne- og ungdomsårene er depresjon og angst de vanligste diagnosene [3]. Thapar et al. [14] skriver at livstidsprevalensen for depresjon kan være så høy som 15-21%.

Depresjonsraten øker drastisk fra barneår og inn i ungdomsalder [15] og hos tenåringer er forekomsten 4-8%, med minst dobbelt så høy forekomst hos jenter [9]. Ifølge WHO er depresjon den fjerde ledende årsaken til sykdom og funksjonsnedsettelse hos unge mellom 15 og 19 år [16]. Depresjon er assosiert med høyere risiko for motgang gjennom livet, inkludert tilbakevendende depressive episoder, andre psykiske plager, relasjonsproblemer og mindre deltakelse på utdanning [17]. Depresjon er også assosiert med rusmisbruk og dårlig sosial fungering [18], og ungdom med depresjon har en fem-ganger så høy risiko for selvmordsforsøk og dobbelt så stor risiko for depresjon senere i livet [19].

Angstlidelser er også en av de vanligste psykiske lidelsene i verden, hvor man anslår at ca. 20-25 prosent av befolkningen vil få en angstlidelse i løpet av livet [11].

Prevalenstallene hos barn og unge varierer sterkt (8,3-27%) og avhenger av flere faktorer, blant annet aldersgruppen man undersøker og grad av funksjonssvikt som skal til for å stille diagnosen [20]. Det er høyere forekomst av angstlidelser hos kvinner enn hos menn, og debut er ofte i tenårene [12]. Ofte oppdages ikke angstlidelsene fordi de er ledsaget av kroppslige symptomer som hjertebank, skjelving, svetting, kvalme, hyperventilering, svimmelhet osv, som kan føre til at både pasient og lege tenker i retning av somatiske sykdommer [11]. Angst forekommer også ofte komorbid til andre psykiske lidelser, som depresjon, ADHD og rusmisbruk [13]. Angst kan eksempelvis oppstå som følge av en depresjon, eller man kan få en depresjon som følge av en angstlidelse. Det er også vanlig at en angstlidelse forekommer samtidig med en annen angstlidelse og det kan være vanskelig å skille disse fra hverandre, samt at en komorbid lidelse (både angst og andre psykiske lidelser) ofte kommer til syne når den mest fremtredende tilstanden er behandlet [13].

2.4 Ungdom og psykisk uhelse

I den vestlige verden blir ungdomstiden oppfattet som en lang periode hvor man er i et skille mellom barn og voksen, i motsetning til den mer brå overgangen fra barn til voksen som finnes utenfor den vestlige kulturen [21]. I utviklingsland kan dette være at ungdom selv får barn og plutselig må tre inn i en voksen rolle, få mer ansvar i en husholdning hvis én eller begge foreldre dør eller tidligere start i arbeidslivet enn det som er vanlig i den vestlige verden. Ungdomstiden inneholder også perioden man kaller *tenårene* (13-19 år). Dette stadiet

er viktig for å legge grunnlaget for god helse. Ungdom opplever hurtige fysiske, kognitive og psykososiale forandringer, som påvirker hvordan de føler, tar avgjørelser, tenker og interagerer med miljøet og verden rundt [22].

Det finnes mange ulike definisjoner av tidsperioden mellom barndom og voksen alder, både språklig og aldersmessig. På norsk brukes ord som; *tenåring, ungdom, ung person* etc., mens på engelsk brukes begrepene; *adolescent, youth, young people, teenager* etc. De ulike ordene kan også ha ulik definisjon når det kommer til aldersgruppe. Eksempelvis definerer WHO *adolescents* som mennesker i aldersgruppen 10-19 år, FHI definerer *ungdom* i alderen 12-19 år og FN, WHO og UNICEF definerer *youth* som de mellom 15-24 år [22-24]. Det er vanskelig å trekke et skille mellom overgangen fra barn til ungdom, og videre til voksenlivet.

I følge WHO er det 1,2 milliarder ungdom i verden hvor ca. 1,1 millioner dør hvert år, der hovedårsakene er trafikkulykker, selvmord og fysisk vold [22]. Det kan tenkes at psykisk uhelse er en viktig årsak når det kommer til den høye andelen selvmord. Både psykiske plager og psykiske lidelser omtales som psykisk uhelse, men det er viktig å skille disse begrepene. Psykiske plager brukes om symptomer (eksempelvis engstelse og nedstemthet), mens psykiske lidelser brukes om diagnoser hvor det ofte også involverer uttalt funksjonsnedsettelse [24]. Psykiske plager er vanlig hos ungdom, og for jenter i aldersgruppen 13-24 år har plager som bekymring og stress økt de siste tiårene [24], mens forekomsten av psykiske lidelser internasjonalt varierer på tvers av kjønn og alder.

2.4.1 Ungdomstidens sårbarhet og følelsesregulering

Ungdom gjennomgår en prosess med individualisering og lener seg mer på egne følelsesreguleringsstrategier enn det barn gjør, hvor barn oftere får følelsene sine regulert via foreldre [25, 26]. Kombinasjonen av hurtig utvikling i puberteten og økende sosiale og emosjonelle krav gjør ungdomstiden til en periode med økt emosjonell intensitet, reaktivitet og svingninger. Ungdomsårene setter derfor ekstra krav til følelsesregulering [27], noe som kan tenkes å gjøre ungdom ekstra sårbar for toleranse av egne følelser og dermed psykopatologi. Dette kan være mer eller mindre toleranse for egne følelser. Det er foreslått at manglende følelsesregulering kan være underliggende de fleste psykiske lidelser [28, 29] og en rekke studier har trukket paralleller mellom dårlig følelsesreguleringsstrategier og psykopatologi i mange ulike psykiske lidelser [30]. I følge Berking et al. [31] vil mennesker med mindre kapasitet for følelsesregulering kunne forvente en større andel depressive symptomer de påfølgende fem neste årene [31]. En annen studie [32] fant også at dårlige følelsesreguleringsstrategier var assosiert med angst og depresjon.

2.4.2 Barrierer for å delta i tradisjonell ansikt-til-ansikt terapi

Det er viktig med god og tilgjengelig psykiatrisk behandling for å nå ut til den høye prevalensen av psykisk uhelse blant ungdom i verden [33], men unge mennesker (12-25 år) er dårligst på å interagere med behandling av alle aldersgrupper [34]. På tross av utfordringene med blant annet depresjon er det et fåtall av ungdom som søker- og mottar hjelp [35, 36]. Dette er et komplekst problem, men enda mer bekymringsfullt er det store antallet unge mennesker som starter i behandling for psykisk uhelse, for så å «droppe ut» [37].

Det kan være mange årsaker til at ungdom ikke søker eller får profesjonell hjelp. Dette kan være barrierer som inkluderer praktiske problemer knyttet til manglende tilgang, dårlige behandlingstilbud, negativ holdning til behandlingstilbudet, følelsen av stigmatisering og skam, et ønske om å skulle klare seg selv og vanskeligheter knyttet til å gjenkjenne egne symptomer på psykiske lidelser [38]. Det er også funnet en manglende forståelse av mental helse blant unge [39]. Andre utfordringer er lange ventelister og at pasienten er avhengig av at foreldre eller omsorgspersoner deltar på terapitimene [40]. I den kvalitative studien til Stubbing og Gibson [39] ble det blant annet funnet at dårlig forhold til terapeuten og redselen for brudd på taushetsplikt var noe de unge studiedeltakerne var opptatt av, samt redselen for at terapeuten ville dømme vedkommende [41].

Utfordringen med lange ventelister [42] har blitt forverret etter nasjonale nedstenginger og krav for sosial distansering under COVID-19 pandemien [43]. Det har lenge vært kjent at det er en høy arbeidsbelastning og lange ventelister i psykisk helsevern for barn og unge i Norge, og det kommer stadig oppslag i avisende om fortvilte foreldre som har barn med alvorlige psykiske plager som må vente i lang tid med å få hjelp. Ifølge Helsedirektoratet og Norsk pasientregister (NPR) var gjennomsnittlig ventetid for behandling 50,4-72,3 dager i 2022, hvor kortest ventetid var i Helse Sør-ØST RHF og lengst i Helse Midt-Norge RHF [44]. Tallene fra det private viser en gjennomsnittlig ventetid på 70,4 dager i 2022, noe som nesten er like lenge som den lengste ventetiden i det offentlige [44]. Det er derfor av interesse å undersøke hva som finnes av internettbasert behandling sett i lys av lange ventelister, da dette i dagens samfunn er mer tilgjengelig, tidseffektivt og kostnadseffektivt, og ofte fjerner barrierene unge mennesker har for å søke og motta psykisk helsehjelp.

2.5 Internettbasert terapi

I dag støtter flere studier effektiviteten av internettbasert behandling for et vidt spekter av psykiske lidelser [45]. Studier viser at effekten av internettbasert behandling for sosial angst, panikkangst og depressive symptomer kan sammenliknes med ansikt-til-ansikt terapi [46]. I en meta-analyse [47] gjort på 11 studier om internettbasert behandling for barn og unge viser dette moderat til store effekter sammenliknet med tradisjonell ansikt-til-ansikt psykoterapi. Denne behandlingsformen kan også være med på å bryte ned mange av barrierene som forhindrer ungdom i å søke eller motta hjelp, hvor eksempelvis ungdom som bor langt unna tjenester får tilgang til behandling fra hjemmet, i stedet for å måtte reise over lengre avstander for å kunne motta behandling [48]. En slik behandlingsform vil også kunne nå pasienter som ellers ville unngått å søke behandling på grunn av sosial stigmatisering [49], og det vil kunne føre til at unge kan få behandling tidligere i sitt sykdomsforløp [50].

2.5.1 Internettbasert kognitiv atferdsterapi (IKAT)

I løpet av de siste 20 årene har behandlingstilbud for depresjon gjennomgått en stor teknisk revolusjon, hvor behandlingsmetoder som kognitiv atferdsterapi (KAT) i større grad er blitt tilgjengelig via internett (IKAT) [48]. Denne behandlingsformen kan bli gitt med eller uten terapeutisk veiledning. Ut ifra arbeidet med denne oppgaven tyder det på at majoriteten av internettbasert behandling er basert på KAT for ulike lidelser og målgrupper, blant annet barn, ungdom og voksne med alt fra panikkklidelse, depresjon og generalisert angstlidelse (GAD), til posttraumatisk stresslidelse (PTSD) og obsessiv kompulsiv lidelse (OCD) [51]. Forskningen gjort på dette med voksne studiedeltakere viser at IKAT har positive effekter sammenliknet med kontrollgrupper bestående av ventelister eller placebo, samt at det virker å være like effektivt som ansikt-til-ansikt KAT [46, 48]. Studier på IKAT for barn og unge har vist liknende resultater, med moderat til store effekter på å redusere alvorlighetsgraden av symptomer sammenliknet med kontrollgrupper [47, 52, 53].

En meta-analyse gjort av Karyotaki et al. [54] så på 36 randomiserte kontrollerte studier (RCT) som inkluderte 8107 voksne deltakere med depresjon, og fant at både terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet IKAT var assosiert med reduksjon i depressive symptomer sammenliknet med *behandling som vanlig* og venteliste. Terapeutveiledet IKAT viste seg å være mer effektiv ved slutten av behandlingen, men denne forskjellen jevnet seg ut etter 6- og 12 mnd, noe som betyr at ikke-terapeutveiledet IKAT har et potensial som et virksomt, kostnadseffektivt, tilgjengelig og selvstendig verktøy til mennesker med depresjon som ikke mottar annen psykisk helsehjelp.

2.5.2 Manglende utviklede behandlingstilbud og empirisk forskning på internettbasert psykoterapi til ungdom

Litteratur på internettbasert behandling for ungdom med depresjon henger etter sammenliknet med forskning på voksne [55]. Gitt den store andelen av ungdom som bruker internett sammenliknet med eldre, er det overaskende at det ikke finnes mer forskning på dette. I en meta-analyse [47] gjort på 25 forskjellige studier konkluderes det med at IKAT er en effektiv behandling for barn og unge med psykiske lidelser, sammenliknet med venteliste. Det er for meg uvisst om det er gjort studier som sammenlikner effekten av IKAT på ungdom og voksne. To nylige RCT'er indikerer positive resultater for IKAT i behandlingen av depresjon hos ungdom, der IKAT førte til en 50% eller høyere reduksjon av depressive symptomer i 42% av tilfellene [56] og 46% oppnådd klinisk signifikant forbedring [57].

2.5.3 Hvorfor er det viktig å se på andre behandlingsmetoder?

Selv om disse resultatene for IKAT er lovende, er det fortsatt mulig at mange pasienter hadde hatt mer nytte av en annen behandlingsmetode. Et annet slikt alternativ er psykodynamisk psykoterapi (PDT). Riktignok er ikke denne behandlingsformen like mye forsket på som KAT, men flere meta-analyser støtter opp under effektiviteten PDT har som behandlingsform for voksne med psykiske lidelser [58, 59]. Den tilgjengelige forskningen viser også at PDT er en effektiv behandlingsform for barn og unge, men denne forskningen har svakheter grunnet et mindre antall kontrollerte studier [60-62]. Resultater fra den største RCT'en [63] gjort på psykoterapi for barn og unge med depresjon viser at PDT kan være like klinisk effektivt og kostnadseffektivt som KAT. På tross av at IKAT for barn og unge viser lovende resultater er det lite mangfold i behandlingsmetodene som tilbys, noe som er en svakhet spesielt når det kommer til pasientenes valgfrihet [64]. Det er også viktig at det finnes flere behandlingstilbud slik at det kan nå ut til de som ellers ikke responderer på allerede eksisterende behandlingstilbud.

