

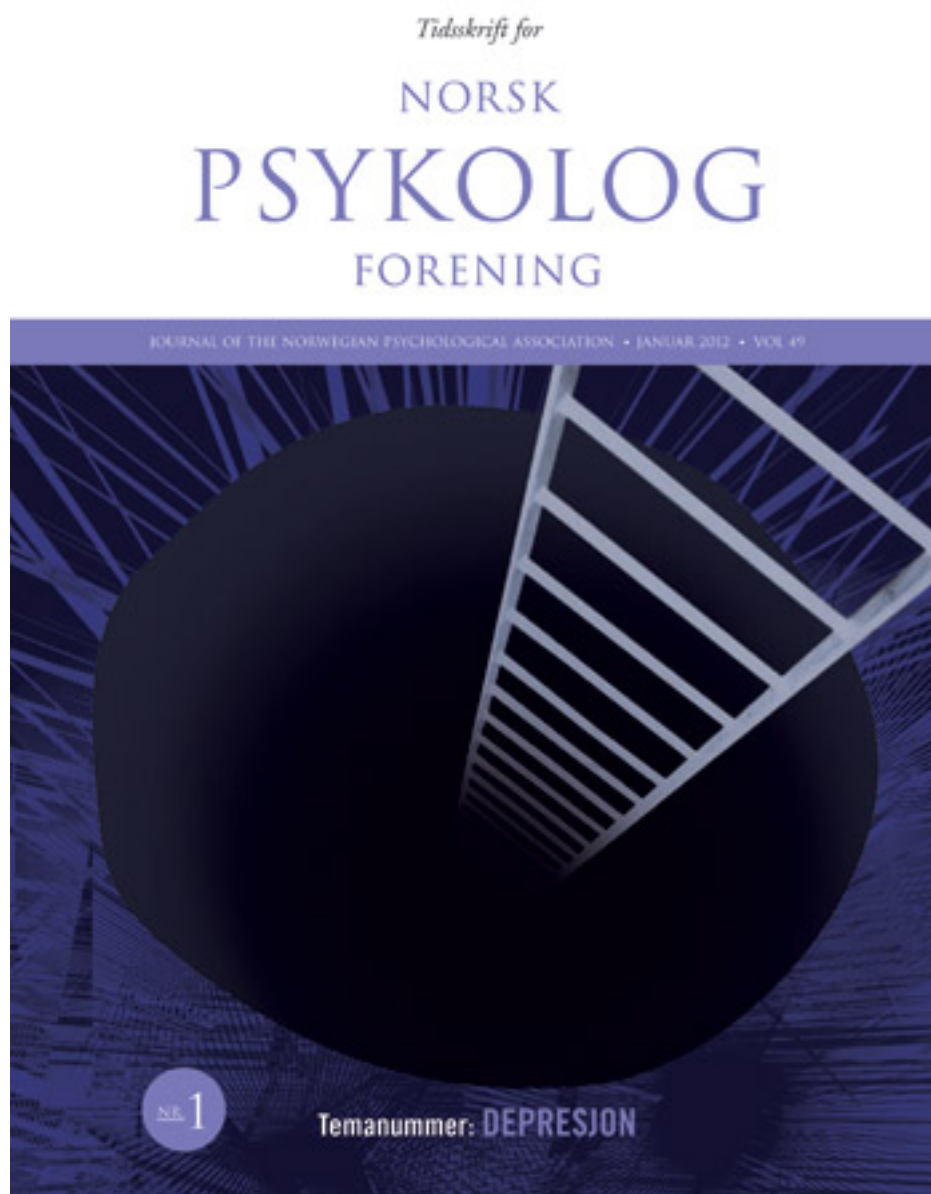
Hva er fakta om psykodynamisk terapi?

Hans M Nordahl

Egil W Martinsen

Catharina E. A. Wang

Innlegget «Uppreis gjengivelse av psykodynamisk terapi» i mars er et innspill til vår artikkel om psykologisk behandling av depresjon. Det gir oss en mulighet til å presisere hvor vi står, men også til å utdype eventuelle uklarheter i vår fremstilling.



