

# Effekt av langvarig psykodynamisk terapi

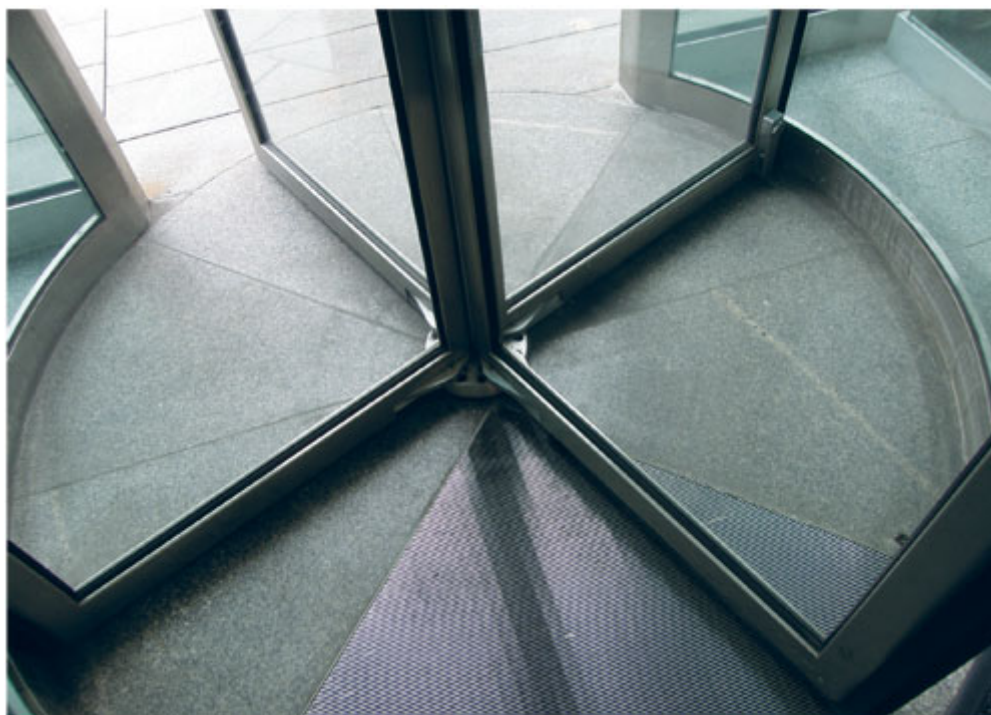
Rask symptomlette forbindes med effektiv terapi, men ofte også med rask tilbakefall og rehenvisning. Lang tids psykodynamisk terapi der en utforsker de ubevisste sidene som skaper symptomene, kan da være mer effektivt.

TEKST

**Gunhild Rindal Kulbotten**

PUBLISERT 5. mars 2013

---



**SVINGDØR:** Ni av ti pasienter ved poliklinikker henvises på nytt, noe som er både etisk og økonomisk betenkelig. Men dagens ordning forsvares med at ikke alt kan behandles på en gang. I stedet skal man jobbe med andre problemer i neste runde - gjerne med en ny terapeut ved hver nye henvisning. - Dette er lite effektivt når vi vet at relasjonen mellom pasient og terapeut har betydning, skriver Gunhild R.

Kulbotten.

Foto: Flickr / Dan4th Nicholas

Kortvarige, manualiserte og evidensbaserte terapier har i stor grad erstattet langvarig psykodynamisk psykoterapi i offentlig psykisk helsevern. Mens det i Sverige allerede er

«kroken på døra» (Sjödin 2012), har vi – enn så lenge – statsstøttede utdanninger. Noen få pasienter får derfor tilbud om denne typen terapi i norske helseforetak/ poliklinikker. Men Helsedirektoratet har nylig gått inn for å avvikle tilskuddsordningen for videreutdanning i psykodynamisk terapi (Aftenposten 27.11.2012). Dette skjer samtidig med at mange er bekymret for at unge med psykiske lidelser får for dårlig hjelp og ender med uføretrygd. Som jeg vil illustrere gjennom en kasuistikk, vil mange i denne gruppen nettopp ha utbytte av langvarig psykodynamisk terapi.