2.6 Psykodynamisk psykoterapi (PDT)

Psykodynamisk psykoterapi (PDT) er en av de vanligste terapiformene (**vedlegg 1, tabell 1**) innenfor psykiatrien som bygger på *psykoanalysen* - en behandlingsmetode og teoretisk grunnlag utviklet av Sigmund Freud og hans etterfølgere [65, 66]. I følge Gabbard [67] defineres følgende kjennetegn på psykodynamisk terapi med bakgrunn i at store deler av det mentale liv er ubevisst;

- *Barndomsopplevelser og genetiske faktorer former det voksne individet.*
- *Overføringen fra pasienten til terapeuten er kilden til å forstå pasientens relasjoner til andre og motoverføring gir god informasjon om hva pasienten fremkaller i andre.*
- *Pasienten sin motstand til terapien er et viktig fokus. Pasienten sine symptomer og atferd styres av komplekse og ofte ubevisste krefter og tjener mange funksjoner.*
- *Terapeuten hjelper pasienten til å oppnå en følelse av det å være unik og autentisk.*

Behandlingen av psykiske lidelser med PDT er ofte individuell, regelmessig og krever et langvarig forhold til terapeuten, gjerne over flere år, hvor man sammen løser pasientens utfordringer [65]. Dette kan være én eller flere ganger per uke, tidsavgrenset til eksempelvis 10, 20 eller 40 timer, eller en prosess uten tidsavgrensning over flere år. Den psykodynamiske forståelsen brukes ofte til å få tak i meningen med symptomer og psykologiske sammenhenger eller assosiasjoner, men PDT brukes i mindre grad som eneste behandlingsmetode og kombineres ofte med medisiner [65]. PDT går ut på å oppdage, forstå og bearbeide ulike følelser og opplevelser fra relasjoner, samt at pasienten blir klar over hvordan vedkommende unngår eller beskytter seg mot smertefulle tanker, følelser og opplevelser som en gang kan ha vært nyttig, men som i dag er en hindring for et godt liv [68]. Ukjente sider av pasientens liv utforskes, som ofte kommer til uttrykk i form av blant annet angst og depresjon, og ofte henger dette sammen med pasienten sine vansker som eksempelvis relasjonsproblematikk eller det å fungere i jobb eller skole [68]. Tatt i betraktning det langvarige behandlingsforløpet er det dog ikke like vanlig å bruke PDT for mer avgrensede lidelser som angst og depresjon. En meta-analyse gjort av Abbass et al. [61] om korttids PDT for barn og unge viste moderat til store effekter på angst og stemningsleie både under studien og i oppfølgingen etter studien var avsluttet.

2.6.1 Internettbasert psykodynamisk psykoterapi (IPDT)

PDT kan foregå via mange ulike kommunikasjonsmedier. Ulik terminologi blir brukt synonymt, noe som skaper forvirring, men i praksis inkluderer dette ulike varianter av teknologi og plattformer. Hovedsakelig deles det inn i to grupper; synkron og asynkron kommunikasjon. Synkron fjernterapi kan bli gitt over telefon, via online lyd- eller video, chat eller e-post, hvor ulik terminologi blir brukt for denne typen behandling, for eksempel «(...) telepsychotherapy, internet psychotherapy, online psychotherapy (...)» [69]. Asynkron fjernterapi kan bli designet som internettbaserte selvhjelpskurs med minimal og asynkron kommunikasjon med terapeuten, hvor det ofte inkluderer et supplement på websiden med

tekst, video- og lydfiler [70, 71]. I følge Markowitz et al. [72] kan vi etter hvert forvente at synkron- og asynkron psykoterapi over internett vil bli de vanligste formene for PDT. Dette vil ha flere fordeler for pasienter, som eksempelvis reduserte kostnader, mindre ubeleilighet, mindre reisetid til et behandlingskontor, redusert fravær fra jobb og utdanning, samtidig som det også vil redusere kostnader for terapeuter og behandlingstilbud [69]. Denne litteraturstudien fokuserer imidlertid på asynkron terapi.

Ved å bytte ut klassisk PDT med IPDT er det en mulighet for å redusere barrierer pasienter opplever for å delta i terapi. Dersom IPDT for eksempel er et selvhjelpsprogram vil faktorer som stigmatisering, dårlig forhold til terapeut og redsel for brudd på taushetsplikt ikke være til stedet, og derav føre til en bedre opplevelse av behandling og en større mestingsfølelse ved at pasienten selv får ta større del i egen terapi. Forskning har vist at unge mennesker er mer ivrig til å ta del i egen behandling [73] og for mange unge vil dette føre til at de føler en form for selvkontroll og at de hjelper seg selv [74]. Stubbing og Gibson [39] konkluderer blant annet med at det er større bevissthet og forståelse rundt at det nåværende mentale helsetilbudet må endres for å møte ungdommer sitt behov, noe som taler positivt for IPDT. Dermed er det interessant å kartlegge hva som finnes av slike tilbud på nåværende tidspunkt.

2.6.2 Hva vet vi om IPDT til nå?

IPDT har nylig blitt utviklet og testet med lovende resultater i den voksne populasjonen, blant annet rettet mot stemnings- og angstlidelser [6-8]. Til min kjennskap har det vært gjort 3 RCT'er på IPDT for voksne med depresjon eller angstlidelser, der alle viser moderat til store effekter sammenliknet med kontrollgruppene [8, 75-78]. Ut ifra en studieprotokoll [79] er det til nå kjent at det er utviklet et IPDT program i Sverige [50] for ungdom som lider av depresjon, hvor studiedeltakerne lærte hvordan emosjonelle konflikter kan ligge til grunn og opprettholde depressive symptomer, hvordan de selv skulle oppdage angst og emosjonell unngåelse, samt hvordan de skulle gå frem for å nærme seg undertrykkede følelser. Ut ifra kjent litteratur viser det seg at det er gjort lite forskning på IPDT for ungdom.

2.7 Problemstilling for oppgaven

På bakgrunn av denne introduksjonen defineres problemstillingen for denne oppgaven på følgende måte: Hva finnes av internettbasert psykodynamisk terapi (IPDT) for ungdom med depresjon og/eller angst?

Metode

For å besvare problemstillingen ble det gjennomført litteratursøk i flere databaser for å undersøke hva som finnes av litteratur på IPDT for ungdom. Litteratursøket ble planlagt med utgangspunkt i en bred orientering innenfor IPDT-feltet i oppstartsfasen. Faglitteratur foreslått av min veileder i form av artikler og bøker om det aktuelle temaet ble gjennomgått. Denne litteraturen ble deretter brukt som grunnlag for oppgaven. I tillegg ble aktuell litteratur fra referanselistene til de overnevnte artiklene også brukt i denne oppgaven.

De tematiske elementene som ble inkludert i denne oppgaven var terapeutveiledet og ikke-terapeutveiledet internettbasert psykodynamisk terapi (IPDT), ungdom i aldersgruppen 10-24 år, samt depresjons- og angstlidelser. Aldersgruppen som er inkludert i denne oppgaven er definert ved å ta utgangspunkt i den yngste alderen i WHO sin definisjon av *adolescents* (10-19 år) og den eldste alderen i WHO, FN og UNICEF sin definisjon av *youth* (15-24 år). I forkant av søket ble inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier bestemt basert på de tematiske elementene og søkeordene:

Inklusjonskriterier:

- 1) *Internettbasert psykodynamisk psykoterapi (både veiledet og ikke-veiledet).*
- 2) *Internettbasert PDT som sammenliknes opp mot andre behandlingsformer.*
- 3) *Ungdom (alle kjønn) i alderen 10-24 år.*
- 4) *Depresjons- og/eller angstlidelser.*

Eksklusjonskriterier:

- 1) *PDT som er gitt «direkte» over internett (videokonsultasjoner/online-terapi).*
- 2) *Annen type behandling enn internettbasert psykodynamisk psykoterapi.*
- 3) *Behandling som involverer en annen del av populasjonen (barn, voksne eller eldre).*
- 4) *Andre psykiatriske diagnoser enn angst og depresjon.*

Med utgangspunkt i de tematiske elementene ble ulike søkeord funnet på bakgrunn av litteraturen som ble gjennomgått i oppstartsfasen, samt søk i ulike MeSH-databaser som for eksempel *MeSH Browser* fra National Library of Medicine. Noen av de planlagte søkeordene ble fjernet og nye søkeord ble inkludert etter møte med bibliotekar fra Universitetet i Oslo. En oversikt over søkeord som ble brukt i søket finnes i **tabell 2**.

Tabell 2: oversikt over søkeord, sortert kolonnevis etter tema.

Internettbasert	psykodynamisk psykoterapi	ungdom	angst	depresjon
Internet/ internet access / internet use / internet-based intervention	psychodynamic therapy / psychotherapy / psychodynamic	adolescent	anxiety	depression
online	PDT	youth	anxiety disorders	depressive disorder
digital	IPDT	young people	agoraphobia	major depressive disorder (MDD)
web/website	dynamic	young adult	panic disorder	
electronic based/ e-based	psychoanalytic	teenager	social phobia	
mlearning/m-learning/mobile-learning	affect focused	teen/teens	nervousness	
electronic learning/ elearning/e-learning	emotion focused		hypervigilance	
electronic teaching/e-teaching	mentalization-based therapy			
electronic education/e-education	interpersonal therapy			
computer based	intersubjective therapy			
computer-assisted instruction				

Databasene som ble brukt til søket var Ovid (APA PsycInfo) og Ovid (MEDLINE). En rekke av de forhåndsbestemte emne- og søkeordene ble satt sammen og kombinert på ulike måter for å få mest mulig nøyaktige treff på publiserte artikler. Det var hovedsakelig søkt i tittel og abstract, med et unntak for ordet *adolescent*, hvor det ble søkt bredt. De endelige søkene ble begge utført 12.12.22 med hjelp av en bibliotekar fra Universitetet i Oslo, se **tabell 3** og **tabell 4**.

Tabell 3: oversikt over det systematiske søket i Ovid (APA PsycInfo).

Søk #	Søkeord/kombinasjon	Antall treff
1	(anxiet* or agoraphob* or panic disorder* or social phobia* or nervousness* or hypervigilance*).ti,ab.	232 235
2	(Depress* or MDD*).ti,ab.	340 202
3	1 or 2	474 564
4	(adolescent* or youth* or young people* or young adult* or teenager* or teen or teens).mp.	662 456
5	(internet or online or on-line or digital* or web or website* or electronic based or e-based or mlearning or m-learning or mobile-learning or electronic learning or elearning or e-learning or electronic teaching or e-teaching or electronic education or e-education or computer based).ti.	63 453
6	(psychodynamic* or PDT* or IPDT* or dynamic* or psychoanalytic* or affect focused* or emotion focused* or mentalization-based* or interpersonal* or intersubjective*).ti,ab.	328 994
7	3 and 4 and 5 and 6	73

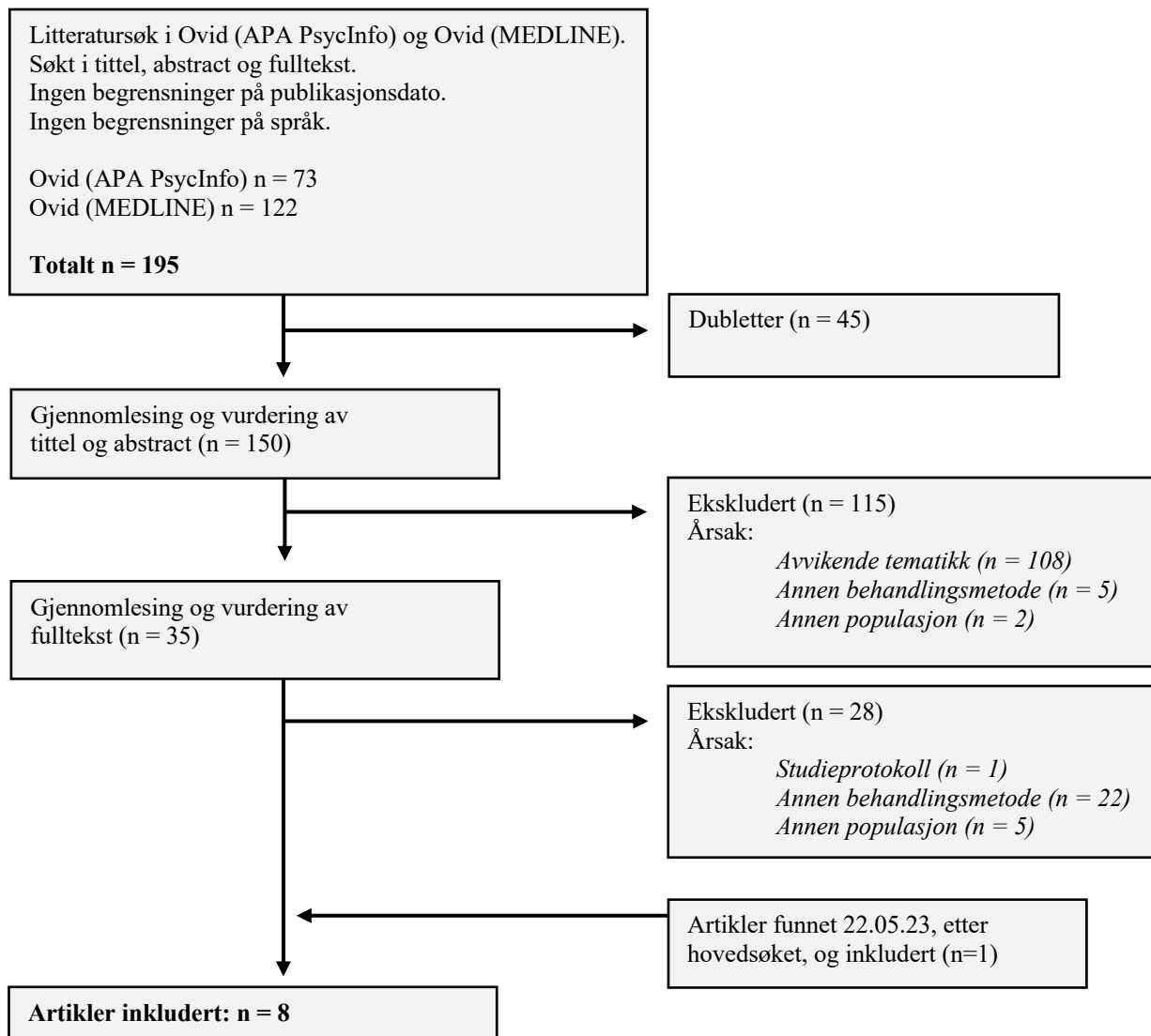
Tabell 4: oversikt over det systematiske søket i Ovid (MEDLINE).