DEBATT: DEPRESJONSBEHANDLING

Steinar Lorentzen og kolleger ved Forskningsutvalget i Norsk Psykoanalytisk Institutt reagerte i marsnummeret på fremstillingen av psykodynamisk terapi og effekten den har ved behandling av depresjon i en artikkel av Nordahl, Martinsen og Wang tidligere i år.

Kritikken mot oss går på at psykodynamisk terapi fremstilles skjevt, og at vi er upresise i vår beskrivelse av effekten av psykodynamisk terapi. De skriver også at Kunnskapsrettets rapport om psykodynamisk terapi «har gått forfatterne av nevnte artikkel hus forbi» (s. 283), og hevder at vi ikke kjenner denne. De mener videre at Tidsskriftet og dets fagfeller har en slagside imot psykodynamisk terapi og «ser gjennom fingrene med slike tilløp» av tendensiøs gjengivelse (s. 284). De henstiller også om å rette blikket mer mot fellesfaktorer, da trenden ikke er et hovedfokus «på resultatforskjeller mellom ulike terapitradisjoner» (s. 283). Vi vil i det følgende kommentere hvert av disse punktene, før vi avslutningsvis sier litt om deres kommentar om at vi burde ha problematisert høy tilbakefallsprosent ved depresjon.

Upresist om effekten av psykodynamisk terapi

Lorentzen og medarbeidere opplever vårt utsagn om at psykodynamisk tilnærming er effektiv, «men i noe mindre grad», som uklart. De hevder at dersom dette betyr at psykodynamisk terapi er mindre effektiv for depresjon, så er dette et utsagn som ikke stemmer. Men behandlingseffekten er funnet å være mindre ved psykodynamisk terapi enn ved andre strukturerte psykologiske behandlingsformer som interpersonlig terapi og kognitiv atferdsterapi. Vi refererer til noen av studiene som viser dette, studier som også er omtalt i flere andre sammenhenger.

Vi ønsker å drøfte om man snart nærmer seg en felles klinisk psykologisk praksis i behandling av depresjon, tuftet på forskning og god klinisk praksis

La oss også kort referere noen andre kilder. Roth og Fonagy (2005) sier at «many studies of psychodynamic therapy suggest that dynamic therapy is significantly less effective than other forms of intervention» (s. 106). Både de norske og de danske retningslinjene for behandling av depressive lidelser deler denne oppfatningen, og i den danske sunnheitsstyrelsens referanseprogram fra 2007 kan vi lese: «Samtlige metaanalyser, hvor psykodynamisk terapi indgår, har funnet lavere effektstørrelser for psykodynamisk terapi end for andre former for psykologisk behandling» (s. 65). Også National Institute for Clinical Excellence har sammenlignet effekten av de ulike terapiformene (NICE, 2004; 2009). Også her anbefales kognitiv atferdsterapi eller interpersonlig terapi, selv om de samtidig understreker at disse behandlingsformene ikke er bedre enn «non-specific therapies» i alle studier. Dette er også noe vi har tatt inn i vår artikkel. Videre sammenfaller retningslinjene fra USA (Beutler et al., 2000), Canada (Segal et al., 2001) og New Zealand (2008; www.nzgg.org.nz) med retningslinjene fra NICE. Siden de ulike retningslinjer i høy grad baserer seg på det samme forskningsmaterialet, er det ikke underlig at de konkluderer likt.

Som Lorentzen og medarbeidere poengterer, er det «ikke uvanlig at forfattere med en bestemt metodetilhørighet» vurderer andre metoder ufordelaktig. I en klassisk undersøkelse utført av Lester Luborsky og kolleger (1999) foretok man en analyse av ulike metaanalyser. De fant at forskerens skoletilhørighet korrelerte eksepjonelt høyt ($r = 0,73$) med positive vurderinger av effekten av forskerens egen skoleretning.

