

- Vi er ikke gode nok som terapeuter

Per Olav Solberg
redaksjonssjef

Forskningsdataene levner ingen tvil: Effekten av psykoterapi på pasienter med depresjon er langt lavere enn psykologer liker å tro.

- Du og ditt forskerteam har analysert over 350 randomiserte behandlingsstudier knyttet til depresjon. Hva er det mest sentrale funnet?

- Det aller viktigste budskapet er at psykologer gjør en god behandlerjobb, men vi er dessverre ikke i nærheten av å være så gode som vi bør. Seks av ti pasienter blir bedre etter behandling, og det høres i seg selv ikke galt ut. Men når vi vet at mellom fire og fem pasienter oppnår bedring uansett, behandling eller ei, betyr det at effekten av terapi er relativt moderat.

- Er det noen behandlingsformer som skiller seg ut, positivt eller negativt?

- Nei. Metodevalg har ingen betydning for behandlingseffekt, i hvert fall ikke når vi snakker om anerkjente, evidensbaserte metoder som ofte brukes mot depresjon. Da kommer samtlige metoder relativt likt ut. I vårt materiale har vi blant annet sammenlignet kognitiv atferdsterapi (KAT) med alle andre terapiformer vi har data på, for å se om KAT kommer noe bedre ut enn andre metoder. Det gjør den ikke.

- I psykologiske fagmiljøer, og også i spaltene våre, er det jevnlig uenigheter om hvilke terapiformer som er best egnet til å behandle ulike typer psykiske lidelser. Er dette meningsløse diskusjoner etter din oppfatning?

- For depresjon, som er den lidelsen jeg kan uttale meg om, mener jeg slike debatter er nytteløse. Og de hjelper i hvert fall ikke pasientene. Det har blitt forsket svært mye på ulike behandlingsmetoder og hvilken effekt de har på pasienter som lider av depresjon. Vi trenger ikke forske mer på dette, vi vet nå at alle evidensbaserte metoder er omtrent like effektive.

- Hva sier forskningen din om medikamentell behandling av depresjon?

- Effekten sammenlignet med psykoterapi er relativt lik, men den varer kortere. Pasientene får altså vanligvis raskere tilbakefall når de slutter å bruke antidepressiva, sammenlignet med de som har sluttet i psykoterapi. Men forskningen vår er tydelig på at pasienter som får medikamentell behandling i tillegg til psykoterapi, har signifikant bedre behandlingsresultater enn de som kun får psykoterapi. Kombinert behandling ser dermed ut til å være det som fungerer aller best mot depresjon.

- I hvilken grad tar analysene deres høyde for «bias» i forskningen?

- Vi har sett grundig på dette. Psykologisk forskning har problemer på minst to felter: Kvaliteten på mange av behandlingsstudiene i fagfeltet er for dårlig. Konsekvensen er at behandlingseffekten i mange studier overdrives. Ser vi på behandlingsstudier av høy kvalitet, og disse er det dessverre langt færre av, er behandlingseffekten lavere enn i de «dårlige» studiene. I tillegg vet vi at mange studier – rundt 20 prosent – aldri publiseres fordi de ikke inneholder signifikante funn. Tar vi høyde for denne typen «bias», reduseres behandlingseffekten betydelig.

- Hvor betydelig da?

- En psykolog må i gjennomsnitt behandle tre pasienter for at én skal ha positiv effekt av behandlingen. Når vi tar høyde for «bias», reduseres effekten radikalt: Psykologen må da behandle seks pasienter for at én skal bli bedre.

- Er ikke dette alarmerende svake tall?

– Det kommer an på øyet som ser. Jeg vil fortsatt hevde at psykologer generelt gjør en god jobb, og at psykologer gir god hjelp til et stort antall mennesker, men vi har nok altfor lenge overdrevet hvor bra terapi mot depresjon virker.

– **Håpefulle pasienter med depresjon kan vel miste motet av mindre. Hva er likevel dine beste råd til pasienter som sliter med depresjon?**

– Det er nok ikke pedagogisk lurt å presentere denne typen tall for en pasient i behandling, men for psykologstanden tenker jeg denne informasjonen er viktig. Den viser at vi både trenger mer kunnskap, og at vi har mye å strekke oss etter. Mitt råd til pasienter, basert på min forskning, vil være å oppsøke hjelp raskt og å jobbe med høy intensitet. Vår metastudie viser at pasienter som går i terapi to ganger i uken, oppnår betydelig bedre behandlingseffekt enn de som går én gang i uken eller mindre. Sett fra et klinisk ståsted gir dette mening: Man mobiliserer pasientene på en mer intens måte og utsetter dem for et positivt press som «tvinger» dem til å jobbe hardt med seg selv for å få til en forandring.

– **Når du sier «opsøke hjelp raskt», mener du da rask hjelp hos en psykolog, eller tenker du også på andre behandlingsformer?**

– Jeg tenker fleksibelt. Pasienter er ulike, og mange evner selv å finne ut hva som passer best for dem. Å lese selvhjelps bøker om depresjon kombinert med terapi på internett kan være utmerket for mange. Samfunnet er tjent med at det finnes behandlingstilbud som ikke koster for mye, og som det er enkelt og effektivt å ta i bruk.

– **Til slutt: Hva er ditt budskap til den norske helseministeren?**

– Depresjon er et stort helseproblem, med en enorm økonomisk dimensjon. I Nederland har man beregnet at bare depresjon koster samfunnet mellom 6 og 7 milliarder euro per år. Å investere flere offentlige kroner i psykisk helsefeltet vil være lønnsomt for samfunnet og hjelpe flere.

Hvorfor NÅ?

- Pim Cuijpers er professor i klinisk psykologi ved Vrije Universiteit i Amsterdam, Nederland.
- Han var invitert til Psykologkongressen i Oslo i begynnelsen av september for å snakke om hva han tenker er den beste måten å drive depresjonsbehandling på.
- Cuijpers og hans forskerteam har blant annet gjort store metastudier på behandlingseffekt av depresjon.