Søk #	Søkeord/kombinasjon	Antall treff
1	exp Anxiety/ or exp Anxiety Disorders/	182 576
2	exp Depression/	145 650
3	exp Depressive Disorder/	119 866
4	(anxiet* or agoraphob* or panic disorder* or social phobia* or nervousness* or hypervigilance*).ti,ab.	252 983
5	(Depress* or MDD*).ti,ab.	539 122
6	1 or 2 or 3 or 4 or 5	761 818
7	(adolescent* or youth* or young people* or young adult* or teenager* or teen or teens).mp.	2 809 166
8	(internet or online or on-line or digital* or web or website* or electronic based or e-based or mlearning or m-learning or mobile-learning or electronic learning or elearning or e-learning or electronic teaching or e-teaching or electronic education or e-education or computer based).ti.	14 4837
9	internet/ or internet access/ or "internet use"/ or internet-based intervention/	81 609
10	Computer-Assisted Instruction/	12 478
11	8 or 9 or 10	195 751
12	emotion-focused therapy/ or interpersonal psychotherapy/ or mentalization-based therapy/ or psychoanalytic therapy/	15 495
13	Psychotherapy, Psychodynamic/	746
14	(psychodynamic* or PDT* or IPDT* or dynamic* or psychoanalytic* or affect focused* or emotion focused* or mentalization-based* or interpersonal* or intersubjective*).ti,ab.	961 666
15	12 or 13 or 14	971 646
16	6 and 7 and 11 and 15	122

Det ble totalt funnet 195 artikler i Ovid (APA PsycInfo) og Ovid (MEDLINE). Videre ble alle artiklene importert til EndNote og først sortert automatisk ved å fjerne duplikater med «find duplicates» funksjonen, for så å manuelt gå over og sortere ut duplikater som ikke ble oppdaget. 45 duplikater ble identifisert og selektert bort. Videre ble tittel og abstract gjennomlest for de resterende 150 artiklene. Det ble selektert bort totalt 115 på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene, hvor 108 hadde avvikende tematikk, 5 hadde en annen behandlingsmetode enn IPDT og 2 inkluderte en annen del av populasjonen.

Avslutningsvis ble de resterende 35 artiklene gjennomlest og vurdert basert på fulltekst. Totalt ble 28 av disse selektert bort ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriteriene, der 1 var en studieprotokoll, 5 omfattet en annen populasjon og 22 inneholdt en annen behandlingsmetode eller en blanding av ulike terapeutiske tilnærminger. Etter å ha ekskludert artikler i to omganger endte det opp med totalt 7 artikler som ble inkludert i denne oppgaven fra litteratursøket. Disse 7 artiklene var allerede kjent fra før, ettersom de var blant artiklene som ble brukt som utgangspunkt for oppgaven i opplæringsfasen. **Figur 2** viser artikkelflyten.

Figur 2: flytskjema for litteratursøkene i Ovid (APA PsycInfo) og Ovid (MEDLINE).



Etter hovedsøket ble avsluttet 12.12.22 ble det videre funnet én ny publikasjon fra Lindqvist et al. (2023) [80] den 22.05.23. Denne artikkelen tok utgangspunkt i en av de 7 inkluderte artiklene fra hovedsøket, og ble derfor også inkludert i denne litteraturoppgaven, som vil si at totalt 8 artikler kom med.

Resultater

Søket i denne litteraturstudien viser at det finnes svært få artikler som omhandler internettbasert psykodynamisk terapi for ungdom med depresjon og/eller angst. Av totalt 195 artikler ble kun 8 plukket ut, på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene, og inkludert i denne litteraturstudien (se **vedlegg 2 - tabell 5**). Det er funnet 3 primærartikler som omhandler ett IPDT-program utviklet i Sverige (pilot RCT og en RCT som sammenliknet IPDT med IKAT), samt tilpasning og endring av dette for bruk i Storbritannia (et ukontrollert design). For alle primærartiklene er det også utført diverse sekundærstudier som omtales i resultatene, men samtlige artikler i denne studien er basert på samme type behandling; IPDT.

Kvaliteten til artiklene inkludert i denne litteraturstudien (n=8) ble vurdert ved bruk av Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT) [81]. Studiene i denne litteraturstudien hører til kategoriene *kvantitativ RCT* (n=5), *kvantitativ non-RCT* (n=2) og *kvalitativ* (n=1) og ble vurdert ut ifra relevante kriterier. Hvert av kriteriene ble scoret med enten «ja», «nei» eller «uklart». Studiene viser god kvalitet og oppfyller de fleste kriteriene (se **vedlegg 3 – tabell 6**).

4.1 Utvikling og testing av IPDT program rettet mot ungdom med depresjon

Studien «Affect-Focused Psychodynamic Internet-Based Therapy for Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial» [82] av Lindqvist et al. (2020) gjorde en pilot RCT for et IPDT-program utviklet for ungdom med depresjon. Målet med denne studien var å undersøke om affektfokusert IPDT var mer effektiv i behandling av å redusere depresjon hos ungdom sammenliknet med en kontrollgruppe.

4.1.1 Metode og intervensjon

Studien inkluderte 76 ungdom mellom 15-18 år som oppfylte følgende kriterier; diagnostisert med MDD (major depressive disorder) ut ifra DSM-5 (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, 5. utgave), score minst 10 poeng på QIDS-A17-SR (Quick Inventory of Depressive Symptomatology for Adolescents) og oppfylt kriterier på depresjon i følge MINI 7.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview 7.0) [82]. Eksklusjonskriteriene inkluderte en økt risiko for suicidalitet eller tidligere suicidforsøk (undersøkes ved bruk av Columbia-Suicide Severity Rating Scale – C-SSRS), deltakelse i annen psykiatrisk terapi, psykofarmaka som ikke har vært stabil siste 3 mnd, andre primærdiagnoser som er behandlingskrevende eller psykiatiske diagnoser som psykotiske lidelser, bipolar I/II, antisosial personlighetsforstyrrelse, autisme eller rusmisbruk. Deltakerne ble rekruttert via sosiale

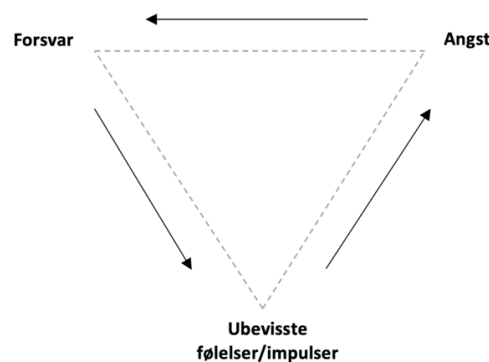
medier, skoler, ungdomssenter, psykisk helsevern og liknende, der de ble henvist til en nettside hvor de kunne søke om å delta i studien. Deltakerne som ble inkludert ble videre randomisert til behandlings- eller kontrollgruppe i 1:1 ratio av en uavhengig forsker, der 34 deltakere fikk IPDT og 38 deltakere havnet i kontrollgruppen. Terapeutene (n=11) som deltok i denne studien [82] var sertifiserte psykologer (n=2) og psykologistudenter (n=9) på deres siste semester i utdanningen, hvor psykologistudentene behandlet 61 av de totalt 66 pasientene. Terapeutene hadde alle valgt å fordype seg innenfor PDT under utdanningen og studentene fikk i tillegg et kurs fra utviklerne av IPDT-programmet før intervensjonen startet. Terapeutene fikk gruppevis (n=5-6) ukentlig veiledning av en erfaren psykoterapeut.

IPDT programmet ble utviklet i Sverige spesifikt for denne studien av Lindqvist og Mechler [82] basert på liknende behandlingsmetoder benyttet i tidligere RCT'er gjort på voksne [76, 78]. Intervensjonen inneholdt 8 terapeutveilede selvhjelpsmoduler som besto av video, tekst og øvelser som ble gjennomført og sendt til terapeuten, hvor deltakerne fikk tilbakemelding vanligvis innen 24 timer, samt 30-minutters synkrone chattesesjoner mellom deltaker og terapeut én gang i uken. Chattesesjonene var ustrukturert, men med et fokus på emosjonelle konflikter og relasjonshendelser som kunne være underliggende for depressive symptomer.

Formålet med intervensjonen var å redusere depressive symptomer gjennom reduksjon av følelsmessig unngåelse og økt oppmerksomhet ovenfor sine egne følelser, samt mer erfaring av opplevelse og uttrykking av følelser [82]. I den første delen av behandlingen ble deltakerne introdusert for ideen om at emosjonelle konflikter kan være en underliggende årsak for depresjon og at følelser som er oppfattet som truende i nøkkelrelasjoner vil føre til angst, for så å videre bli undertrykket eller forvrengt for å opprettholde den aktuelle relasjonen [83]. Behandlingen er en affektfokusert terapi som tar utgangspunkt i *Malan's konfliktriangel* [84] som hevder at vanskelige følelser vil trigge angst fordi disse følelsene kan utgjøre en trussel ovenfor viktige relasjoner (se **figur 3**). Angsten vil videre trigge forsvarsmekanismer, slik som utagering, selvbepreidelse eller unngåelse, hvor hyppig bruk av dette videre vil kunne føre til psykopatologi, som depresjon og angst [82]. Gjennom terapien ble pasientene oppmuntret til å utforske deres forsvarsmekanismer, regulering av angst og utforsking av tidligere unngåtte følelser relatert til situasjoner som kan trigge depressive symptomer [82]. Den siste delen av IPDT-programmet inneholdt informasjon om hvordan deltakerne kunne uttrykke tidligere unngåtte følelser i nære relasjoner, med fokus på psykologiske utviklingsforstyrrelser som er relevante for ungdom [85].

Intervensjonen for kontrollgruppen var støttende kontakt over internett, hvor deltakernes symptomer og velvære ble evaluert ukentlig ved hjelp av spørsmål fra terapeut sendt via tekstmelding [82]. Deltakerne kunne kontakte terapeuten sin via plattformen når som helst, og alle meldinger ble besvart av terapeutene vanligvis innen 24 timer. Terapeutene ga deltakerne grunnleggende støtte, uttrykket empati og validerte deltakernes følelser, samt oppfordret deltakerne til å beskrive og diskutere stressende hendelser i livet. Terapeutene brukte ingen psykodynamiske tilnærminger på kontrollgruppen og de fikk heller ikke behandlingsmateriell eller synkrone chattesesjoner.

Figur 3: Malan's konflikttriangel. Figur fra Malan [84], illustrert og oversatt til norsk.



Det primære utfallsmålet for studien var selvrapporterte depressive symptomer, målt med QIDS-A17-SR via internett, som er et validert måleinstrument for depressive symptomer hos både voksne og ungdom [86]. Vurderinger ble gjort før intervensjonen, ukentlig og etter intervensjonen var ferdig, samt 6 måneder etter avsluttet intervensjon for behandlingsgruppen [82]. Sekundære utfall ble målt ved bruk av følgende skalaer; Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) [87], Montgomery Åsberg Depression Rating Scale-selvevaluering (MADR-S) [88, 89] og Self-Compassion Scale (SCS-SF) i kortversjon [90] som ble utfylt både før og etter intervensjonen, sammen med Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) [91] som ble utfylt ukentlig.

4.1.2. Resultater

Totalt 76 deltakere ble inkludert i studien (61 kvinner (80%), 15 menn (20%)), med en gjennomsnittsalder på 16,6 år, hvor 38 deltakere (50%) ble randomisert til IPDT og 38 deltakere (50%) ble randomisert til kontrollgruppen [82]. Ut av de 38 deltakerne i IPDT-gruppen startet 4 deltakere aldri intervensjonen, hvor disse senere ble inkludert i analysen for

primære utfallsmål, men ikke for sekundære utfallsmål. Alle deltakerne i de to gruppene oppfylte krav til *major depressive disorder* - MDD (som tilsvarer *moderat depressiv episode* ut ifra ICD-10 kriteriene [9]), mens 22 (58%) i IPDT-gruppen og 23 (62%) i kontrollgruppen oppfylte krav om en form for angstdiagnose, før intervensjonen startet.

Primære og sekundære utfallsmål

Analysen av QIDS-A17-SR viste at IPDT-gruppen hadde en signifikant brattere nedgang i symptomer sammenliknet med kontrollgruppen, og analysen av de sekundære målene (GAD-7, DERS og SCS-SF) viste alle signifikant bedre resultater for IPDT-gruppen sammenliknet med kontrollgruppen [82]. Ved å bruke en QIDS-A17-SR score ≤ 6 som et mål på remisjon av depressive symptomer viste det at 35% (12/34) i behandlingsgruppen og 8% (3/38) i kontrollgruppen var regnet som friske etter intervensjonen. Vurderingen på IPDT-gruppen ble utført 6 måneder etter intervensjonen ved å bruke QIDS-A17-SR og GAD-7 (sekundært mål), hvor parvise *t*-tester mellom vurderingen ved slutten av intervensjonen og oppfølgingen ikke viste signifikant forskjell, noe som betyr at resultatene for depresjon og angst ble opprettholdt gjennom oppfølgingsperioden i etterkant av intervensjonens avslutning.

Mulige negative effekter av intervensjonen

Etter studien var ferdig ble QIDS-A17-SR score og et spørreskjema om negative effekter [92] brukt for å kartlegge mulige negative følger av IPDT-programmet [82]. Ingen deltakere i IPDT-gruppen hadde en forverring på QIDS-A17-SR scoren, sammenliknet med en forverring hos 3 deltakere i kontrollgruppen. Spørreskjemaet om negative effekter viste at 28 av 34 deltakere (82%) ikke rapporterte om noen negative effekter, 1 deltaker (3%) mente at internettbasert interaksjon ikke var optimal på grunn av en følelse av ensomhet, 1 deltaker (3%) beskrev en økende følelse av sinne kortvarig, 2 deltakere (6%) følte stress i møte med tidligere unngåtte følelser og 2 deltakere (6%) mente at behandlingsformatet var stressende.

4.2 Sekundæranalyser basert på Lindqvist et al. (2020)

4.2.1 Følelserregulering som en prediktor for utfallet av IPDT-behandling

Mechler et al. [93] undersøkte i en sekundæranalyse hvordan ulike grader av følelserregulering forutsier behandlingsutfallet i IPDT for ungdom med depresjon. Bakgrunnen for denne studien er at indre emosjonelle konflikter trigger og opprettholder symptomer på depresjon [93]. Data til studien ble hentet fra pilotstudien til Lindqvist et al. [82], hvor 67 deltakere (55 kvinner (82%) og 12 menn/ukjent kjønn (12%)) av de totalt 76

randomiserte, var med i analysen. To selvrapporteringsskjemaer ble analysert i denne studien [93], hvor begge skjemaene ble gitt deltakerne før-, ukentlig- og etter intervensjonen var ferdig; QIDS-A17-SR for depressive symptomer og DERS-16 [91] for følelsesregulering. DERS-16 er en kortversjon utviklet fra den originale DERS (Difficulties in Emotion Regulation Scale) som måler helhetlig kapasitet for følelsesregulering. De statistiske analysene tok hovedsakelig utgangspunkt i to ulike analysemodeller [93]; om vanskeligheter i følelsesregulering før intervensjonen forutså endring når det kom til den primære utfallsvariabelen (QIDS-A17-SR) under behandlingen, og om endringer i DERS-16 forutså endring i QIDS-A17-SR den påfølgende uken.