Senere metaanalyser har kontrollert for forskerens behandlingspreferanse (såkalt «allegiance effect»). Tolins (2010) oppdaterte gjennomgang av metaanalyser om behandling viser at kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi ligger et hakk foran andre behandlingsformer for angstlidelser og depresjoner også når man kontrollerer for «allegiance-effekten».

Det finnes samtidig støtte til argumentet om at det er få forskjeller mellom de terapeutiske retningene, slik Lorentzen og kolleger innvender, som en metaanalyse fra Leichensring og medarbeidere, (2001) og Wampold og medarbeidere (1997) og også Shedler (2010). Kunnskapssentrets fagpanel vurderte ni artikler bestående av litteraturoversikter og RCT-er, hvor seks funn ble vektlagt (Rapport, nr. 6, 2009). Deres konklusjon var at «behandling med psykodynamisk psykotterapi ikke fører til hverken bedre eller dårligere effekt enn andre former for psykotterapi» (s. 6). Dette er i tråd med Leichensring og kolleger, men altså på tvers av de fleste andre fagpanelers konklusjon i flere ulike land.

Vi trenger ikke å utbrodere dette videre, men spør heller om det er grunn til å anta at kognitiv atferdsterapi og interpersonlig terapi ligger bedre an enn psykodynamisk terapi på behandling av depressive lidelser eller ikke. Har vi våre ord i behold? Leseren kan bedømme dette selv.

Kunnskapssentrets rapport hus forbi?

Det korte svaret er «nei». To av forfatterne (Wang og Nordahl) satt i Helsedirektoratets arbeidsgruppe i utviklingen av retningslinjer for diagnostisering og behandling av depressive lidelser. Sammen med sekretæren fra Helsedirektoratet og lederen av arbeidsgruppen var vi aktivt med i beslutningen om å imøtekomme kritikken fra den overnevnte psykodynamiske gruppen ved nettopp å la Kunnskapssentret gjennomføre en særskilt gjennomgang av effekten av psykodynamisk behandling. Vi kjenner derfor veldig godt til denne rapporten siden vi faktisk var med på å initiere den.

En liten tilleggskommentar her: Vi har ikke funnet noen nye studier i Kunnskapssentrets gjennomgang som ikke alt i utgangspunktet var blitt gjennomgått av Helsedirektoratets arbeidsgruppe. Når de i denne rapporten konkluderer med at det er «få forskjeller» mellom psykodynamisk terapi og andre former for psykotterapi, er vi forundret, da dette fremstår som en upresis konklusjon som kan tolkes på flere måter.

Har Tidsskriftet en slagside?

Lorentzen og medarbeidere skriver at «artikkelen er informativ, men har en slagside som man til kjedsommelighet ser i Tidsskriftet» (s. 283). Dette er jo en ganske oppsiktsvekkende uttalelse, som vi mener det ikke er grunnlag for.

I en gjennomgang av de to siste årgangene av Tidsskriftet (2010 og 2011) stilte vi følgende spørsmål: 1. Hvor mange artikler omhandler psykodynamisk terapi og andre terapier i disse årgangene? 2. Hvor mange av manuskriptene var refusert som omhandler psykodynamisk terapi og de andre terapiformene?

I samarbeid med redaksjonen fikk vi konkrete tall på dette. Nå er det gitt ut flere temanumre og en artikkelserie gjennom disse to årene, og vi bør derfor se på publiseringstallene på minst to måter, med og uten temanumre. Her er tallene:

Artikler

- 8 artikler i kognitiv atferdsterapeutisk tradisjon. I tillegg kommer et temanummer om Kognitiv atferdsterapi med barn (12 artikler alene).

- 10 artikler i psykodynamisk tradisjon. Her kan man vurdere om Skårderuds artikkelserie skal regnes inn eller ikke (4 artikler).
- 17 bidrag er i andre tradisjoner (systemisk/familieterapi/eklektisk). Et temanummer om mekling gjør at familieterapeutiske artikler er høyere representert enn i et gjennomsnittså.
- 61 bidrag fra grunnforskning, organisasjon, utviklingspsykologi, arbeidspsykologi, nevropsykologi, mv.