**«Å få gjennomslag for langtidsterapi når avdelingssjefen eksplisitt uttaler at «lista for forsvarlig behandling ligger ved å redde liv», er ingen enkel oppgave»**

### **42 timer terapi**

På vei mot uføretrygd tilbys mange klienter terapi. «Treatment as usual» ved depresjon er inntil ti timer terapi, psykoedukasjon om depressive lidelser, og for mange også antidepressiv medikasjon. Min pasient ønsket ikke medisiner. Siden nasjonale retningslinjer sier at pasienten skal bli hørt, slapp hun det. Da jeg som ledd i min etterutdanning trengte en pasient som skulle få langvarig psykodynamisk terapi, fikk hun tilbud om det og møtte til 42 timer over halvannet år. Men uten terapeuter med fordypning i psykodynamisk behandling er det vanskelig å gi slike tilbud, selv når klientene etterspør det. (Men vi får jo heller ikke *lov* å drive med det i poliklinikkene, da det er for resurskrevende.)

Å få gjennomslag for langtidsterapi når avdelingssjefen eksplisitt uttaler at «lista for forsvarlig behandling ligger ved å redde liv», er ingen enkel oppgave. Situasjonen blir ikke bedre av at langvarig psykodynamisk terapi har manglet sterk evidensbasert støtte. Dette har flere forklaringer, men to forhold synes spesielt relevante i denne sammenhengen: et for snevert evidensbegrep og debatten om hvordan psykoanalysen best kan etterkomme kravet om empirisk belegg.

En del nyere terapiformer har vært flinke til å dokumentere resultater. Disse behandlingsformene er ofte som skreddersydd for dagens gullstandard i psykoterapiforskning, randomised controlled trials (RCT). Denne forskningstradisjonens evidens bygger på en sykdomsmodell der utgangspunktet er en diagnose, middelet en manualisert behandling og resultatet symptomlette.

I psykodynamiske tilnærminger er imidlertid ikke diagnostisk plassering tilstrekkelig når terapeutisk fremgangsmåte skal velges. Andre personvariabler er mer relevante enn diagnosen, og ofte vil en individuell personlighetsbeskrivelse være et mer egnet utgangspunkt. Det er heller ikke meningsfullt å operere med forhåndsdefinerte intervensjoner, da disse må utledes av den spesifikke konteksten og den terapeutiske

dialogen. I stedet for å forsøke å fjerne terapeutvariabler – slik RCT-forskningen ofte gjør – er det nettopp relasjonen mellom pasient og terapeut som gis forskningsmessig prioritet. Det er dessuten ikke gitt at symptomlette er det mest relevante resultatmålet. Psykodynamisk terapi etterstreber mer komplekse endringer enn det å eliminere symptomene alene er uttrykk for. Et eksempel er strukturendring som skaper evne til å romme vanskelige følelser fremfor å fjerne disse følelsene. Selv om det er lettere å forske med enkle resultatmål, er det sentralt at disse inneholder så vel objektive mål, som klinikerrelevante mål og pasientens opplevelse av å ha blitt hjulpet. Det er med andre ord behov for et utvidet evidensbegrep og mer kvalitative studier som kan gi kunnskap om hva som kan virke for den enkelte pasient, ikke kun effekt målt på gruppenivå (Gullestad, 2012).

Psykodynamiske terapiformer forventes å innfri kravet om å demonstrere kvantitativ effekt. Men en slik form for empirisk forskning fremfor kliniske kasusstudier kan stå i veien for tilnærmingens videre utvikling (Hoffman, 2009). Da gir man avkall på den psykoanalytiske metoden og gir etter for presset om å bringe psykoanalysen i overensstemmelse med ytre standarder for sannhet. Men en slik «ny og forbedret» versjon er løsrevet fra tilnærmingens historiske verdier og tradisjoner. Da har man kanskje solgt sjelen dens (psykoanalysens) på veien mot økt prestisje, innflytelse og aksept. En bedre løsning vil være å oppnå økologisk validitet ved å utvikle kvantitative metoder for å vurdere psykoanalytisk behandling slik den faktisk praktiseres, og at man i stedet for å operere med et metodehierarki forsøker å bygge opp en database av studier hvor ulike metodiske tilnærminger er inkludert (Vivona, 2012).