Resultatene viste at følelsesregulering spiller en viktig rolle i behandlingsforløpet med IPDT hos ungdom med depresjon [93]. Deltakerne som hadde en høyere grad av dårlig følelsesregulering ved starten av behandlingen opplevde større effekter av IPDT, ved at en forbedret evne til følelsesregulering, antakelig ervervet under behandlingen, førte til en bedring av de depressive symptomene. Studien fant også at en lavere individuell score på DERS-16 predikerte en lavere score på QIDS-A17-SR hos vedkommende den påfølgende uken, der blant annet én modell antydte at 1. poeng reduksjon i DERS-16 videre predikerte 0,11 poeng reduksjon i QIDS-A17-SR påfølgende uke. Videre analyser viste at 41% av endringen i QIDS-A17-SR stammer fra individuelle endringer i DERS-16, noe som kan antyde at en økt kapasitet for å tolerere følelser fungerer som en viktig endringsmekanisme i IPDT-behandlingen.

4.2.2 Sudden gains (SGs) og store forbedringer mellom terapisesjonene (LIIs)

Pasienter sitt forbedringsforløp i behandlingen av psykiske lidelser er veldig individuelt. For noen er dette en gradvis prosess, mens for andre opplever de en mer plutselig og relativt stor forbedring mellom de påfølgende terapitimene [94]. Disse store og plutselige forandringene har blitt kalt *sudden gains* (SGs) [95] og har ofte blitt assosiert med bedre behandlingsutfall.

I en studie av Mechler et al. [96] undersøkte de effektene av SGs og store forbedringer mellom terapisesjonene (*large intersession improvements - LIIs*) i IPDT-behandlingen [82] for ungdom med depresjon. Effektene av SGs og LIIs ble evaluert ut ifra primært utfallsmål (QIDS-A17-SR) tidlig i behandlingen, etter behandlingen var ferdig og i oppfølgingen 6 måneder senere. Følelsesregulering (DERS-16) ble kartlagt før behandlingsstart, ukentlig under behandlingen og etter behandlingsslutt. Assosiasjoner mellom SGs, LIIs og sekundære utfallsmål (MADRS-S og GAD-7) ble også undersøkt. Deltakere fra studien til Lindqvist et al. [82] ble inkludert, både fra behandlingsgruppen og fra kontrollgruppen som etter 10 uker

ble krysset over til behandlingsgruppen. Studien inkluderte 66 ungdommer, der inklusjonskriteriene for denne studien var deltakere som startet behandling og deltok med data for minst 3 tidsperioder.

Resultatene viste at 17 (25,75%) av deltagerne opplevde én SG, hvor 12 av disse oppstod i første halvdel av behandlingen [96]. 34 (51,52%) av deltakerne opplevde minst én LII, hvor 9 (13,64%) av deltakerne opplevde flere LIIs. Effektene av å ha en SG/tidlig SG viste seg å ikke være signifikante, sammenliknet med deltakerne som ikke hadde SG/ikke tidlig SG, når det ble målt ut ifra QIDS-A17-SR. Effekten av LII og tidlige LII viste seg derimot å være signifikante på QIDS-A17-SR scoren sammenliknet med gruppene som ikke opplevde LII eller tidlig LII. Det var ingen signifikante endringer når det kom til sammenhengen mellom følelsesregulering og SG eller LII. Av de sekundære utfallsmålene var det kun LII som nådde signifikans på MADRS-S scoren, og hverken SG eller LII nådde signifikans på GAD-7. Konklusjonen fra studien antydte at relativt store forbedringer mellom terapisesjonene (LIIs) kunne predikere utfallet av behandlingen og tidlige LIIs var assosiert med signifikant bedre resultater ved behandlingsslutt.

4.3 En ikke-underlegenhetsstudie som testet IPDT opp mot IKAT

Metoden for en ikke-underlegenhetsstudie utført av Mechler et al. [97] i 2022 ble beskrevet detaljert i en studieprotokoll [98] fra 2020. Studien ønsket å evaluere om effektiviteten av IPDT-programmet (utviklet av Lindqvist et al. [82] spesifikt for denne studien) ikke var underlegen, i en ikke-underlegenhetsstudie (*non-inferiority trial*), sammenliknet med et evidensbasert og etablert IKAT-program. Studien ønsket også å sammenlikne kostnadseffektivitet og faktorer som påvirker egnethet. Hovedmålet med studien var å undersøke om terapeut-veiledet IPDT ikke var underlegen til terapeut-veiledet IKAT i behandling av depressive symptomer hos ungdom, fra før behandlingsstart til etter behandlingen var ferdig. Studien sine sekundære forskningsspørsmål var å sammenlikne utfallene av IPDT og IKAT når det kom til reduksjon i angstsymptomer, følelsesregulering og selvmedfølelse.

4.3.1 Metode

Ut ifra studieprotokollen [98] ble det planlagt å inkludere 270 ungdommer i aldersgruppen 15-19 år med følgende inklusjonskriterier; diagnostisert med MDD ut ifra DSM-5 kriterier [99], tilgang på smarttelefon/datamaskin med internett, samt skrive og snakke svensk. Eksklusjonskriteriene ble satt til de samme som i pilotstudien til Lindqvist et al. [82].

Rekrutteringen av deltakere var planlagt til å være via reklame på sosiale medier, videregående skoler, ungdomsklubber og liknende organisasjoner. Interesserte deltakere som scoret ≥ 9 på QIDS-A17-SR i en initial online screening ville først bli evaluert for depresjon med MINI-7 [100] via telefonintervjuer, og videre skulle aktuelle deltakere som ble inkludert i studien bli randomisert i 1:1 ratio for IKAT og IPDT av en uavhengig forsker. Terapeutene som ble rekruttert ville være studenter på sitt siste år i psykologiutdanningen, hvor studenter som har valgt KAT-kurs ble rekruttert til IKAT og studenter som hadde valgt PDT ble rekruttert til IPDT.

For den planlagte studien [98] ble IKAT valgt som sammenlikning til IPDT på bakgrunn av tidligere evalueringer [56, 57] som har vist at IKAT har hatt god effekt på depresjon hos ungdom. Både IKAT- og IPDT-intervensjonene består av 8 terapeutveiledede selvhjelpsmoduler som ble gitt i en periode over 10 uker. IPDT er bygget opp og har innhold som tidligere er beskrevet i denne oppgaven [82]. IKAT er bygget opp på samme måte med både tekst, video, oppgaver, tilbakemelding og ukentlig 30-minutters synkron chattesesjon med terapeut, men inneholder derimot moduler som retter seg mot atferdsmessige- og kognitive faktorer som vil dempe symptomer på angst og depresjon [98].

4.3.2 Utfallsmål

Det primære utfallsmålet forskerne ønsket å kartlegge var depressive symptomer målt med QIDS-A17-SR [86] både før studien, ukentlig gjennom studien, etter studien og i oppfølgingsperioden på henholdsvis 1-, 6- og 12-måneder [98]. Sekundære utfall som var ønsket å undersøke var; angst (med Generalized Anxiety Disorder 7-item scale, GAD-7 [87]), følelsesregulering (med The Emotion Regulation Skills Questionnaire, ERSQ [101]) og selvmedfølelse (med Self-Compassion Scale, SCS-SF [90]) i kortversjon.

4.3.3 Resultater

Resultatene beskrives i studien som ble utført av Mechler et al. i 2022 [97]. Totalt ble 272 deltakere inkludert, hvor 136 deltakere ble randomisert til IKAT (50%) og 136 deltakere ble randomisert til IPDT (50%). I de to gruppene var det 115 (85%) kvinner, 15 (11%) menn og 6 (4%) av ukjent kjønn for IKAT, og 112 (82%) kvinner, 21 (15%) menn og 3 (2%) av ukjent kjønn for IPDT. Gjennomsnittsalderen for gruppene var henholdsvis 17,29 år (IKAT) og 17,35 år (IPDT). Alle deltakerne i de to gruppene oppfylte krav til *major depressive disorder* – MDD, mens 133 deltakere i IKAT-gruppen (98%) og 107 deltakere i IPDT-gruppen (79%) oppfylte krav til ulike angstdiagnoser (panikk lidelse, agorafobi, sosial angst, generalisert

angstlidelse og PTSD), før intervensjonen startet. Av alle 272 deltakerne startet 11 aldri intervensjonen (IKAT=3, IPDT=8), 11 fullførte aldri vurderingen av primære utfallsmål etter behandling (IKAT=4, IPDT=7) og 22 fullførte aldri vurderingen av sekundære utfallsmål etter behandling (IKAT=9, IPDT=13). På tross av frafallet ble alle 136 deltakerne fra hver gruppe inkludert i ITT (*intention-to-treat*) analysen etter studien var gjennomført, mens kun deltakere som fullførte studien ble inkludert i per-protokoll analysen.

Totalt deltok 38 terapeuter (IKAT = 18 og IPDT = 20) i studien [97], hvor samtlige var psykologstudenter på sitt siste år i utdanningen med fordypning i de respektive terapiformene. Før intervensjonen startet fikk terapeutene én dag opplæring av utviklerne for studien, og videre 120 minutter obligatorisk ukentlig veiledning av erfarne psykologer eller psykiatere.

Primære og sekundære utfallsmål

Analysen av QIDS-A17-SR viste at det var en reduksjon av depressive symptomer hos begge gruppene, hvor IKAT-gruppen forbedret scoren med 5,93 poeng og IPDT-gruppen med 6,55 poeng [97]. Forskjellen i endring av QIDS-A17-SR for begge gruppene viste at IPDT var ikke-underlegen sammenliknet med IKAT når det kom til endringer i depressive symptomer. Ved slutten av behandlingen var 16 deltakere (12% i IKAT) og 18 deltakere (13% i IPDT) regnet som delvis respondert på behandling, mens 51 deltakere (38% i IKAT) og 54 deltakere (40% i IPDT) regnet som friske. Ingen av forskjellene var statistisk signifikante i forhold til hverandre. IPDT ble regnet som overlegen når det kom til å redusere angst (mål med GAD-7), men effektstørrelsen var liten. Behandlingsforskjeller når det kom til følelsesregulering (mål med ERSQ) og selvmedfølelse (mål med SCS-SF) var ikke statistisk signifikante for behandlingsgruppene. Det ble derfor konkludert at IPDT er ikke-underlegen sammenliknet med IKAT når det kommer til både de primære- og sekundære utfallsmålene.

Mulige negative effekter av intervensjonen

Etter studien var ferdig fylte deltakerne ut et spørreskjema om negative effekter, hvor 130 (96%) i IKAT gruppen og 124 (91%) i IPDT gruppen svarte at de ikke hadde noen negative effekter [97] av intervensjonene. Forskjellen i gruppene var ikke statistisk signifikante, noe som betyr at også her var IPDT ikke-underlegen sammenliknet med IKAT. De rapporterte negative effektene gjaldt hovedsakelig angst trigget i møtet med vanskelige følelser eller stress. Det oppsto ingen alvorlige uønskede hendelser i løpet av studien.

4.4 Samspillet mellom terapeutisk allianse og følelsesregulering

Lindqvist et al. (2023) [80] undersøkte om samspillet mellom terapeutisk allianse og følelsesregulering var en prediktor for utfallet i internettbasert terapi for ungdom med depresjon. Denne studien er en sekundærstudie til Mechler et al. (2022) sin RCT [97]. Deltakerne (n=272) og terapeutene scoret alliansen ved bruk av SAI (Session Alliance Inventory) [102] ukentlig i 10 uker. Deltakerne scoret også depresjonssymptomer og følelsesregulering ukentlig, før- og etter intervensjonen ved bruk av QIDS-A17-SR [86] og ERSQ-9 [101].

Resultatene fra studien var statistisk signifikante og viste at allianse både i IPDT og IKAT, vurdert av deltakere og terapeuter, predikerte scoren på depresjon den påfølgende uken – høyere allianse én uke predikerte lavere score på depresjonssymptomer påfølgende uke [80]. Høyere score på følelsesregulering én uke predikerte lavere score på depresjonssymptomer påfølgende uke. Det viste seg også at forholdet mellom allianse og utfall av behandling (målt basert på score av depressive symptomer) var forbundet med følelsesregulering – det vil si at en høyere alliansescore én uke, predikerte økt følelsesregulering påfølgende uke, som igjen førte til reduksjon i scoren på depressive symptomer uken etter det igjen.

4.5 Tilpasning av IPDT-programmet for bruk i Storbritannia (DOT:S studien)

Midgley et al. [103] gjorde en pilotstudie hvor de undersøkte gjennomførbarhet, akseptabilitet og effektivitet av et engelskspråklig IPDT program, utviklet basert på IPDT programmet av Lindqvist et al. [82], for ungdom med depresjon. Hovedmålet med denne studien var å tilpasse IPDT programmet og teste det ut på ungdom med depresjon i Storbritannia, samt å vurdere rekrutteringen til studien, gjennomførbarheten, hvor engasjerte deltakerne var i de ulike elementene i løpet av behandlingen og undersøke programmets effektivitet for å redusere depressive symptomer hos ungdom.