Fagessay og fra praksis

- 3 bidrag fra kognitiv tradisjon
- 4 bidrag fra psykodynamisk tradisjon
- 20 bidrag knyttet til forskjellige temaer: førerkortvurdering, krisepsykologi, evidensbasert praksis, maskulinitet i terapi, sorggrupper, foreldreskapets kulturhistorie, lavterskelpspsykologi, m.m.

Refuserte artikler

En rask gjennomgang av refuserte bidrag i Tidsskriftets redaksjon viser at, og vi siterer: «det er kognitive bidrag som refuseres, det er bidrag innen spesialpedagogikken, det er psykodynamiske bidrag, og en gruppe av esoteriske bidrag er avvist». Heller ikke denne gjennomgangen gir et klart bilde av at den psykodynamiske skoleretningen er mer tendensiøst behandlet enn andre tradisjoner.

Vi kan altså ikke se at det er holdepunkter for at Tidsskriftet «har en slagside som man til kjedsommelighet ser», og slike utsagn virker ikke særlig godt funderte hvis man ser 2010–11-årgangene under ett.

Fellesfaktorer

Lorentzen og medarbeidere skriver at dagens hovedtrend er å se på fellesfaktorer i terapi fremfor resultatforskjeller (s. 284). Dette er en underlig påstand. Betydningen av fellesfaktorer har stått sentralt i klinisk psykologi siden seksti- og sytti-tallet, med navn som Jerome Frank, Hans Strupp og flere. Og etter vårt syn er det fremkommet lite nytt om betydningen av fellesfaktorer siden da.

Når det gjelder vår artikkel, beskriver vi de viktigste fellesfaktorene på side 42. Men vårt poeng var ikke å ha et hovedfokus på fellesfaktorer. I stedet spurte vi: «Hva er fellestrekk ved de mest benyttede behandlingsformene i dag?». Det er altså ikke effekt vi drøftet. Det ser ut som Lorentzen og medarbeidere har oversett vårt hovedpoeng, nemlig spørsmålene om hva som er viktig i behandling av depresjon, og i hvilken grad dette gjenspeiles i de vanligste psykologiske behandlingsformene. Vi ønsker å drøfte om man snart nærmer seg en felles klinisk psykologisk praksis i behandling av depresjon, tuftet på forskning og god klinisk praksis. Vi går altså fra å identifisere fellesfaktorer til å studere fellestrekk i behandling av depresjon. Er dette en viktig og hensiktsmessig tilnærming? Vi tror det.

Høyt tilbakefall

Tilbakefall ved depresjon er vanlig, og Lorentzen og medarbeidere mener vi burde problematisert dette bedre. Ja, vi er enige i at temaet er svært viktig, men det ble tatt opp i en annen artikkel i samme temanummer (Halvorsen & Nordahl, 2012). Vi tillater oss å sitere oss selv fra siste avsnitt før konklusjon i vår egen artikkel:

«Betydningen av terapeutens kompetanse for utfall av behandling er lite studert, men antagelig like viktig som selve metoden for å forklare forskjeller i behandlingseffekter. Dette innebærer at det foreløpig vil være forbundet med stor usikkerhet å konkludere entydig om hvilken behandling som er mest effektiv. Vi har derfor sett det som mer hensiktsmessig å beskrive hva som kan være felles prinsipper og handlingsmåter innenfor disse tilnærmingene i arbeid med depresjoner» (Nordahl et al., 2012, s. 47).

Avslutningsvis vil vi si at vi står overfor en viktig fase i utviklingen av psykologisk behandling hvor vi må holde hodet kaldt. I studier av psykologisk behandling er det rom for mange feilkilder og spesielt hvordan man gjennomfører en behandling. Her ser vi ofte at merkenavnet (Psykodynamisk terapi, Kognitiv terapi eller Interpersonlig terapi) ofte ikke er i særlig overensstemmelse med psykologens praksis. Det er derfor viktig å konkretisere aktive ingredienser og sentrale oppgaver i behandling av depresjon og med hvilken kompetanse man gjennomfører disse oppgavene, til hjelp for både pasient og behandler.