## **Langtidseffekt**

Støtte til effektene av langtids psykodynamisk terapi finnes allerede. To nyere metaanalyser har vist at slik terapi er mer effektiv enn kortere terapiformer, og at den også har effekt hos pasienter med komplekse eller kroniske lidelser, som ved komorbiditet og personlighetsforstyrrelser (Leichsenring & Rabung, 2008). En stor andel av pasientene i DPS hører til disse gruppene. Studiene forteller videre at pasientene viser fortsatt bedring også etter endt terapi (Shedler, 2010). For andre evidensbaserte terapier har effekten for vanlige lidelser som depresjon og angst en tendens til å avta, kanskje nettopp fordi man fokuserer på symptomlette fremfor underliggende årsaker.

Gitt den høye andelen rehenvisninger til poliklinikkene – gjerne rundt 90 prosent – synes det både etisk og økonomisk betenkelig å tilby «one size» (fits no one) terapi, fremfor skreddersydd behandling som gir varig og fortsatt bedring. I stedet forsvarer dagens ordning med at man ikke kan behandle alt på en gang. Man legger opp til rehenvisninger og til at pasienten skal jobbe videre med andre problemer i neste runde. Dette gir et system hvor terapeuten «tar unna» for å innfri ventelistegarantien, mens pasienten risikerer å få en ny terapeut ved hver ny henvisning. Dette er lite effektivt når vi vet at relasjonen mellom pasient og terapeut har betydning. I stedet for å lage et system hvor terapeut-variabler utelukkes, bør man heller legge opp til en behandling

hvor relasjonen mellom pasient og terapeut kan utvikles og nyttiggjøres over tid. Og det er nettopp dette mitt kliniske eksempel viser.

### **Mål: Uføretrygd**

Anne er i begynnelsen av tredveårene. Hun har i mange år slitt med depressivitet, utbrenthet, smerter i hode og nakke, og flere andre plager. I et par år forsøkte hun antidepressiver uten særlig effekt, og har mistet troen på at dette kan hjelpe henne. Hun forteller i inntakssamtalen at hun har fått diagnosen fibromyalgi. Dette er en lettelse for henne, da det gir legitimitet til hennes plager og reduserte funksjonsnivå. Anne legger heller ikke skjul på at målet hennes er uføretrygd. Hun har ingen tro på at det går an å få hjelp.

Anne har ingen utdanning etter grunnskolen. Noen kortvarige butikkjobber avbrutt av hyppige sykemeldinger utgjør jobberfaringen. Hun har aldri vært samboende, men har et nært forhold til sine søsken. Utdannelse og en mer tilfredsstillende jobb betyr at hun må flytte, derfor velger hun heller å være nær venner og familie.

WAIS viser at Anne har problemer med konsentrasjon og verbale deltester. Hun misforstår mye i timene, og det første året i terapi lagde hun ofte lyder som «dudududu» i stedet for å fullføre setninger. Hun ønsket ikke å snakke om barndommen, og mor ga heller ikke opplysninger om oppveksten. Etternavnet hennes var stigmatiserende i lokalsamfunnet, og ble av mange assosiert med psykiske lidelser, selvmord og rus. Anne hadde vært i mer enn en fight i løpet av årene, også i voksen alder, noe som også hadde satt sine spor i ansiktet. Anne fikk diagnosene dystymi og moderat depresjon og ble oppfattet å ha en betydelig subparanoid beredskap. Det var også mistanke om alkoholmisbruk.

Vi begynte å snakke sammen to ganger i uken. I begynnelsen ga Anne uttrykk for at hun ønsket konkrete råd og veiledning, og hun virket bitter over at hun ikke fikk dette som ung. Halvannet år senere er det nettopp det at hun *ikke* fikk råd, men snarere måtte finne sin egen vei, som hun verdsetter. Å bruke tiden på å bli kjent med seg selv og sine egne ønsker og behov er det som står igjen som viktig. Men ved oppstart var det krevende å kjenne etter hva hun selv ønsket og utforske hva som kunne ligge bak de kroppslige symptomene. Langt mer utfordrende enn å forsøke å fjerne plagene, slik hun hadde prøvd utallige ganger hos fysioterapeut og naprapat. Vi brukte også mange timer på å undersøke forskjellen på hvordan hun selv trodde hun fremsto, og hvordan jeg – og sannsynligvis andre – oppfattet henne.

Etter ett år i terapi fant Anne plutselig ut at hun ville begynne på skole, en skole som lå fire timers kjøring fra hjembyen. Hun sto på overfor NAV, gjorde alt de forlangte, rakk alle frister (om enn med knappest mulig margin) og fikk både skoleplass og økonomisk støtte til utdanning. NAV var riktignok skeptiske og ønsket at hun skulle fortsette i behandling. Men dette var vanskelig på grunn av avstanden, og for Anne var det ikke aktuelt å begynne hos en ny psykolog.

Man kan naturligvis ikke vite hvor Anne hadde vært i dag om hun bare hadde fått ti timer terapi og mer antidepressiv medikasjon. Men sannsynligheten er nok stor for at hun hadde endt opp med uføretrygd. Man kan heller ikke vite om terapien var utslagsgivende for at hun begynte å kjenne på egne ønsker, plutselig fikk tro på seg selv og tok grep om egen livssituasjon. Anne ga imidlertid eksplisitt uttrykk for at terapien var en viktig faktor, og samtykket i at hennes historie skulle fortelles for muligens å hjelpe og inspirere andre.

## Rom for langsiktighet

Terapier som fokuserer på symptomlette, er effektive i den forstand at pasientene kan hjelpes til å få det bedre raskt, men ofte ser vi dessverre tilbakefall og rehenvisninger relativt fort. Da er det lett at både pasienten og behandlingsapparatet begynner å oppfatte det som en kronisk tilstand, alle gir opp, og veien til uføretrygd er kort. I lengden er det kanskje mer effektivt å tilby terapi som også utforsker ubevisste sider hos pasienten og som bidrar til å skape symptomer, slik at de kan bryte ut av denne vonde sirkelen. Dette krever imidlertid behandlere med utdanning i langtids dynamisk psykoterapi, noe de færreste vil kunne ha råd til å skaffe seg dersom tilskuddsordningen / den statlige støtten forsvinner. I tillegg forutsetter det andre prioriteringer i den polikliniske hverdagen, slik at det blir rom for å arbeide på denne måten.

[gunhild.rindal.kulbotten@sykehuset-innlandet.no](mailto:gunhild.rindal.kulbotten@sykehuset-innlandet.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 3, 2013, side 260-262*

### TEKST

**Gunhild Rindal Kulbotten**, DPS Lillehammer

+ Vis referanser

### Referanser

Crits-Christoph, P. & Barber, J. P. Long-term psychotherapy. I R. E. Ingram & C. R. Snyder (red.) Handbook of psychological change: Psychotherapy processes & practices for the 21st century. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2000: 455-473.

Gullestad, S. E. (2012). Vitenskapssyn innen psykoanalytisk tenkning ? implikasjoner for teoriforståelse og praksis. Innføringsseminar, Institutt for psykoterapi 13.-14. 4. 2012.

Hoffman, I. Z. (2009). Doublethinking our way to «scientific legitimacy»: the desiccation of human experience. Journal of the American Psychoanalytic Association, 57: 1043-1069.

Leichsenring, F., og Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta - analysis. Journal of the American Medical Association, 300, 1551-1565.

Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. American Psychologist, 65, 98-109.

Sjödín, C. (2012). Psychoanalysis is becoming an impossible profession within the public welfare system in Sweden. *International Forum for Psychoanalysis*, 21(1), 46-52.

Vivona, J. M. (2012). Between a rock and hard science: how should psychoanalysis respond to pressures for quantitative evidence of effectiveness? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60, 121-129.

Warren, C. S. (2012). Faustian science and the future of psychoanalysis. 1, 131-144.