4.5.1 Metode

Studien ble gjennomført med én gruppe deltakere og hadde et ukontrollert og utforskende design [103]. Rekrutteringen til studien ble gjort via ulike plattformer, inkludert skoler og sosiale medier. Av de 62 interesserte ble 23 ungdommer inkludert (18 kvinner (72%) og 5 menn (28%)) ut ifra inklusjonskriteriene; aldersgruppe 16-18 år, en score på ≥ 10 på QIDS-A17-SR og oppfylt kriterier for MDD ut ifra MINI-7 på et telefonintervju, internettilgjengelighet via en elektronisk enhet, samt å kunne lese og skrive engelsk. Eksklusjonskriteriene var de samme som i pilotstudien til Lindqvist et al. [82]. Tilpasningen

av IPDT-programmet [103] inkluderte oversetting fra svensk til engelsk og en kulturell tilpasning som var gjort ut ifra tilbakemeldinger fra en gruppe unge mennesker (16-21 år) som hadde erfaringer med å bruke psykiske helsetjenester. Intervensjonen i IPDT-programmet foregikk på samme måte som i pilotstudien til Lindqvist et al. [82], hvor det i denne studien også var 8 moduler som skulle gjennomføres på 10 uker, sammen med en ukentlig 30-minutters chattesesjon. Innholdet i modulene var det samme, med noen kulturelle tilpasninger, og hovedmålet med intervensjonen var å redusere depressive symptomer gjennom å vektlegge emosjonell bevissthet og opplevelse av egne følelser [103].

Terapeutene (n=9; 8 kvinner og 1 mann) i denne studien [103] var psykologstudenter som alle hadde erfaring med å jobbe med barn og ungdom. Alle fikk trening i terapeutisk tilnærming som inkluderte tre seminarer og én dag praktisk trening før intervensjonen startet, samt ukentlig veiledning av en klinisk psykolog eller psykoterapeut med ekspertise i psykodynamisk terapi i forløpet av hele studien.

Det primære utfallsmålet som ble undersøkt var selvrapporterte depressive symptomer målt med QIDS-A17-SR og sekundære utfall ble målt ved bruk av Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) og Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16) [103]. Alle målingene ble utført både før-, ukentlig og etter intervensjonen, samt 3 måneder etterpå. I etterkant av intervensjonen ble også alle deltakerne invitert til å delta i et intervju som utforsket deres opplevelser med IPDT-programmet.

4.5.2 Resultater

Av de 23 deltakerne i studien, trakk 2 deltakere seg fra studien etter 6 dager og etter 16 dager; én fordi mengden materiale å lese ble for mye ved siden av skolearbeid, og den andre fordi vedkommende valgte å starte med ansikt-til-ansikt terapi igjen [103]. Datamateriale som hadde blitt innhentet fra de 2 deltakerne ble brukt i studien. Alle deltakerne gjennomførte spørreskjemaene for primære- og sekundære utfallsmål før studien startet, mens 18 av 21 deltakere fullførte også dette etter intervensjonen var ferdig. Deltakerne fullførte varierende antall ukentlige målinger, men over halvparten fullførte alle målingene på alle gitte målingstidspunkt.

Akseptabilitet og engasjement i de ulike elementene av behandlingen

Før intervensjonen startet ble deltakerne spurt om de foretrakk internettbasert støtte eller støtte via tradisjonell ansikt-til-ansikt terapi [103]. 14 deltakere (60%) var likegyldige, 3 (13%) foretrakk internettt og 5 (21%) foretrakk ansikt-til-ansikt. 18 deltakere ga

tilbakemelding på hvor fornøyd de var med den digitale plattformen ved slutten av studien, hvor de fleste (n=15, 83%) enten var *enig* eller *veldig enig* i at de var fornøyd med plattformen, mens et fåtall (n=3, 16,6%) var *sterkt uenig* i dette. Generelt var deltakerne mest fornøyd med at det var enkelt å spille av videoer, rette opp feil de gjorde og det visuelle designet på IPDT-plattformen. Derimot var deltakerne minst fornøyd med innloggingen til plattformen, hvor to deltakere ga tilbakemelding på at det var for tidskrevende.

Når det kommer til engasjementet i de ulike elementene i behandlingsmateriale ble 21/23 deltakere værende i studien til slutten, hvor 1 av de 21 deltakerne ikke startet på behandlingsprogrammet. Av de 20 gjenværende deltakerne var gjennomsnittlig antall åpnete moduler 7 (13 deltakere åpnet alle 8 modulene i programmet) og gjennomsnittlig antall chattesjesjoner var 8,4.

Primære og sekundære utfallsmål

Analysen av QIDS-A17-SR viste seg å være redusert med gjennomsnittlig 4,43 poeng ved behandlingsslutt, sammenliknet med før behandlingsstart [103]. Denne forbedringen i depressive symptomer var opprettholdt i stor grad med en gjennomsnittlig reduksjon på 3,70 poeng 3 måneder etter intervensjonen var ferdig. Omtrent 2/3 (15 av 23, 65%) av alle deltakere hadde litt eller vesentlig reduksjon i QIDS-A17-SR score ved behandlingsslutt sammenliknet med før behandlingsstart, mens den siste 1/3 (8 av 23, 35%) av deltakerne hadde samme eller høyere score på QIDS-A17-SR, hvor 2 av disse 8 deltakerne kun hadde besvart scoringsskjemaet før intervensjonen startet og ikke i etterkant. Sekundære utfallsmål viste statistisk signifikans for forbedring i følelsesregulering (DERS-16), men ikke for generell angst (GAD-7).

Tilbakemeldinger fra deltakere

Etter deltakerne hadde fullført den siste modulen i IPDT-programmet ble de spurt om å gi tilbakemeldinger på virkningene de hadde hatt av programmet [103]. 9 deltakere fullførte arbeidsarkene i den siste modulen og det var kun positive tilbakemeldinger, blant annet;

“Thank you so much, you have helped me loads with recognizing my thought processes and my triangle of feelings. you [sic] have been so nice to me and helped to validate my feelings so that now I can validate my own. thank [sic]you!!!” [103].

4.6 Sekundæranalyser til Midgley et al. (2021)

4.6.1 «Aktive ingredienser»

Leibovich et al. [104] gjorde en sekundærstudie på data fra Midgley et al. [103] som undersøkte hvilke intervensjonsteknikker som ble brukt i IPDT-programmet. Målet var å utforske hvor ofte ulike teknikker ble brukt i chattesesjonene i IPDT-programmet og om disse korrelerte med deltakernes grad av interaksjon med behandlingsmateriale, samt å undersøke om de ulike teknikkene kunne forutsi forbedring i depressive symptomer hos deltakerne. De 23 deltakerne fylte ukentlig ut et QIDS-A17-SR-skjema, mens terapeutene fylte ut MULTI-30 (The Multi-theoretical List of Therapeutic Interventions-30 Items) [105] etter hver ukentlige chattesesjon. Terapeutene skulle rangere bruk av ulike intervensjonsteknikker i chattesesjonene basert på intensiteten og hyppigheten på en skala fra 1 (ikke typisk for sesjonen) til 5 (veldig typisk for sesjonen). De ulike teknikkene ble inndelt i 8 hovedkategorier; psykodynamisk, prosess- og erfaringsbasert, personsentrert, interpersonlig kognitiv, atferdsmessig, dialektisk atferdsmessig og vanlige faktorer (aktiv lytting, uttrykking av empati, varme og støtte, håp og oppmuntring).

Resultatene viste at den mest brukte teknikken var *vanlige faktorer*, hvor gjennomsnittlig poengsum var 4,61 (fra 1-5), etterfulgt av *kognitiv* (3,24 poeng), *atferdsmessig* (2,97 poeng) og *psykodynamisk* (2,87 poeng). Ved å se på korrelasjonen mellom gjennomsnittlig poengsum av de ulike teknikkene som var brukt og antallet moduler åpnet (snitt 7) og chattesesjoner gjennomført (snitt 8,4), var det ingen signifikant korrelasjon mellom teknikk brukt og deltakernes grad av interaksjon med IPDT. Derimot kom den psykodynamiske teknikken nær signifikans. De fant også at *psykodynamisk teknikk* var den eneste teknikken som viste signifikans når det kom til å forutsi en lavere score i depressive symptomer den påfølgende uken. Ett poeng økning (ut ifra MULTI-30) i bruk av psykodynamisk teknikk predikerte en reduksjon på -0,96 i QIDS-A17-SR den påfølgende uken. Hyppig bruk av de *vanlige faktorene* i løpet av hele behandlingen var også signifikant for en økt reduksjon i depressive symptomer hos deltakerne.

4.6.2 Terapeutalliansen

Mortimer et al. [106] gjennomførte en studie som undersøkte alliansen mellom terapeut og pasient med utgangspunkt i datamaterialet til Midgley et al. [103]. Målet med studien var å identifisere og beskrive nøkkelegenskaper for den terapeutiske alliansen og virkningen dette har på klinisk praksis. Det ble brukt kvalitative metoder for å analysere chattesesjonene

mellom deltakerne og terapeutene. Deltakerne rangerte den terapeutiske alliansen ukentlig ved bruk av Session Alliance Inventory (SAI) [102], som er en skala med poeng fra 0-30 som inneholder tre ulike aspekter av allianse; mål, oppgaver og bånd. Resultatene for alle deltakernes (n=23) score på SAI varierte fra 14-30 [106]. Gjennomsnittsscoren for hele utvalget viste en økning i SAI over tid, hvor høyest score var i uke 8 (27,1), med en liten nedgang i uke 9 (27,4) og 10 (27,0). Ut ifra SAI-scoren til de 23 deltakerne valgte denne studien å bruke et utvalg på 7 deltakere til den kvalitative analysen; hvor 4 av dissen kontinuerlig rangerte terapeutalliansen som *høy* og 3 som rangerte terapeutalliansen *dårlig* i starten av studien, men viste en *forbedring* på SAI-scoren mot slutten av studien der scoren endte opp med å være *høy*. Dette utvalget var det som viste best eksempler på en utmerket- eller voksende allianse i løpet av IPDT-behandlingen.

De kvalitative analysene for utvalget (n=7) [106] identifiserte tre «verdier» som så ut til å underbygge en sterk terapeutisk allianse, der disse oftest ble eksemplifisert i chattesjesjonene hos deltakere med kontinuerlig *høy allianse*:

1. **Samhold:** terapeuten skapte følelsen av seg selv som ekte personer med egne tanker (another mind), uttrykket positive følelser knyttet til arbeidet med ungdommen ved ordbruk, smilefjes og glede (positivity and care) og brukte ord som «vi» for å skape en følelse av at terapeuten og pasienten jobbet sammen («we-ness»).
2. **Handlingsfrihet:** terapeuten skapte et rom hvor ungdommen hadde handlingsfrihet og en følelse av å kunne bidra til terapien ved å aktivt komme med forslag, men understreket at deltakeren var ekspert på egen opplevelse (collaboration and teamwork). Terapeuten startet ofte chattesjesjonen ved å spørre hva deltakeren ønsket å snakke om og var kontinuerlig imøtekommen for deltakerens perspektiv gjennom samtalen (providing choices).
3. **Håp:** terapeutene roste deltakerne for arbeidet i IPDT-programmet og hjalp dem til å kjenne igjen og forstå hvordan de hadde gjort fremgang (praise and progress). Terapeutene jobbet med at deltakerne skulle bli mindre selvkritiske som en måte å opprettholde positivitet og håp (pre-empting the inner critic).

Diskusjon

Målet med denne litteraturstudien var å kartlegge hva som finnes av internettbasert psykodynamisk terapi (IPDT) for ungdom med depresjon og angst. Etter sortering av artikler fra litteratursøket, samt senere funn, ble totalt 8 artikler inkludert i denne studien, hvor alle disse omhandler IPDT til ungdom med depresjon. 3 av artiklene [82, 97, 103] omhandlet utvikling og testing av IPDT, både som pilot RCT, en ikke-underlegenhetsstudie for å sammenlikne IPDT med IKAT (RCT) og en tilpasning av IPDT-programmet til engelsk som et ukontrollert design. De 5 resterende artiklene handlet om sekundæranalyser gjort på henholdsvis pilot RCT'en [80, 93, 96] og tilpasningen av programmet til bruk i Storbritannia [104, 106]. Ingen av artiklene hadde angst som et diagnostisk inklusjonskriterie, men effekten IPDT hadde på angst var evaluert som et sekundærmål i flere av artiklene. Det er altså til dags dato kun utviklet ett IPDT-program i Sverige, samt en tilpasning og oversetting av dette til engelsk i Storbritannia, for ungdom med depresjon.

Pilotstudien til Lindqvist et al. [82] er den første studien gjort på IPDT for ungdom med depresjon som målgruppe. Gruppen som fikk IPDT over en 8 ukers periode hadde signifikant mindre selvrappporterte depressive symptomer sammenliknet med kontrollgruppen, og oppfølging 6 måneder etter avsluttet intervensjon viser at resultatene var opprettholdt. Funnene tyder på at det både er mulig å utvikle og gjennomføre behandling med IPDT og effektiviteten det har for å behandle ungdom med depresjon. Resultatene viser også at IPDT var effektiv for å redusere angstsymptomer, bedre følelsesregulering og selvmedfølelse hos deltagerne, sammenliknet med kontrollgruppen. De samme signifikante resultatene for angstlidelser har derimot ikke blitt funnet for IKAT i tidligere studier på ungdom [56, 57], noe som betyr at funnet fra Lindqvist et al. [82] er lovende når det kommer til ungdom med angstlidelser, samt bedring av følelsesregulering og selvmedfølelse. Det ville derfor være interessant å ha angst som et diagnostisk inklusjonskriterie i fremtidige studier for å undersøke reduksjon i angstsymptomer som et primært utfallsmål, og samtidig undersøke om IPDT kan være en behandlingsmetode som kan være passende transdiagnostisk.

Sekundæranalysene til denne studien så blant annet på følelsesregulering [93] som en prediktor for å forutsi effekten av IPDT, og resultatene viste at deltakere med dårlig følelsesregulering fra før av fikk større effekter av IPDT enn deltakere med god følelsesregulering. Deltakerne som fikk en forbedret evne til å regulere og tolerere følelser, trolig ervervet gjennom behandlingen, fikk også en forbedring av de depressive symptomene. Dette stemmer godt over ens med teorien om at dårlig håndtering av følelser assosieres med

psykopatologi som blant annet depresjon [31], og at en forbedret evne til å regulere følelser dermed vil føre til reduksjon i depressive symptomer. Denne sammenhengen er viktig fordi IPDT har et stort fokus på følelser og kan derfor være en viktig behandlingsform for ungdom fordi de er i en periode av livet hvor de lærer seg å både regulere og tolerere følelsene sine.

Den andre sekundæranalysen som undersøkte *store og plutselige forandringer* (SGs) og *store forbedringer mellom terapisesjonene* (LIIs) [96] viste også at deltakerne som tidlig i behandlingsforløpet hadde LII hadde en signifikant reduksjon i depressive symptomer ved behandlingsslutt, men det var ikke signifikante resultater når det kom til reduksjon i angstplager. På tross av det korte behandlingsforløpet til IPDT sammenliknet med tradisjonell PDT, er denne studien viktig for å belyse at pasienter også i et kortere forløp opplevde både SG og LII, og at LII var en prediktor for utfall. Det er ikke tidligere gjort studier på dette knyttet til IPDT for denne målgruppen, og på tross av en liten utvalgsstørrelse er denne studien med på å avdekke en liten bit av puslespillet når det kommer til å forstå endringsmekanismer i IPDT for ungdom med depresjon. I fremtidig forskning er det videre behov for å undersøke variabler som predikerer behandlingsutfall knyttet til behandlingen og pasientene.

Med bakgrunn i at IPDT har vist gode resultater i pilotstudien [82] er det også viktig at denne type behandling kan sidestilles som et like godt eller bedre alternativ til annen mer etablert behandling, som eksempelvis IKAT. Studien til Mechler et al. [97] viste at IPDT ikke var underlegen IKAT i behandlingen av ungdom med depresjon. Begge intervensjonene var også effektive i behandlingen av komorbid angst, vanskeligheter i følelsesregulering og selvmedfølelse, uten signifikante forskjeller i ITT-analysen, noe som betyr at effektene av intervensjonene er like gode. Det var derimot en signifikant forskjell i per-protokoll analysen når det kom til effekt på komorbid angst, hvor IPDT ble regnet som overlegen, men med en liten effektstørrelse. Dette funnet kan mulig forklares ut ifra at det tradisjonelt sett er større fokus på transdiagnostisk behandling i PDT, men funnet er likevel interessant fordi det viser at IPDT også kan fungere som et godt behandlingsalternativ til angstlidelser. I tillegg til disse målene ønsker forskerne videre å se på flere skalaer og vurdere disse i senere artikler, deriblant tilknytning, personlighet, deltakernes refleksjon rundt depresjon og kostnadseffektiviteten av IPDT [97, 103].

Videre testing av IPDT-programmet fra Sverige er viktig for å undersøke hvordan dette kan tilpasses målgrupper i andre land. Midgley et al. [103] testet dette i Storbritannia, hvor foreløpige data indikerer at IPDT virker å være effektiv i å redusere symptomer på depresjon og vanskeligheter knyttet til følelsesregulering. Det var ikke en signifikant effekt

for reduksjon av angst, noe som er litt overaskende fordi Lindqvist et al. [82] fant dette i sin studie, men årsaken kan henge sammen med at studien ble avsluttet rundt eksamenstid i skolen og at studien ble gjennomført under covid-19 pandemien. Denne studien viser at en engelsk versjon av IPDT-programmet med noen videre endringer er gjennomførbar å bruke og akseptert, der 73% av deltakerne var likegyldige eller foretrakk internettbasert behandling og 83% var fornøyd med plattformen, mens alle deltakerne som ga tilbakemeldinger etter behandlingen utelukkende var positive [103]. Dette lover positivt spesielt når det kommer til å bryte ned barrierene det kan være å gå i terapi for ungdom, men også at IPDT-programmet videre kan oversettes og tilpasses andre land og kulturer i fremtiden.

Sekundæranalysene gjort på denne studien var også de første som er gjort i sitt slag, hvor de viste at de mest brukte teknikkene i IPDT var såkalte *vanlige faktorer* (aktiv lytting, empati, støtte osv) og hyppig bruk av disse i forløpet av hele behandlingen ga en økt reduksjon av depressive symptomer [104]. *Psykodynamisk teknikk* var det eneste som viste signifikans på å forutsi effekt av behandlingen når det kom til depressive symptomer påfølgende uke. Nøkkeleegenskapene som underbygget en sterk terapeutallianse og videre et godt behandlingsutfall viste seg å være *samhold*, *handlingsfrihet* og *håp* [106]. Det er viktig å ta med seg dette for å kunne utvikle fremtidige retningslinjer for IPDT.

IPDT virker å kunne være en god behandlingsmetode når det kommer til å overkomme barrierer for å søke og motta psykisk helsehjelp. Forskning viser at unge menn generelt er dårligere enn kvinner til å oppsøke psykisk helsehjelp [107] og de har oftere negative holdninger til terapeuter og ser på det å søke hjelp som en svakhet [40]. I studien til Midgley et al. [103] var 22% av studiedeltakerne menn, noe som virker lovende og kan tyde på at unge menn ser på internettbasert PDT som en mer akseptabel, tilgjengelig og mindre stigmatiserende behandlingsform. Hovedfordelen med IPDT er også at det er mer tilgjengelig og uavhengig av geografisk lokalisering og tid på døgnet, spesielt hvis dette i fremtiden utvikles som et rent selvhjelpsprogram med minimal asynkron kommunikasjon med terapeut.

I studiene til Lindqvist et al. (2020) [82], Midgley et al. (2021) [103] og Mechler et al. (2022) [97] ble det brukt psykologistudenter som terapeuter. Unntaket var i pilotstudien til Lindqvist et al. (2020), hvor 2 av de totalt 11 terapeutene var sertifiserte psykologer, men i denne studien var det likevel psykologistudentene (n=9) som behandlet de fleste pasientene (61 av totalt 66). I alle studiene hadde psykologistudentene enten fordypet seg innenfor PDT, KAT eller hadde erfaring med å behandle barn og unge fra utdanningen. Alle terapeutene som deltok i studien fikk opplæring på forhånd av intervensjonen, samt ukentlig veiledning av erfarne psykologer eller psykoterapeuter.

Med bakgrunn i de gode resultatene fra disse studiene, og at terapeutene ikke var ferdig utdannede fagpersoner, kan det tenkes at fremtidige terapeuter i IPDT ikke nødvendigvis trenger å være psykologer eller psykiatere, men kanskje kan pedagoger, sosionomer, sykepleiere og andre brukes som terapeuter etter grundig opplæring og eventuelt veiledning. Det kan være ressursmessig gunstig at IPDT ikke utelukkende må drives av sertifiserte fagpersoner, og kan muligens utvides ytterligere og gjøres mer tilgjengelig ved å gi opplæring til personer som skal fungere som terapeuter i denne behandlingsformen. Det kan dog diskuteres om terapeuter som ikke er utdannede psykologer eller psykiatere har nok kunnskapsgrunnlag for å kunne ha gode samtaler over chat med pasienter i et slikt IPDT-program, men dette er kanskje et tema det er verdt å utforske i videre studier. Eventuelt kan IPDT tilgjengeliggjøres mer ved å bruke studenter innenfor psykologi, medisin eller under spesialisering innen psykiatri som terapeuter, slik det er gjort i disse studiene med psykologistudenter.

Studien til Lindqvist et al. [80] viser at alliansen mellom terapeuten og pasienten har innflytelse på utfallet av behandling, delvis gjennom følelsesregulering. Dette betyr at terapeuter som jobber med internett- og tekstbasert behandling burde være oppmerksom på arbeidsalliansen på tross av at det ikke er ansikt-til-ansikt terapi. Noe som derimot er litt uklart ved denne studien er om deltakerne dannet en allianse med terapeutene eller med selvhjelpsprogrammene (IPDT og IKAT).

Negative effekter

Kartleggingen av Lindqvist og Mechler [82, 97] viser at det er svært lite selvrapporterte negative effekter av IPDT, hvor henholdsvis 28/34 (82%) [82] og 124/136 (91%) [97] av deltakere ikke rapporterte om noen, mens de resterende deltakerne rapporterte om milde negative effekter i begge studiene. Det var heller ingen alvorlige negative hendelser knyttet til studiene, noe som taler i fordel for at IPDT kan være et godt og lite risikofyllt behandlingsalternativ.

Det er for meg ikke kjent at det er gjort studier som ser på negative og positive aspekter ved IPDT for terapeuter, men en kvalitativ studie gjort av Erlandsson et al. [69] på terapeuters erfaring i videomediert psykoterapi for barn og unge under COVID-19 pandemien, fant at terapeutene både hadde positive og negative erfaringer. På den negative siden fant de etiske dilemmaer knyttet til pasientens sikkerhet og risikovurdering, hvor et større ansvar ble lagt på foreldrene til å vurdere pasienten sitt humør og selvmordsfare. Terapeutene følte de ga behandling av dårligere kvalitet, som videre førte til økt følelse av stress,

utilstrekkelighet og et tap av evner, samt en manglende mulighet for å benytte kroppsspråk og andre kommunikasjonsverktøy. Disse faktorene kan ha vært bidragsyttere til terapeutenes konsentrasjonsproblemer, frustrasjon og redusert tilfredsstillelse i jobben. Denne studien er gjort på online-synkron terapi, men det kan tenkes at terapeuter i IPDT kan oppleve liknende negative faktorer, noe som videre bør gjøres studier på da dette ikke kommer frem i de allerede publiserte studiene på IPDT for ungdom med depresjon.

Konklusjon

Til min kjennskap har det blitt gjennomført 3 RCT'er på IPDT for voksne med depresjon eller angstlidelser, hvor alle viser moderat til store positive effekter sammenliknet med kontrollgruppene [8, 75-78]. Imidlertid viser resultatene fra denne litteraturstudien at det er lite forskning på IPDT hos ungdom med depresjon og/eller angst, hvor det kun er gjort 2 RCT'er [82, 97]. Det eksisterer kun ett IPDT-program utviklet av Lindqvist et al. [82], som er blitt oversatt til engelsk og tilpasset for Storbritannia av Midgley et al. [103]. Det er en svært liten forskergruppe som har undersøkt dette, og det er for øyeblikket gjennomført få sekundærstudier som ser på ulike aspekter ved IPDT. Til min kjennskap er det heller ikke gjennomført studier som sammenlikner IPDT med tradisjonell ansikt-til-ansikt PDT, slik det allerede er gjort med IKAT. Nåværende studier indikerer at terapeutisk allianse har innvirkning på behandlingsresultatet, delvis gjennom følelsesregulering. Dette innebærer at terapeuter som arbeider med internett- og tekstbasert behandling, også må være oppmerksomme på terapeutisk allianse, til tross for at det ikke er tradisjonell ansikt-til-ansikt-terapi.

De lovende resultatene innen IPDT så langt indikerer at dette er et felt innen psykiatrien som bør utforskes mer for å kunne gi pasienter en enklere inngang til behandling som både er tilgjengelig, gir pasientene valgfrihet og kan være en mindre skremmende vei inn i psykoterapi for ungdommer som lider av depresjon og/eller angst. IPDT representerer også muligens et kostnadseffektivt alternativ til tradisjonell ansikt-til-ansikt PDT, forutsatt at terapeuten ikke bruker like mye tid som ved tradisjonell terapi. Studiene viser så langt at behandlingseffekten av IPDT kan sammenliknes med effekten av IKAT. Dette betyr at pasienter kan få flere behandlingsalternativer, og dermed kan tilbudet utvides samtidig som ventelistene kan bli kortere. De positive resultatene på sekundære utfallsmål, som reduserte angstsymptomer, indikerer også at IPDT sannsynligvis er en effektiv terapiform for angstlidelser.

Referanseliste

1. Krokstad, S., et al., *Divergent decennial trends in mental health according to age reveal poorer mental health for young people: repeated cross-sectional population-based surveys from the HUNT Study, Norway*. *BMJ Open*, 2022. **12**(5): p. e057654.
2. Kessler, R.C., et al., *Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. *Archives of General Psychiatry*, 2005. **62**(6): p. 593-602.
3. Green, H., et al., *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004; Summary report*. 2004.
4. Mathers, C.D. and D. Loncar, *Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030*. *PLoS Med*, 2006. **3**(11): p. e442.
5. Egge, J.H. and E. Aabakken. *Depresjon og angst blant unge i Norge har doblet seg de siste ti årene*. . 2022 13.06.22 06.01.23]; Available from: https://www.nrk.no/trondelag/hunt_-44-prosent-av-tenaringsjenter-i-norge-plages-av-stress_-angst-og-tunge-tanker-1.15993034.
6. Johansson, R., et al., *Internet-based affect-focused psychodynamic therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial with 2-year follow-up*. *Psychotherapy*, 2017. **54**: p. 351-360.
7. Johansson, R., et al., *Psychodynamic guided self-help for adult depression through the internet: a randomised controlled trial*. *PLoS One*, 2012. **7**(5): p. e38021.
8. Andersson, G., et al., *Internet-based psychodynamic versus cognitive behavioral guided self-help for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial*. *Psychother Psychosom*, 2012. **81**(6): p. 344-55.
9. Grøholt, B. and A. Sund. *Depressive lidelser*. . 2019; Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsatt-etter-inndeling-i-icd-10/depressive-lidelser/>.
10. Skre, I. *Angst*. 2020; Available from: <https://sml.snl.no/angst>.
11. Malt, U. *Angstlidelse*. 2019; Available from: <https://sml.snl.no/angstlidelse>.
12. Hånes, H., *Fakta om angst*. 2015, Rådet for psykisk helse.
13. Skirbekk, B. and H. Kristensen. *Angstlidelser*. 2019; Available from: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-2-tilstandsbilder-kapitlene-er-oppsatt-etter-inndeling-i-icd-10/angstlidelser/>.
14. Thapar, A., et al., *Depression in adolescence*. *Lancet*, 2012. **379**(9820): p. 1056-67.
15. Maughan, B., S. Collishaw, and A. Stringaris, *Depression in childhood and adolescence*. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2013. **22**(1): p. 35-40.
16. *Adolescent mental health*; . 17. nov 2021 [cited 2022 28. nov]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
17. Alaie, I., et al., *Uppsala Longitudinal Adolescent Depression Study (ULADS)*. *BMJ Open*, 2019. **9**(3): p. e024939.
18. Copeland, W.E., et al., *Associations of Childhood and Adolescent Depression With Adult Psychiatric and Functional Outcomes*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2021. **60**(5): p. 604-611.
19. Mörk, E., A. Sjögren, and H. Svaleryd, *Hellre rik och frisk - om familjebakgrund och barns hälsa*. 2014, SNS Förlag: Stockholm.
20. Costello, E.J., H.L. Egger, and A. Angold, *The developmental epidemiology of anxiety disorders: phenomenology, prevalence, and comorbidity*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2005. **14**(4): p. 631-48, vii.
21. Tønnesson, Ø. and F. Svartdal. *Ungdom*. 2021 08.02.21 29.11.22]; Available from: <https://sml.snl.no/ungdom>.
22. *Adolescent health*; . 2022 29.11.22]; Available from: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1.
23. *Definition of youth*; Available from: <https://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>.
24. Bang, L. *Psykiske plager og lidelser hos barn og unge*. . 2018 31.05.22; Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/>.
25. Zimmermann, P. and A. Iwanski, *Emotion regulation from early adolescence to emerging adulthood and middle adulthood: Age differences, gender differences, and emotion-specific developmental variations*. *International Journal of Behavioral Development*, 2014. **38**: p. 182-194.

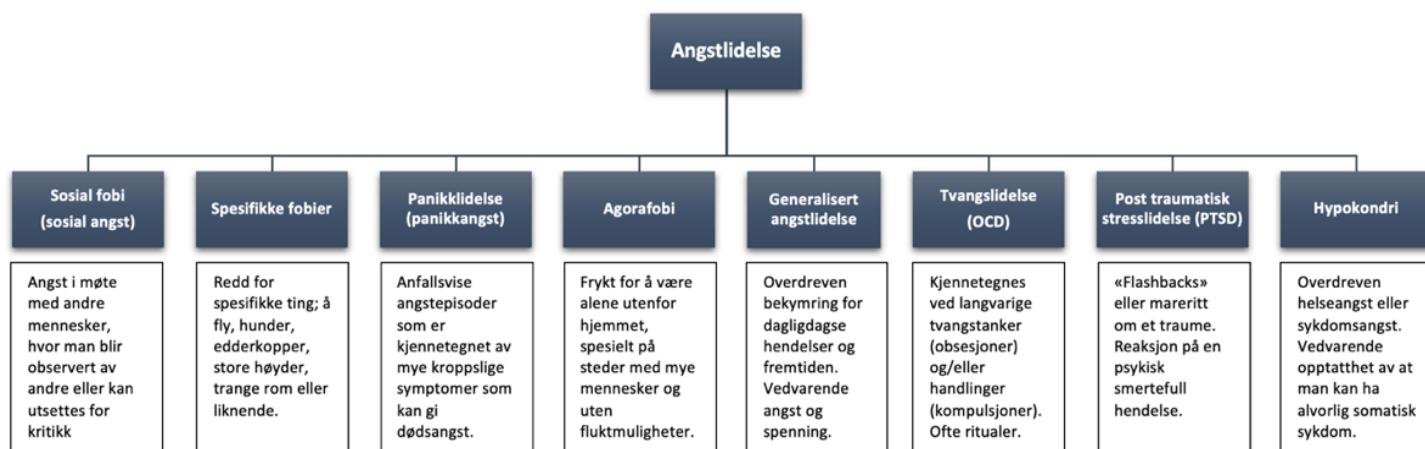
26. Gullone, E., et al., *The normative development of emotion regulation strategy use in children and adolescents: a 2-year follow-up study*. J Child Psychol Psychiatry, 2010. **51**(5): p. 567-74.
27. Young, K.S., C.F. Sandman, and M.G. Craske, *Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression*. Brain Sci, 2019. **9**(4).
28. Berking, M. and B. Whitley, *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*. 2014, Springer Science+Business Media New York.
29. Kring, A. and K. Werner, *Emotion regulation and psychopathology*, in *The Regulation of Emotion*, P. Philippo and R. Feldman, Editors. 2004, Lawrence Erlbaum Associates Publishers: New Jersey. p. 365-392.
30. Aldao, A., S. Nolen-Hoeksema, and S. Schweizer, *Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review*. Clin Psychol Rev, 2010. **30**(2): p. 217-37.
31. Berking, M., et al., *Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years*. Behav Res Ther, 2014. **57**: p. 13-20.
32. Schäfer, J., et al., *Emotion Regulation Strategies in Depressive and Anxiety Symptoms in Youth: A Meta-Analytic Review*. J Youth Adolesc, 2017. **46**(2): p. 261-276.
33. McGorry, P., et al., *Investing in youth mental health is a best buy*. Medical Journal of Australia, 2007. **187**.
34. McGorry, P., T. Bates, and M. Birchwood, *Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK*. Br J Psychiatry Suppl, 2013. **54**: p. s30-5.
35. Essau, C.A., *Frequency and patterns of mental health services utilization among adolescents with anxiety and depressive disorders*. Depress Anxiety, 2005. **22**(3): p. 130-7.
36. Rocha, T.B., et al., *Provision of mental healthcare for children and adolescents: a worldwide view*. Curr Opin Psychiatry, 2015. **28**(4): p. 330-5.
37. de Haan, A.M., et al., *A meta-analytic review on treatment dropout in child and adolescent outpatient mental health care*. Clin Psychol Rev, 2013. **33**(5): p. 698-711.
38. Gulliver, A., K.M. Griffiths, and H. Christensen, *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review*. BMC Psychiatry, 2010. **10**: p. 113.
39. Stubbing, J. and K. Gibson, *What Young People Want from Clinicians: Youth-Informed Clinical Practice in Mental Health Care*. Youth, 2022. **2**(4): p. 538-555.
40. Radez, J., et al., *Why do children and adolescents (not) seek and access professional help for their mental health problems? A systematic review of quantitative and qualitative studies*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2021. **30**(2): p. 183-211.
41. Hollidge, C., *Adolescents' Perceptions of the Factors that Enhance the Therapeutic Relationship: A Qualitative Study in School-based Health Settings*. Adolescent Psychiatry, 2013. **3**: p. 277-287.
42. Crenna-Jennings, W. and J. Hutchinson, *Access to Child and Adolescent Mental Health Service 2019*. 2020: Education Policy Institute; .
43. Power, E., et al., *Youth mental health in the time of COVID-19*. Ir J Psychol Med, 2020. **37**(4): p. 301-305.
44. *Ventetider og pasientrettigheter, per måned*. 2022 01.12.22]; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/statistikk-fra-npr/ventetider-og-pasientrettigheter>.
45. Andersson, G., *Internet-Delivered Psychological Treatments*. Annu Rev Clin Psychol, 2016. **12**: p. 157-79.
46. Carlbring, P., et al., *Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis*. Cogn Behav Ther, 2018. **47**(1): p. 1-18.
47. Vigerland, S., et al., *Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis*. Clin Psychol Rev, 2016. **50**: p. 1-10.
48. Andersson, G., et al., *Internet-delivered psychological treatments: from innovation to implementation*. World Psychiatry, 2019. **18**(1): p. 20-28.
49. Foroushani, P.S., J. Schneider, and N. Assareh, *Meta-review of the effectiveness of computerised CBT in treating depression*. BMC Psychiatry, 2011. **11**: p. 131.
50. Lindqvist, K., et al., *Affect-Focused Psychodynamic Internet-Based Therapy for Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial*. J Med Internet Res, 2020. **22**(3): p. e18047.
51. Andersson, G., *Internet interventions: Past, present and future*. Internet Interv, 2018. **12**: p. 181-188.
52. Ebert, D.D., et al., *Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials*. PLoS One, 2015. **10**(3): p. e0119895.
53. Grist, R., et al., *Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis*. Clin Child Fam Psychol Rev, 2019. **22**(2): p. 147-171.

54. Karyotaki, E., et al., *Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Systematic Review and Individual Patient Data Network Meta-analysis*. JAMA Psychiatry, 2021. **78**(4): p. 361-371.
55. Andersson, G., et al., *Internet Interventions for Adults with Anxiety and Mood Disorders: A Narrative Umbrella Review of Recent Meta-Analyses*. Can J Psychiatry, 2019. **64**(7): p. 465-470.
56. Topooco, N., et al., *Chat- and internet-based cognitive-behavioural therapy in treatment of adolescent depression: randomised controlled trial*. BJPsych Open, 2018. **4**(4): p. 199-207.
57. Topooco, N., et al., *Evaluating the Efficacy of Internet-Delivered Cognitive Behavioral Therapy Blended With Synchronous Chat Sessions to Treat Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial*. J Med Internet Res, 2019. **21**(11): p. e13393.
58. Driessen, E., et al., *The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis update*. Clin Psychol Rev, 2015. **42**: p. 1-15.
59. Keefe, J.R., et al., *A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders*. Clin Psychol Rev, 2014. **34**(4): p. 309-23.
60. Midgley, N., et al., *Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: an updated narrative review of the evidence base*. Journal of Child Psychotherapy, 2017. **43**(3): p. 307-329.
61. Abbass, A.A., et al., *Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2013. **52**(8): p. 863-75.
62. Midgley, N. and E. Kennedy, *Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: A critical review of the evidence base*. Journal of Child Psychotherapy, 2011. **37**: p. 232-260.
63. Goodyer, I.M., et al., *Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial*. The Lancet Psychiatry, 2017. **4**(2): p. 109-119.
64. Midgley, N., et al., *The Depression: Online Therapy Study (D:OTS)-A Pilot Study of an Internet-Based Psychodynamic Treatment for Adolescents with Low Mood in the UK, in the Context of the COVID-19 Pandemic*. Int J Environ Res Public Health, 2021. **18**(24).
65. Malt, U. and J. Rzadzowska. *Psykodynamisk terapi*. . 2022 01.06.22; Available from: https://snl.no/psykodynamisk_terapi.
66. Raaheim, K. and I. Skre. *Psykoanalyse*. . 2021 06.07.21 [cited 2022 30. nov]; Available from: <https://snl.no/psykoanalyse>.
67. Gabbard, G.O., *Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text*; . 2017: American Psychiatric Pub.
68. *Psykoterapi*. [cited 2022 30. nov]; Available from: <https://instpsyk.no/psykoterapi/>.
69. Erlandsson, A., et al., *Accessibility at What Price? Therapists' Experiences of Remote Psychotherapy with Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic*. Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy, 2022: p. 1-16.
70. Fernandez, E., et al., *Live psychotherapy by video versus in-person: A meta-analysis of efficacy and its relationship to types and targets of treatment*. Clin Psychol Psychother, 2021. **28**(6): p. 1535-1549.
71. Smith, K., et al., *Video counselling and psychotherapy: A critical commentary on the evidence base*. Counselling and Psychotherapy Research, 2022. **22**(1): p. 92-97.
72. Markowitz, J.C., et al., *Psychotherapy at a Distance*. Am J Psychiatry, 2021. **178**(3): p. 240-246.
73. Robinson, S., *Children and young people's views of health professionals in England*. J Child Health Care, 2010. **14**(4): p. 310-26.
74. Svanberg, J. and C. Street, *Where Next? New Directions in in-Patient Mental Health Services for Young People*. 2003: Young Minds;.
75. Johansson, R., et al., *Internet-based affect-focused psychodynamic therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial with 2-year follow-up*. Psychotherapy (Chic), 2017. **54**(4): p. 351-360.
76. Johansson, R., et al., *Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: a randomized controlled trial*. PeerJ, 2013. **1**: p. e102.
77. Johansson, R., et al., *Transdiagnostic, affect-focused, psychodynamic, guided self-help for depression and anxiety through the internet: Study protocol for a randomised controlled trial*. BMJ open, 2012. **2**.
78. Zwerenz, R., et al., *Transdiagnostic, Psychodynamic Web-Based Self-Help Intervention Following Inpatient Psychotherapy: Results of a Feasibility Study and Randomized Controlled Trial*. JMIR Ment Health, 2017. **4**(4): p. e41.
79. Mechler, J., et al., *Internet-based psychodynamic versus cognitive behaviour therapy for adolescents with depression: study protocol for a non-inferiority randomized controlled trial (the ERiCA study)*. Trials, 2020. **21**(1): p. 587.
80. Lindqvist, K., et al., *Therapeutic alliance is calming and curing—The interplay between alliance and emotion regulation as predictors of outcome in Internet-based treatments for adolescent depression*.

- Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2023: p. No Pagination Specified-No Pagination Specified.
81. Hong, Q.N., et al., *Mixed methods appraisal tool (MMAT), version 2018*. Registration of copyright, 2018. **1148552**(10).
 82. Lindqvist, K., et al., *Affect-Focused Psychodynamic Internet-Based Therapy for Adolescent Depression: Randomized Controlled Trial*. Journal of Medical Internet Research, 2020. **22**(3): p. e18047.
 83. Fosha, D., *The dyadic regulation of affect*. J Clin Psychol, 2001. **57**(2): p. 227-42.
 84. Malan, D.H., *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*. 1979, London, UK: Butterworths.
 85. S.J., B., *Polarities of Experience: Relatedness and Self-Definition in Personality Development, Psychopathology, and the Therapeutic Process*. 2008, Washington, DC: American Psychological Association.
 86. Bernstein, I.H., et al., *Psychometric properties of the Quick Inventory of Depressive Symptomatology in adolescents*. Int J Methods Psychiatr Res, 2010. **19**(4): p. 185-94.
 87. Kroenke, K., et al., *The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review*. Gen Hosp Psychiatry, 2010. **32**(4): p. 345-59.
 88. Svanborg, P. and M. Asberg, *A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale*. Acta Psychiatr Scand, 1994. **89**(1): p. 21-8.
 89. Ntini, I., et al., *The Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale - self-assessment for use in adolescents: an evaluation of psychometric and diagnostic accuracy*. Nord J Psychiatry, 2020. **74**(6): p. 415-422.
 90. Raes, F., et al., *Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale*. Clin Psychol Psychother, 2011. **18**(3): p. 250-5.
 91. Bjureberg, J., et al., *Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16*. J Psychopathol Behav Assess, 2016. **38**(2): p. 284-296.
 92. Rozental, A., et al., *Negative effects in psychotherapy: commentary and recommendations for future research and clinical practice*. BJPsych Open, 2018. **4**(4): p. 307-312.
 93. Mechler, J., et al., *Emotion Regulation as a Time-Invariant and Time-Varying Covariate Predicts Outcome in an Internet-Based Psychodynamic Treatment Targeting Adolescent Depression*. Frontiers in psychiatry Frontiers Research Foundation, 2020. **11**: p. 671.
 94. Shalom, J.G. and I.M. Aderka, *A meta-analysis of sudden gains in psychotherapy: Outcome and moderators*. Clin Psychol Rev, 2020. **76**: p. 101827.
 95. Tang, T.Z. and R.J. DeRubeis, *Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression*. J Consult Clin Psychol, 1999. **67**(6): p. 894-904.
 96. Mechler, J., et al., *Sudden gains and large intersession improvements in internet-based psychodynamic treatment (IPDT) for depressed adolescents*. Psychotherapy Research, 2021. **31**(4): p. 455-467.
 97. Mechler, J., et al., *Therapist-guided internet-based psychodynamic therapy versus cognitive behavioural therapy for adolescent depression in Sweden: a randomised, clinical, non-inferiority trial*. The Lancet. Digital Health, 2022. **4**(8): p. e594-e603.
 98. Mechler, J., et al., *Internet-based psychodynamic versus cognitive behaviour therapy for adolescents with depression: study protocol for a non-inferiority randomized controlled trial (the ERiCA study)*. Trials [Electronic Resource], 2020. **21**(1): p. 587.
 99. Association., A.P., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed*. 2013, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
 100. Sheehan, D.V., et al., *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. J Clin Psychiatry, 1998. **59 Suppl 20**: p. 22-33;quiz 34-57.
 101. Grant, M., N.L. Salsman, and M. Berking, *The assessment of successful emotion regulation skills use: Development and validation of an English version of the Emotion Regulation Skills Questionnaire*. PLoS One, 2018. **13**(10): p. e0205095.
 102. Falkenström, F., et al., *Development and validation of a 6-item working alliance questionnaire for repeated administrations during psychotherapy*. Psychological Assessment, 2015. **27**: p. 169-183.
 103. Midgley, N., et al., *The Depression: Online Therapy Study (D:OTS)-A Pilot Study of an Internet-Based Psychodynamic Treatment for Adolescents with Low Mood in the UK, in the Context of the COVID-19 Pandemic*. International Journal of Environmental Research & Public Health [Electronic Resource], 2021. **18**(24): p. 09.
 104. Leibovich, L., et al., *Unpacking the active ingredients of internet-based psychodynamic therapy for adolescents*. Psychotherapy Research, 2022: p. 1-10.

105. Solomonov, N., et al., *The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions – 30 items (MULTI-30)*. *Psychotherapy Research*, 2019. **29**(5): p. 565-580.
106. Mortimer, R., et al., *Connecting over the internet: Establishing the therapeutic alliance in an internet-based treatment for depressed adolescents*. *Clinical Child Psychology & Psychiatry*, 2022. **27**(3): p. 549-568.
107. Aguirre Velasco, A., et al., *What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review*. *BMC Psychiatry*, 2020. **20**(1): p. 293.
108. Skre, I. *Psykoterapi*. 2019 10.10.2019; Available from: <https://sml.snl.no/psykoterapi>.
109. Skre, I. *Atferdsterapi*. 2020 21.11.2020; Available from: <https://snl.no/atferdsterapi>.

Vedlegg 1 - Figur 1: enkel oversikt over de ulike angstlidelsene [11, 12].



Vedlegg 1 - Tabell 1: oversikt over de mest sentrale psykoterapeutiske metodene [108, 109].

Terapeutisk disiplin	Innhold
<i>Rådgivning, Konsultasjon</i>	Samtaler knyttet til mer avgrensede og konkrete problemstillinger og livsutfordringer.
<i>Kognitiv Terapi</i>	Fokus på indre tankemønstre og hvordan individet kan handle ut ifra dette (automatiske tanker). Utføres enten alene eller i kombinasjon med atferdsterapi, såkalt kognitiv atferdsterapi (KAT) .
<i>Atferdsterapi</i>	Bygger på behavioristiske læringsteorier. Behandler har fokus på synlig og målbar effekt hos pasienten.
<i>Psykodynamisk Terapi</i>	Bygger på psykoanalysen . Fokus på indre konflikter og hvordan individet presenterer seg selv og objekter. En korttidsterapi til sammenlikning med den mest kjente og gjennomgripende psykoanalysen.
<i>Interpersonlig Terapi</i>	Supplement til kognitiv tilnærming hvor det er et større fokus på relasjonene til andre.
<i>Gruppeterapi</i>	Samler ofte pasienter med samme type problemstillinger. Fokus på en spesifikk satt agenda eller åpne grupper.
<i>Familieterapi</i>	Fokus på pasientens problemer som er gitt til uttrykk for funksjonsforstyrrelser i hele familien. Bruker ulike retninger og teknikker.
<i>Støtteterapi</i>	Fokus på å gi pasienten støtte og mot. Denne terapiformen kan man f.eks. benytte seg av etter en lengre tids psykoterapi for å følge opp og opprettholde bedringen.
<i>Psykoterapi Med Barn</i>	Benytter ulike terapeutiske metoder, f.eks. lek, som kan være basert i ulike teoretiske tilnærminger som f.eks. psykodynamisk eller kognitiv.

Vedlegg 2 - Tabell 5: inkluderte studier i den systematiske oversikten over internetbasert psykodynamisk terapi (IPDT) for ungdom depresjon og/eller angst.

Referanse (år)	Diagnose	Antall deltakere (% menn)	M _{alder} (min-max)	Type intervensjon	Setting	Design	Måleredskaper som er analysert	Hovedfunn
Lindqvist et al. (2020)	Depresjon	76 (20%)	16,6 (15-18)	Sammenlikne om affektfokusert IPDT med støtte fra terapeut er mer effektiv enn en internetbasert støttekontrollgruppe. <i>*ERiCA-prosjektet</i>	Stockholm Universitet i samarbeid med Linköping Universitet, Sverige. Terapeutene var 2 psykologer og 9 psykologistudenter med fordypning i PDT.	RCT (Pilotstudie)	<u>Primære utfall:</u> QIDS-A17-SR <u>Sekundære utfall:</u> MADR-S GAD-7 DERS SCS-SF	Signifikant forbedring på alle scoringssystemer for primære- og sekundære utfall, sammenliknet med kontrollgruppen. Effektstørrelse mellom gruppene: <u>Primære utfall:</u> $d=0,82$ (95% CI 0,35-1,29) <u>Sekundære utfall:</u> MADR-S: $d=0,80$ (95% CI 0,32-1,28) GAD-7: $d=0,78$ (95% CI 0,30-1,26) DERS: $d=0,97$ (95% CI 0,48-1,46) SCS-SF: $d=0,65$ (95% CI 0,18-1,12)
Mechler et al. (2020)	Depresjon	67 (18%)	16,6 (15-18)	Analysere følelsesregulering som en prediktor for utfall av IPDT (Lindqvist et al. (2020)), og vurdere effektiviteten av endringer i følelsesregulering på endring av depressive symptomer.	Data hentet fra ERiCA-prosjektet (Lindqvist et al. (2020)).	Sekundærstudie på RCT.	QIDS-A17-SR DERS-16	Pasienter med dårligere følelsesregulering før behandlingen, fikk mer ut av IPDT-behandlingen. Signifikant forbedring på depressive symptomer hos deltakere med forbedret følelsesregulering.
Mechler et al. (2021)	Depresjon	66 (4,5%)	16,63 (15-18)	Analysere effektene og assosiasjonene mellom SGs, LIIs og primært utfallsmål (depressive symptomer), samt effekten av SGs og LIIs på sekundære utfallsmål.	Data hentet fra ERiCA-prosjektet (Lindqvist et al. (2020)).	Sekundærstudie på RCT.	QIDS-A17-SR MADR-S GAD-7	Både LII og tidlig-LII var assosiert med signifikant forbedring på depressive symptomer, mens SG og tidlig-SG ikke nådde signifikans. Kun LII nådde signifikans på MADRS-S av de sekundære utfallsmålene.
Mechler et al. (2022)	Depresjon	Totalt 272 (13%) <u>IKAT:</u> 136 (11%) <u>IPDT:</u> 136 (15%)	17,32 (15-19) <u>IKAT:</u> M _{17,29} <u>IPDT:</u> M _{17,35}	Evaluerer effektiviteten av IPDT programmet utviklet av Lindqvist et al. (2020) sammenliknet med IKAT, ved å undersøke om IPDT er ikke-underlegen IKAT.	Stockholm Universitet i samarbeid med Linköping Universitet, Sverige. Terapeutene var psykologistudenter med fordypning i KAT eller PDT, med ukentlig gruppeveiledning fra psykolog.	Parallell randomisert ikke-underlegenhetsstudie (<i>non-inferiority trial</i>).	<u>Primære utfall:</u> QIDS-A17-SR <u>Sekundære utfall:</u> GAD-7 ERSQ SCS-SF	Signifikant forbedring på alle utfallsmål for begge gruppene. IPDT er ikke- underlegen IKAT i behandlingen av ungdom med MDD, men også på de sekundære utfallsmålene. Effektstørrelse mellom gruppene: <u>Primære utfall:</u> $d=-0,18$ (90% CI -0,49-0,13) <u>Sekundære utfall:</u> GAD-7: $d=-0,18$ (95% CI -0,44-0,09) ERSQ: $d=0,11$ (95% CI -0,21-0,43) SCS-SF: $d=0,03$ (95% CI -0,29-0,36)

Vedlegg 2 - Tabell 5: fortsettelse på tabell 5.

Referanse (år)	Diagnose	Antall deltakere (% menn)	M _{alder} (min-max)	Type intervensjon	Setting	Design	Måleredskaper som er analysert	Hovedfunn
Midgley et al. (2021)	Depresjon	23 (28%)	17 (16-18)	Evaluere gjennomførbarhet, akseptabilitet og effektivitet av et tilpasset IPDT-program for ungdom med depresjon i Storbritannia (DOT:S studien).	Anna Freud National Centre i England, Storbritannia. Terapeutene var psykologistudenter som fikk trening og ukentlig gruppeveiledning fra psykolog.	<i>Single-group, uncontrolled, exploratory design.</i> (Pilotstudie)	<u>Primære utfall:</u> QIDS-A17-SR <u>Sekundære utfall:</u> GAD-7 DERS-16	Signifikant forbedring i reduksjon av depressive symptomer og følelsesregulering. Endring i generell angst nådde ikke statistisk signifikans.
Leibovich et al. (2022)	Depresjon	23 (28%)	17 (16-18)	Gjennomgang av chattesjoner mellom pasient og for å undersøke de «aktive ingrediensene» i IPDT.	Data hentet fra DOT:S studien.	Sekundærstudie av DOT:S studien.	<u>Pasienter:</u> QIDS-A17-SR <u>Terapeuter:</u> MULTI-30	Den mest brukte terapeutteknikken var vanlige faktorer. Bruk av psykodynamisk teknikk viste signifikans når det kom til å forutsi reduksjon av depressive symptomer den påfølgende uken.
Mortimer et al. (2022)	Depresjon	23 (28%)	17 (16-18)	Kvalitativ gjennomgang av chattesjoner mellom pasient og terapeut for å undersøke egenskaper for terapeutalliansen og virkningen det har på klinisk praksis.	Data Hentet fra DOT:S studien.	Kvalitativ sekundærstudie av DOT:S studien.	SAI	Av utvalget (7 deltakere) med sterk- og voksende allianse, fant forskerne 3 verdier som så ut til å underbygge en sterk terapeutallianse: <i>samhold, handlingsfrihet og håp.</i>
Lindqvist et al. (2023)	Depresjon	Totalt 272 (13%) <u>IKAT:</u> 136 (11%) <u>IPDT:</u> 136 (15%)	17,32 (15-19) <u>IKAT:</u> M _{17,29} <u>IPDT:</u> M _{17,35}	Statistiske undersøkelser av parametere fra originalstudien for å undersøke terapeutisk allianse og følelsesregulering.	Data hentet fra ERiCA-prosjektet (Mechler et al. (2022)).	Sekundærstudie av Mechler et al. (2022).	QIDS-A17-SR ERSQ-9 SAI	God scoring av terapeutisk allianse i IPDT og IKAT predikerte lavere scor på depresjon hos deltakerne den påfølgende uken, samt at følelsesregulering ble bedre.

Notater: CI = konfidensintervall; *d* = Cohen's *d* (effektstørrelse); DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS-16 = Difficulties in Emotion Regulation Scale-16 (kortversjon); ERSQ = The Emotion Regulation Skills Questionnaire; ERSQ-9 = The Emotion Regulation Skills Questionnaire-9 (kortversjon); GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder 7-item scale; IKAT = internetbasert kognitiv atferdsterapi; IPDT = internetbasert psykodynamisk terapi; KAT = kognitiv atferdsterapi; LII = large intersession improvements; M_{alder} = gjennomsnittsalder (mean age); MADR-S = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale; MADRS-S = Montgomery Åsberg Depression Rating Scale -self-rated; MULTI-30 = The Multi-theoretical List of Therapeutic Interventions-30 Items (kortversjon); QIDS-A17-SR = Quick inventory of depressive symptomatology adolescent self-rated version; RCT = randomisert kontrollstudie; SAI = Session Alliance Inventory; SCSF = Self-Compassion Scale – Short Form; SGs = sudden gains.

Vedlegg 3 – tabell 6: Oversikt over kvalitetsvurdering av inkluderte studier ved bruk kriterier fra Mixed Method Appraisal tool [81].

Referanse	Felles screening		Kvantitativ RCT				
	Klart forsknings-spørsmål	Innsamlet data undersøker forsknings-spørsmålet	Randomisering er gjort på en hensiktsmessig måte	Grupper er sammenliknbare ved oppstart	Fullstendig behandlings-resultat	Utfallsbedømmere er blindet for intervensjonen som tilbys	Deltakere holdt seg til de tildelte intervensjonene
<i>Lindqvist et al. (2020)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Mechler et al. (2020)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Mechler et al. (2021)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
<i>Mechler et al. (2022)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
<i>Lindqvist et al. (2023)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
			Kvantitativ non-RCT				
			Deltakere er representative for målgruppen	Målinger er hensiktsmessige når det kommer til utfall og intervensjon	Fullstendig behandlings-resultat	Konfunderende variabler er tatt høyde for i designet og analysen	Intervensjonen er gitt som planlagt i løpet av studien
<i>Midgley et al. (2021)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
<i>Leibovich et al. (2022)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja
			Kvalitativ				
			Er kvalitativ tilnærming hensiktsmessig for å besvare forsknings-spørsmålet?	Er innsamlings-metoden tilstrekkelig for å svare på forsknings-spørsmålet?	Er funnene tilstrekkelig hentet fra dataene?	Er tolkningen av resultatene tilstrekkelig underbygget av data?	Er det sammenheng mellom kvalitative datakilder, innsamling, analyse og tolkning?
<i>Mortimer et al. (2022)</i>	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja