

# Effekten av psykodynamisk psykoterapi

## Status i kunnskapsfeltet og ubesvarte spørsmål

Psykodynamisk terapi innfrir de strengeste krav til evidens, men det er på tide å stille nye spørsmål. Vi trenger mer kunnskap om hvordan fellesfaktorer og terapispesifikke intervensjoner samvirker i psykoterapi.

### TEKST

**Helene Amundsen Nissen-Lie**

**PUBLISERT 4. juni 2018**

### ABSTRACT:

#### **The evidence of psychodynamic psychotherapy**

This article presents and discusses the evidence base of psychodynamic therapy (PDT) for an adult client population. In a number of authoritative recent meta-analyses and reviews, applying updated criteria for establishing evidence, PDT demonstrates good effects in the treatment of a range of common mental health disorders such as depression, anxiety, addiction, and personality disorders. This is in line with the latest Cochrane report that explicitly describes PDT as effective. The effect of PDT is stable or increasing at follow-up. It seems particularly effective when treating complex mental health problems such as personality disorders and multiple comorbidity. It is time to leave the myth that PDT lacks evidence. These findings, however, give rise to a number of discussions that are presented, such as the application of the RCT design, the problem of statistical power, the usefulness of establishing evidence of a treatment vis-à-vis specific disorders, and the extent to which treatment outcomes can actually be traced back to the type of therapy or treatment model used.

---

Keywords: psychodynamic psychotherapy; PDT; evidens; treatment outcome

---

### EMNER

Psykodynamisk psykoterapi

PDT

Evidens

Utfallsmål

---

En oppfatning om at psykodynamisk terapi (PDT) mangler evidens, har over lengre tid fått fotfeste hos helsemyndigheter, akademikere og legfolk. Denne feilaktige oppfatningen har til dels fått store konsekvenser, som når den svenske Socialstyrelsen (tilsvarende det norske Helsedirektoratet) nylig gikk inn for retningslinjer i

behandlingen av depresjon der PDT nevnes som en behandling med mindre eller manglende evidens. I Norge (og Danmark, Finland og Tyskland) er helsemyndighetene mer oppdatert og sidestiller ulike «strukturerte psykologiske» terapiformer, som kognitiv atferdsterapi (KAT), PDT og interpersonlig terapi i behandlingen av depresjon (se *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*, Helsedirektoratet, 2009).

Det er nok flere grunner til at PDT har fått et rykte om at den ikke er evidensbasert. En årsak kan være at det tok tid før forskere studerte effekten av PDT ved bruk av kontrollerte studier og standardiserte utfallsmål, noe som er påkrevd for å vise evidens. Dette kan bunne i at psykodynamisk orienterte forskere var skeptiske til denne forskningstradisjonen, da begrepene innenfor PDT kan være vanskelige å operasjonalisere eller måle. Selv om denne skepsisen kan synes relevant og forståelig også i dag, kan holdningen ha slått tilbake på fagfeltet, ved at man ikke gjorde en nødvendig jobb for å dokumentere effekten av psykodynamisk praksis før PDT ble ansett som en behandlingsform «uten evidens».

Fagpersoner innenfor kognitiv atferdsterapi (KAT) tok derimot tidlig betydningen av å dokumentere behandlingseffekt på alvor, og kunne vise til en rekke studier som dokumenterte at KAT hadde god effekt på en rekke mentale helseproblemer (for en oversikt, se Hollon & Beck, 2013). Derfor er det per dags dato et større volum av studier som viser KATs evidens. I mange år fantes det få studier der man undersøkte effekten av PDT. I dag har bildet forandret seg. I løpet av det siste tiåret er det publisert en rekke autoritative studier som undersøker effekten av PDT gjennom å sammenlikne PDT med ventelistekontroller, en placebobetingelse eller andre behandlinger og terapiformer. Resultatene viser at PDT fungerer for et bredt spekter av psykiske lidelser, og like godt som andre evidensbaserte behandlinger.

### **Hva er evidensbasert behandling?**

Evidensbevegelsen, med opprinnelse i USA, har spesifisert visse krav til hvordan en kan påvise at en behandling er såkalt evidensbasert (EBT = Evidence Based Treatment; se Chambless & Hollon, 1998; Westen, Novotny, & Thompson-Brenner, 2004). For at en behandling skal bli vurdert til å ha evidens, må den ha vist bedre effekt enn en placebobetingelse eller en ikke-evidensbasert, alternativ behandling, ofte såkalt treatment as usual (TAU), eller være ekvivalent med en allerede etablert EBT. Forskningstilnærmingen er fortrinnsvis kontrollerte kliniske studier eller RCT-studier. Dette evidensbegrepet er imidlertid ikke ukontroversielt (se f.eks. Ekeland, 2001; Gullestad, 2001). En viktig distinksjon er trukket mellom begrepet *evidensbasert behandling* (om en behandlingsmetode) og det videre begrepet *evidensbasert psykologisk praksis* (se Rønnestad, 2008). Det siste er mer overordnet og reflekterer en integrering av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise der man tar hensyn til pasientens egenskaper, kultur og preferanser (Norsk psykologforening, 2007). Dette er en definisjon som både den amerikanske og den norske psykologforeningen har sluttet seg til.

## «Psykodynamisk terapi har i flere undersøkelser vist evidens ut fra de strengeste kriterier som må innfris for å hevde dette»

Begrepet *beste tilgjengelige forskning* utvider det som vurderes som legitime kunnskapskilder. Begrepet omfatter for eksempel prosess-utfallsforskning, systematiske kasusstudier, kvalitative studier og metaanalyser, i tillegg til RCT-studier. I denne artikkelen anvendes den smalere definisjonen av evidens som inngår i begrepet *evidensbasert behandling*, for å se om PDT kan tilfredsstille denne. Vi må være klar over at dette evidensbegrepet i stor grad, men ikke utelukkende, hviler på en bestemt forskningsmessig tilnærming (RCT-studier), og at disse premisene kan diskuteres. Like fullt, gitt nettopp disse rammene, er målet med artikkelen å diskutere evidensgrunnlaget til psykodynamisk terapi (PDT) slik det er undersøkt i nyere psykoterapiforskning (f.eks. Abbass & Driessen, 2010; Cuijpers et al., 2013; Keefe, McCarthy, Dinger, Zilcha-Mano Barber, 2014; Leichsenring, Abbass, Luyten, Hilsenroth, Rabung, 2013; Leichsenring, Luyten, Abbass, Barber, Keefe, Leweke, Rabung & Steinert, 2015; Leichsenring & Rabung, 2011; Leichsenring & Schauenburg, 2014).

### Dodo-fugl-tesen

Før vi går inn på det spesifikke evidensgrunnlaget for PDT, er det hensiktsmessig å se nærmere på hvor psykoterapiforskningen står i dag. Effektforskningen har frembrakt kunnskap som gjør at vi med nokså stor sikkerhet kan konkludere med at alle såkalte *bona fide*-psykoterapiformer<sup>[1]</sup> har like god effekt, i alle fall for reduksjon av psykisk lidelse eller symptomer (Cuijpers et al., 2013; Wampold & Imel, 2015). En *bona fide*-terapiform er en psykoterapeutisk behandling som er fundert i psykologisk teori, den er presentert i litteraturen, for eksempel i form av en manual eller andre beskrivelser, og er utført av en terapeut med adekvat opplæring (se Wampold et al., 1997). Like fullt vil det fortsatt finnes dem som hevder at en bestemt metode egentlig er overlegen andre, og at «Dodo-fugl-funnet» – nemlig at alle metoder er likeverdige (Rosenzweig, 1936; Wampold et al., 1997) – er feil. Ifølge Saul Rosenzweig, som først lanserte Dodo-fugl-tesen, er alle etablerte psykoterapier like virksomme fordi de deler sentrale fellesfaktorer som ligger innebygd i de enkelte modellene. Disse fellesfaktorene antas å være avgjørende for endringen som finner sted i psykoterapi (Rosenzweig, 1936). Dodo-fugl-tesen har fått støtte gjennom mange undersøkelser der man har sammenliknet ulike behandlinger og for ulike type lidelser (f.eks. Baardseth et al., 2013, Benish et al., 2008).

I februar 2017 publiserte Pim Cuijpers en oversiktsartikkel der han gjennomgår forskning fra fire tiår og ca. 500 randomiserte kontrollerte studier på behandling av depresjon hos voksne. Han konkluderer med at ulike behandlinger, som kognitiv atferdsterapi (KAT), interpersonlig terapi, problemløsningsterapi og korttids psykodynamisk psykoterapi, alle har effekt på bedring av depresjon, og at det ikke er

noen forskjell mellom dem. Det skal sies at fellesfaktorenes betydning er én av mange mulige forklaringer på dodo-funnet. En annen er at de spesifikke faktorene eller teknikkene fra forskjellige modeller fungerer like godt, i gjennomsnitt, og kan lede til like gode resultater. I så tilfelle er det ikke nødvendigvis det de har til felles, som forklarer den manglende forskjellen i effekt mellom dem. Med andre ord – det finnes flere veier til Rom, som er likeverdige om enn forskjellige. Selv om denne forklaringen (at ulike komponenter har like god effekt) har mindre empirisk belegg per i dag, er den fortsatt en plausibel forklaring.

**«Den psykodynamiske forståelsesmåten er utviklet over ett hundreår, og anvendes både som en terapeutisk metode og til å forstå ulike samfunnsfenomener, kunst- og kulturuttrykk»**

I det følgende ønsker jeg å redegjøre for studier som kan si noe om evidensen til PDT, men uten å miste Dodo-fugl-tesen av syne. Jeg vil vise til en rekke metaanalyser og systematiske litteraturgjennomganger som anvender kriterier hentet fra et strikt medisinsk forskningsparadigme (f.eks. Leichsenring et al., 2015), og som viser at PDT har god effekt ved de fleste vanlige psykiske lidelser, så som depresjon, angst, rusmiddelavhengighet, somatoforme forstyrrelser, spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser. Jeg vil drøfte metodologiske muligheter og begrensninger ved denne forskningen. Som bakgrunn for gjennomgangen og drøftingen vil jeg presentere aktuelle definisjoner av psykodynamisk terapi samt peke på de viktigste kjennetegnene ved klinisk kontrollerte studier (RCT-design) og evidenskriterier som anvendes i denne forskningstradisjonen.

**Hva er psykodynamisk terapi?**

PDT inngår i et større kunnskapsunivers av teorier om menneskets utvikling, personlighet og mentale prosesser. Den psykodynamiske forståelsesmåten er utviklet over ett hundreår, og anvendes både som en terapeutisk metode og til å forstå ulike samfunnsfenomener, kunst- og kulturuttrykk. Anvendt som behandlingsmodell kan den beskrives i følgende ni punkter (fra Killingmo, Varvin og Strømme, 2014): 1. Menneskets personlighet fungerer som en helhet og formes av vår søken etter behovstilfredsstillelse og meningsdannelse; 2. Disse prosessene utgjør drivkrefter i individets subjektive erfaring og atferd; 3. For å forstå individets psykiske fungering må vi også ta i betraktning atferd, motiver og mentale mekanismer som *ikke er bevisste* for individet selv; 4. I en klinisk situasjon kan en ikke fullt ut forstå pasienten uten en erkjennelse av hvordan tidligere smertefulle eller konfliktfylte erfaringer påvirker nåværende fungering; 5. I et terapeutisk forløp vil pasienten oppfatte og reagere på den

terapeutiske situasjonen og terapeuten ut fra følelser og forventninger fra tidligere relasjonelle erfaringer; 6. Den terapeutiske prosessen blir påvirket, til og med drevet, av pasientens tilbakeholdte følelser, ønsker, smerte og fantasier; 7. Terapeutisk endring skjer gjennom og ved hjelp av relasjonen og det følelsesmessige båndet som utvikles gjennom pasient og terapeut; 8. Psykopatologi forstås ut fra individets kontekst, der en differensiert beskrivelse av individets personlighetsstruktur og dynamikk, heller enn diagnostisk klassifikasjon, anses som best egnet som grunnlag for en behandlingsplan; 9. Behandlingen har ikke som sitt primære mål å ta bort spesifikke symptomer, men å modifisere affekter, særlig i individets relasjon til seg selv og til andre mennesker (Killingmo mfl., 2014, s. 1–2, min oversettelse / lettere omskrevet). Dette siste punktet er omdiskutert, fordi mange med en psykodynamisk orientering også vurderer symptomlette som et viktig mål for behandlingen.

Selv om det mangler en enhetlig definisjon av PDT, vil mange psykodynamikere kunne enes om at ovennevnte prinsipper kjennetegner den psykodynamiske terapitradisjon. Ifølge empiriske studier gjennomført av Blagys og Hilsenroth (2000) anses følgende fem faktorer som prinsipper i psykodynamisk behandling: 1. Fokus på affekt og affektuttrykk, 2. Utforskning av (pasientens) forsøk på å unngå ubehagelige tanker og følelser, 3. Vekt på utviklingsperspektivet og utforskning av tidligere hendelsers påvirkning på nåtiden<sup>[2]</sup>, 4. Fokus på interpersonlige relasjoner, inklusive den terapeutiske relasjon og hvordan relasjonelle forventninger har en tendens til å overføres til den terapeutiske relasjon, noe som kan utforskes med pasienten. 5. I tillegg vil et unikt trekk ved PDT være utforskningen av ubevisste ønsker og fantasier, gjerne ved fri assosiasjon, som ofte (men slettes ikke alltid) innebærer at terapeuten i mindre grad styrer den terapeutiske agenda. Like viktig som å redusere symptomer (eller bli kvitt symptomer) er å stimulere til utvikling av personlig vekst og en mer moden og adaptiv psykologisk fungering (se Shedler, 2010, s. 10–11).

For å studere effekten av enhver behandling må en som sagt vite at terapeuten gir pasienten den behandlingen man ønsker å studere. Dette må en enes om ut fra en operasjonalisering av de ovennevnte prinsipper til noen tekniske intervensjoner og behandlingsmål som er i tråd med disse prinsippene. I tillegg må en sikre at en terapeut anvender de tekniske intervensjonene, og ikke (i alle fall ikke i for stor grad) intervensjoner som hører inn under en annen eller andre terapiformer, for eksempel KAT eller løsningsfokuseret terapi. Dette betyr ikke at det å integrere intervensjoner fra ulike retninger ikke er gunstig for pasienten i en klinisk setting, men når en skal undersøke effekten av en terapimodell, er det nødvendig å studere metoden anvendt i en mer «ren» form. Med andre ord, vi trenger å etablerere «terapeutisk integritet», altså at behandlingen gis i tråd med intensjonene, og at en bruker metodespesifikke intervensjoner i tilstrekkelig grad og unngår intervensjoner som ikke tilhører den spesifikke modellen man undersøker (Perepletchikova, Treat, & Kazdin, 2007). Vanligvis vil dette sikres gjennom forholdsvis detaljerte intervensjonsbeskrivelser eller manualer som faktisk blir fulgt eller etterlevd.

## **RCT-designet**

Evidens for en behandlingsmodell etableres som regel gjennom anvendelse av et forskningsdesign hentet fra medisinsk eller farmakologisk forskning, nemlig RCT-designet (fra *Randomized Controlled Trials*). Uten RCT-studier av PDT hadde vi ikke kunnet hevde med sikkerhet at PDT har «evidens», ut fra hva som ligger i dette begrepet. Et RCT-studie innebærer en sammenlikning av en gruppe med en annen (tradisjonelt en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe), der deltakerne i begge grupper skal være så like som mulig med hensyn til relevante variabler (f.eks. utdanningsnivå, diagnose), med unntak av den eksperimentelle betingelsen, altså i vårt tilfelle det å få behandling eller ikke, eller det å få en type behandling versus en annen behandling. Mer presist er hensikten med randomisering å gjøre behandlingsvariabelen (det å få PDT) uavhengig av alle andre variabler enn den avhengige variabelen (effekten). Om det kan påvises en korrelasjon mellom den uavhengige og den avhengige variabelen, skal ikke andre variabler kunne forklare det.

Studier der en aktiv behandling sammenliknes med en ventelistekontroll med samme tidshorisont, kontrollerer for tidens gang, altså den spontane bedring (eller forverring). Når den aktive behandlingen sammenliknes med såkalt treatment as usual (TAU), eller en annen psykoterapi som ennå ikke er evidensbasert, kontrollerer vi for fellesfaktorer (de er like i de to gruppene). Når sammenlikningsgruppen er en annen evidensbasert terapiform, for eksempel KAT, kontrollerer vi både for fellesfaktorer og spesifikke faktorer (Leichsenring et al., 2015). Finner vi en gjennomsnittlig forskjell i behandlingsresultat, kan den tilskrives det terapiene *ikke* har til felles, nemlig de spesifikke intervensjonene som bygger på et unikt rasjonale og modell for psykopatologi og endring.

En RCT-studie krever stor grad av kontroll og påfører behandlingssituasjonen mange restriksjoner, men har den fordel at en kan anta at den effekten A (behandlingen) synes å ha på B (endringen), er kausal, det vil si en har høy indre validitet. Ytre validitet eller overførings-/generaliseringsverdi til virkelighetens praksis er lavere på grunn av alle restriksjonene. Der har naturalistiske studier en fordel. Det er også en mengde statistiske krav involvert i RCT-studier som skal undersøke forskjellene mellom to (behandlings)betingelser, såkalt komparative studier. Disse må en vie litt oppmerksomhet.

### **Kriterier for å etablere evidens**

Først og fremst må en foreta en styrkeberegning i planleggingen av en RCT-studie slik at man kan vise en «sann effekt» hvis den virkelig er der. Teststyrke eller power defineres som sannsynligheten for å forkaste nullhypotesen (f.eks. det at det ikke er forskjell mellom to behandlingsformer) når den faktisk er feil. Den ønsker vi skal være høy. Det vanligst brukte nivået er en teststyrke på 0.80–0.90 (80–90 %). Tilsvarende er signifikansnivået sannsynligheten for å forkaste nullhypotesen når den er sann. Den ønsker vi skal være lav, og et konvensjonelt nivå er 0.01 eller 0.05, altså ønsker vi at denne ikke skal være større enn fem prosent. I tillegg har vi gjerne med i beregningen om en forskjell kan anses for klinisk relevant, ikke bare statistisk signifikant. Hvor stort

utvalg og hvor mange pasienter bør være i de ulike betingelsene for å innfri dette? Basert på retningslinjer fra Chambless og Hollon (1998) regnet Leichsenring og medarbeidere (2015) ut at en RCT-studie hadde tilstrekkelig styrke til å vise ekvivalens (se under) i gjennomsnitt mellom en form for PDT og en annen etablert terapiform dersom dataanalysene var basert på 70 pasienter i hver betingelse. De la til grunn en moderat effektstørrelse (oftest målt i standardavvik, som det standardiserte effektstørrelsesmålet Cohen's  $d$ ) i gjennomsnittlig forskjell mellom gruppene som ekvivalensmargin, og et konvensjonelt signifikansnivå som tester nullhypotesen ( $\alpha = 0.05$ ). Det viste seg at veldig få studier innfrir disse kriteriene.

Teststyrke er altså viktig i evidensforskningen. I det hele tatt har medisinsk forskning begynt å operere med strengere kriterier for at en ny behandling har evidens, blant annet gjennom kriteriet *ekvivalens*. Ekvivalensstudier viser at en ny behandling ikke er bedre eller dårligere enn en allerede etablert behandling, og definerer et spekter av verdier (endringsskårer) som er nære nok, det vil si innenfor *ekvivalensmarginen*. Mer konkret betyr dette at effektene av to forskjellige behandlinger er ekvivalente hvis konfidensintervallet av forskjellen dem imellom (i gjennomsnitt) ligger innenfor en *a priori* definert ekvivalensmargin.

Det er dette siste vurderingskriteriet som Leichsenring mfl. benyttet for å vurdere evidensen av PDT i en grundig systematisk litteraturgjennomgang publisert i Lancet Psychiatry i 2015 (Leichsenring et al., 2015). Forfatterne hadde følgende søkekriterier: Studiene skulle anvende et RCT-design, PDT måtte være definert av forfatterne, og behandlingsintegritet måtte sikres gjennom bruk av behandlingsmanualer eller «manual-liknende retningslinjer» (som presise beskrivelser av teoretisk modell, kasusformulering, tekniske anbefalinger/intervensjoner i tråd med PDT, og detaljerte kasusbeskrivelser som kunne vise dette), de skulle involvere voksne klienter, være publisert mellom 1970 og mars 2015, og anvende reliable og valide diagnosemanualer (f.eks. DSM; SCID I, II) og måleinstrumenter (endringsmål/utfallsmål). 64 RCT-studier innfridde kriteriene, men bare seks av dem hadde nok styrke til å påvise ekvivalens. Nedenfor følger en kortfattet og summarisk fremstilling av funnene i denne studien, supplert av funn fra andre viktige metaanalyser og reanalyser i feltet.

## **Evidens av PDT ved spesifikke lidelser**

### **Depresjon**

Når det gjelder depresjon, viser flere RCT-studier at PDT gir bedre resultater på behandling av depresjon enn ventelistekontroller eller alternative behandlinger (f.eks. Maina, Forner, & Bogetto, 2005; Knekt mfl., 2008). Sammenliknet med etablerte behandlinger som KAT og psykofarmaka viser studier av PDT som hadde tilstrekkelig styrke til å teste ekvivalens, at det ikke er signifikante forskjeller i utfall for pasienter med depresjon avhengig av type behandling (Driessen et al., 2013; de Jonghe et al., 2004). Andre metaanalyser viser også klar effekt av PDT på depresjon sammenliknet med etablerte behandlinger (Abbas & Driessen, 2010; Cuijpers et al., 2008).

## **Angstlidelser**

Ved behandling av angstlidelser viser flere RCT-studier evidens av PDT. For panikkangst viste PDT seg bedre enn avspenningsteknikker (Milrod mfl., 2007). I en annen studie viste PDT og KAT seg å være like effektive med tanke på tilbakefall, men studien hadde for lav styrke til å vise ekvivalens (Beutel mfl., 2013). For sosial angst var PDT like effektiv som KAT, ifølge en undersøkelse som hadde nok statistisk styrke til å vise ekvivalens (Leichsenring et al., 2013). En annen undersøkelse av sosial angst viste at PDT var like effektiv som KAT på alle utfallsmål, og signifikant bedre enn de som stod på venteliste for behandling (Bögels et al., 2014). For generalisert angst viste resultater at KAT og PDT fikk like gode resultater på det primære utfallsmålet (Hamilton), men studien (Leichsenring mfl., 2009) hadde ikke nok styrke til å vise ekvivalens. I et stort multisenter RCT fant man noen små forskjeller i favør av KAT i forhold til PDT med tanke på tilbakefall, selvrapportert sosial angst, og interpersonlige vansker, men disse var under terskelnivå for det som på forhånd var definert som klinisk meningsfulle forskjeller. Videre var det ikke lenger noen forskjell mellom gruppene i utfall ved follow-up. Det gjaldt både ved 6, 12, og 24 måneder etter behandlingsslutt (Leichsenring et al., 2013).

## **Spiseforstyrrelser**

Leichsenring og medarbeidere fant i sitt søk to RCT-studier som viser evidens for PDT i behandlingen av anoreksi. En av studiene (Zipfel mfl., 2013) fant ingen forskjell mellom PDT, KAT og «optimal TAU» (treatment as usual) på anorektiske symptomer, alle gav signifikant bedring. Ved 12 måneders follow-up viste imidlertid PDT en større bedring enn «optimal TAU», mens KAT ikke gjorde det. Denne studien (Zipfel et al., 2013) hadde nok styrke til å påvise ekvivalens. I en studie av overspising («binge-eating») viste PDT seg bedre enn ventelistekontroll og like bra som KAT (Tasca mfl., 2006).

## **«Ved enkelte tilstander (og blandingstilstander) og type pasienter synes PDT å være særlig egnet»**

Resultater fra to tidlige studier viste at det ikke var forskjell mellom PDT og KAT på primære utfallsmål i behandlingen av bulimi, men studiene manglet styrke til å påvise ekvivalens (Fairburn et al., 1986). En nyere dansk studie viste at KAT gav bedre resultater på bulimisyntomer (overspising og renselse) enn PDT i form av en ikke-strukturert, psykoanalytisk psykoterapi (Poulsen et al., 2014), og at endringen i KAT skjedde raskere. Begge grupper hadde markant bedring av spiseforstyrrelsespatologi og generell psykopatologi. Studien er kontroversiell fordi PDT ikke var symptomfokuset, noe som trolig er nødvendig for denne type symptomer.

## **Somatoforme lidelser og tvangslidelse**



Mange studier viser klar evidens for PDT for ulike somatoforme lidelser, ved at PDT enten er bedre enn TAU eller bedre enn støttesamtaler (f.eks. Monsen & Monsen, 2000). Når det gjelder behandling av tvangslidelse (OCD), er det få studier med PDT. En RCT viste at PDT i kombinasjon med medikamentell behandling mot OCD (og komorbid depresjon) ikke gav bedre effekt enn medikamentell behandling alene (Maina et al., 2010). PDT ved OCD har ennå ikke etablert evidens. Vi kan likevel ikke påstå at PDT ikke har evidens. Som kjent må en ikke forveksle «fravær av evidens» med «evidens for fravær av effekt».<sup>[3]</sup>

## **Rusavhengighet**

RCT-studier som undersøker effekten av PDT ved rusavhengighet, har påvist evidens for PDT på ulike utfallsmål (arbeidslivsfungering, bruk av rusmidler, depresjon, generelle psykiatriske symptomer) (f.eks. Woody mfl., 1983; 1995). En studie viste blant annet at både PDT og KAT oppnådde bedre resultater enn «standard rusomsorg» (type støttesamtaler, ikke psykoterapi) (Woody et al., 1983).

## **Personlighetsforstyrrelser**

Når det gjelder personlighetsforstyrrelser (PF), er evidens for PDT rapportert i to RCT-studier for Cluster C-forstyrrelser (Muran, Safran, Samstag, & Winston, 2005; Svartberg, Stiles & Seltzer, 2004). Disse fant ingen forskjell i utfall sammenliknet med KAT.

Dessverre hadde ingen av dem nok styrke til å påvise ekvivalens. Det foreligger flere større studier (med nok styrke til å vise ekvivalens) fra miljøet rundt Peter Fonagy og Anthony Bateman i England som viser evidens av PDT ved bruk av en variant av PDT, nemlig mentaliseringsbasert terapi (MBT) i behandlingen av Cluster B-personlighetsforstyrrelser, fortrinnsvis emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, eller borderline PF (f.eks. Bateman & Fonagy, 2009). I tillegg har Clarkin og medarbeidere (2007) vist effekt av ulike typer PDT (bl.a. overføringsfokusert og støttende PDT) overfor Cluster B-forstyrrelser. Sammenliknet med dialektisk atferdsterapi (DBT) fant de ingen forskjell i effekt, men overføringsfokusert terapi gav mer bedring i reflekterende funksjon (RF) og tilknytning enn DBT. Clarkins studie hadde imidlertid ikke nok styrke til å vise ekvivalens.

I flere metaanalyser viser langtids-PDT (definert som minst 50 terapitimer) seg mer effektiv enn kortere eller mindre intensive behandlinger med psykoterapi for pasienter med sammensatte lidelser, som mer kroniske psykiske vansker, personlighetsforstyrrelser, eller multippel komorbiditet (der man innfrir kriteriene til mange diagnoser). Dette gjelder på ulike mål, både generelle psykiatriske symptomer, personlighetsfungering og sosial fungering (Leichsenring & Rabung, 2008; 2011; Leichsenring et al., 2013b). Det betyr ikke nødvendigvis at langtidsterapien må være PDT, selv om det er mer typisk at langtidsterapier er psykodynamisk orientert, eller har innslag av psykodynamisk forståelse. I forlengelsen av disse funnene kan en tenke seg at for en del pasienter er et avgrenset, symptomfokusert behandlingstilbud utilstrekkelig. De trenger mer tid til å bli trygg i en terapeutisk relasjon for så å kunne

arbeide med underliggende og gjentakende patologiske mønstre (og eventuelt sin relasjons- eller tilknytningshistorie) for å oppnå et godt terapieresultat.

Konklusjonen til Leichsenring og medarbeidere (2015) er at det er klar evidens for effekten av PDT for depresjon, angstlidelser, somatoforme lidelser, spiseforstyrrelser, rusmisbruk/avhengighet og personlighetsforstyrrelser (s. 655). Dette støttes av en rekke metaanalyser og reanalyser av tidligere studier, som ser på behandling av blant annet angstlidelser (Keefe et al., 2014), angst og depresjon (Baardseth et al., 2013; Cuijpers, 2017) samt ulike personlighetsforstyrrelser (Budge, Moore, Del Re, Wampold, Baardseth, & Nienhuis, 2013). Dette igjen er i overensstemmelse med den siste Cochrane-rapporten, som eksplisitt beskriver PDT som effektiv i behandlingen av et bredt spekter av mentale lidelser. Effekten av PDT er stabil eller økende ved follow-up (Leichsenring & Rabung, 2008). I flere metaanalyser viser også langtids-PDT seg mer effektiv enn kortere eller mindre intensive behandlinger med psykoterapi for pasienter med komorbide og sammensatte lidelser, for eksempel personlighetsforstyrrelser (Leichsenring & Rabung, 2008; 2011; Leichsenring et al., 2013).

Vi skal merke oss at i oversikten til Leichsenring og medarbeidere (2015) var det kun 6 av 64 studier som hadde tilstrekkelig statistisk styrke til å vise ekvivalens. I disse studiene viste PDT seg ekvivalent med andre etablerte behandlinger. Ikke overraskende mener forfatterne at feltet derfor trenger flere studier som har tilstrekkelig statistisk styrke til å demonstrere evidens med større grad av sikkerhet overfor flere typer lidelser. Det samme problemet gjelder for studier som undersøker effekten av KAT. Kun to av 26 studier som sammenlikner KAT med en etablert behandling for angst og depresjon, hadde 70 pasienter i hver behandlingsbetingelse (se Cuijpers mfl., 2013).

I det følgende vil jeg drøfte flere problemstillinger ved denne type forskning og dens implikasjoner, blant annet om RCT-designet er egnet for studier av psykoterapi.

### **Kritikk av RCT-designet**

Det er mange som har tatt til orde for at RCT-designet ikke er egnet for å studere psykologisk behandling, eller medisinsk behandling i visse tilfelle (McCulloch, Taylor, Sasako, Lovett, & Griffin, 2002). Flere vil hevde at designet er særlig uegnet til å studere PDT (Westen, Novotny & Thompson-Brenner, 2004), fordi de psykodynamiske begrepene er vanskelige å operasjonalisere på en tilfredsstillende måte. Dette gjelder ikke minst for ubevisste fenomener.

I en drøfting av Carey og Stiles (2015) listes det opp ulike problemer med antagelsene i en RCT når designet blir anvendt til å studere psykologisk behandling. Til tross for den fordelen at RCT kan påvise kausalitet, kan ikke psykologiske behandlinger, til forskjell fra medisinske behandlinger, nødvendigvis innfri de strenge kriteriene som er forbundet med en RCT. Jeg vil nevne noen av problemene forfatterne drøfter i sin artikkel. Det første gjelder randomiseringsprosedyren: Det å tilfeldig fordele pasienter til to ulike betingelser kan være problematisk når det er et krav at pasientene skal være like på alle relevante variabler som kan påvirke behandlingsresponsen. Ofte forsøker man å få til det ved å matche pasienter etter for eksempel alder, kjønn, utdanningsnivå,

diagnose eller grad av symptomtrykk. Imidlertid kan det være at det som er relevant med tanke på endring, er helt andre egenskaper som sjelden blir rapportert eller gjenstand for matching, slik som psykologisk mindedness, motivasjon, åpenhet, toleranse for usikkerhet og intelligens (Carey & Stiles, 2015). At noen vil være mer mottakelig for, motivert for eller egnet for en bestemt terapiform, for eksempel PDT, gjør randomiseringen enda mer problematisk. Det er også problematisk at pasientens bedring i RCT-studier tilskrives behandlingen, slik at pasienten ses på som en passiv mottaker av en behandling som «enten virker eller ikke virker». I virkeligheten er pasienter aktive aktører i sin egen endringsprosess. Endring er med andre ord en aktiv handling. Et annet problem er kravet til *terapeutisk integritet* (som krever en form for standardisering av terapeutiske intervensjoner), noe som kan stå i veien for et optimalt terapieresultat da psykoterapi hele veien må tilpasses klienten. I tillegg krever RCT-designet at det er et klart skille mellom den uavhengige variabel, i dette tilfellet behandlingen, og den avhengige, i dette tilfellet bedringen. I psykoterapi er ikke disse så adskilt som de gjerne er i farmakologien.

I psykoterapi bør nettopp selve endringen (eller mangel på endring) informere terapeuten og påvirke behandlingstiltaket. Det er når det skjer, at psykoterapi fungerer optimalt, ifølge eksponenter for Feedback Informed Treatment (FIT). Behandlingen påvirkes med andre ord av hvordan pasienten responderer. Det er dette som ligger i prinsippet om terapeutens responsivitet (se Stiles, 2009). Å måle utfall i psykoterapi ved hjelp av standardiserte skjemaer er enda en problemstilling. En pasients skårer på depressive symptomer sier lite om hvordan han eller hun faktisk har det eller fungerer. Noen lever godt med et større lidelsestrykk, mens andre har lav fungering med det samme trykket. Med andre ord tar utfallsmålene som brukes, som oftest ikke hensyn til symptomenes *mening* eller implikasjoner for den enkelte.

Med bakgrunn i disse problemene og flere mener Carey og Stiles at det er misvisende å kalle RCT «gullstandarden» i psykoterapiforskningen, selv om designet i teorien er best egnet til å etablere evidens og en kausal sammenheng mellom behandling og bedring. Dessuten er ikke RCT-designet egnet til å besvare de viktigste spørsmålene når det gjelder psykoterapi: Hvorfor eller hvordan virker egentlig behandlingen? I det følgende vil jeg presentere et sett av ubesvarte spørsmål som diskuteres i behandlingsforskningen i dag.

### **«Rene» diagnoser versus komorbiditet og generell sårbarhet**

Som jeg har forsøkt å gjøre rede for, er det påvist at PDT har evidens innenfor det strikte forskningsparadigmet som kontrollerte kliniske studier tilhører, og at terapeuter som anvender PDT, oppnår like gode resultater som terapeuter som anvender andre etablerte behandlingsmetoder. Når en skal vurdere nytteverdien av denne forskningen, dukker imidlertid nye spørsmål opp. Det å påvise evidens når det gjelder enkeltdiagnoser eller spesifikke lidelser, slik som den ovennevnte forskningen gjør, hvor hensiktsmessig er egentlig det? Denne type forskning krever som kjent at pasienter har de spesifikke lidelsene i sin «rene» form, og utelukker ofte pasienter som

innfrir kriteriene til flere diagnoser, såkalt komorbiditet. Problemet er at komorbiditet er regelen og ikke unntaket. En større studie i USA med 5690 deltakere viste at nær 75 % i et pasientutvalg faktisk hadde komorbide tilstander, en fjerdedel hadde kun én diagnose (Gadernann mfl. 2012). Det er derfor problematisk å uten videre overføre resultatene fra evidensforskningen til psykisk helsevern, som stort sett står overfor komorbide og mer sammensatte tilstander. Et eksempel på en uheldig anvendelse av denne forskningen kan være regjeringens satsning på pakkeforløp i psykisk helsevern. Man lager altså en «behandlingspakke» ut fra én spesifikk psykisk diagnose hos pasienten, når det å kun ha en enkelt diagnose er usannsynlig, særlig i den pasientpopulasjonen som spesialisthelsetjenesten skal hjelpe.

I stedet for diagnosen tenkingen har en del forskere tatt til orde for en såkalt p-faktor (*p* for *psykopatologi*) (Caspi et al., 2014), der en tenker seg psykopatologi som grad av sårbarhet heller enn klinisk distinkte forstyrrelser. Høyere skåre på en slik generell psykopatologiskåre (sårbarhetsskåre) er forbundet med tidligere skade, større grad av funksjonsnedsettelse, dårligere livskvalitet og dårligere prognose (se Nissen-Lie, Goldberg, Hoyt, Nielsen, & Wampold, 2016). Antagelsen om en underliggende sårbarhetsfaktor rimer også med nyere genetisk forskning (Hyman, 2010). Dette er kunnskap en bør ta i betraktning når en designer et system for å behandle mennesker med psykiske lidelser. Altså kan vi si at det å få informasjon om en pasients sårbarhet, relasjonstraumer, personlighetsutvikling, mestringsmåter og grad av sosial støtte sannsynligvis er mer relevant for å legge opp en egnet behandling enn å kjenne en persons ICD-10-diagnose. Disse forholdene sammenfattes i ulike terapimodeller i en såkalt individuell kasusformulering (med innbyrdes særtrekk), som retter seg mot behandling i større grad enn en diagnose gjør. Det betyr ikke at diagnostisering ikke kan være nyttig, men for å designe et godt behandlingsalternativ trengs noe mer eller noe annet.

### **Match mellom pasient (og terapeut) og terapimetode?**

Når det gjelder spørsmålet «hva virker for hvem?» (Roth & Fonagy, 2005), kan det nevnes at selv om PDT har like god evidens som andre terapimetoder, har PDT en egenart som gjør at den trolig vil passe bedre for noen pasienter enn andre, avhengig av hvilken type livsmål, personlighet og grunnleggende verdier de har. I tillegg er det relevant hva slags behandling pasienten er motivert for og har tro på. For pasienten kan endringen som skjer som følge av terapi, også oppleves kvalitativt forskjellig, avhengig av hvilken type terapi han eller hun har gått i. Dette kom til uttrykk i en spennende studie av Nilsson mfl. (2007). Der ble pasienter som hadde gått i korttids psykodynamisk terapi eller i kognitiv atferdsterapi, intervjuet om sin endring. Pasienter i begge typer behandling opplevde bedring, og det var like mange i hver gruppe som rapporterte at de var fornøyd eller misfornøyd med behandlingen. Forandringene de erfarte, var imidlertid kvalitativt forskjellige i de to gruppene, og disse forskjellene ville blitt tilslørt i den vanlige effektforskningen. For eksempel oppgav KAT-pasienter at de hadde fått hjelp med spesifikke problemer og hadde lært seg konkrete mestringsmåter, mens PDT-pasienter følte de hadde oppnådd mer

selvforståelse, var mindre redd for egen sårbarhet og hadde utviklet en mer sammenhengende livshistorie. De så også på terapeutens rolle på vidt forskjellige måter.

Relatert til forskjeller mellom pasienter med tanke på hvor godt en terapeutisk metode passer med hans eller hennes livsanskuelse og -mål, kan en også tenke seg, og det er en del empirisk belegg for å hevde (se Heinonen & Orlinsky, 2014), at det finnes en match mellom *terapeut* og terapimetode. Altså at terapimodellens innebygde menneskesyn passer mer eller mindre godt med terapeutens egne grunnantagelser og livsverdier. Dette er foreløpig et uutforsket område i terapiforskningen. Vi vet at terapeuteffekten er flere ganger større enn effekten en gitt behandling har på pasientens bedring i psykoterapi (se Wampold & Imel, 2015, s. 258). Men som Castonguay mfl. (2016) hevder: En bør ikke sette terapeuten *opp* mot terapien som om de var separate enheter, der terapeuten forklarer mye av terapiutfallet, men behandlingen ikke gjør det. Som Paul Wachtel sier: «Terapien er terapeuten, og terapeuten er terapien. Det innebærer at det som teller, ikke er «merkevaren», men den terapeutiske tilnærmingen slik den praktiseres av en gitt terapeut, enten det er en psykodynamisk terapeut eller en kognitiv atferdsterapeut (eller en annen), på en helt [unik] måte (se Castonguay mfl., 2016, s. 11, min oversettelse / lettere omskrevet).

### **Forholdet mellom fellesfaktorer og spesifikke faktorer i psykoterapi**

En redegjørelse for evidensen til en gitt terapeutisk metode bør også inkludere diskusjonen om betydningen av fellesfaktorene versus de spesifikke faktorene (og forholdet mellom dem) i psykoterapi. Til nå har evidensforskningen nærmest utelukkende fokusert på de spesifikke faktorene i terapi, og gjerne på «behandlingspakkenivå», der en har undersøkt evidensen av KAT, PDT og andre terapiformer. Som nevnt over er det ikke nødvendigvis her en finner forklaringen på psykoterapiens effekt. Det meste av forskjellene i terapieresultatet kan tilskrives forskjeller mellom pasienter, dernest terapeuter og andre fellesfaktorer, så som kvaliteten på den terapeutiske relasjon, arbeidsalliansen, tro, håp og forventninger om endring, samt generelle endringsprinsipper (f.eks. selvobservasjon, ressursaktivering, korrigerende erfaringer).

Det er nettopp fellesfaktorene som ifølge empirien forklarer størsteparten av endringen som kan tilskrives psykoterapi, ikke de spesifikke teknikkene eller selve behandlingsmodellen. Samtidig er det en feilslutning at dette betyr at de spesifikke ingrediensene i terapi ikke er viktige. Fellesfaktorene og de spesifikke faktorene opererer ikke adskilt fra hverandre. «At effekten av psykoterapi best demonstreres på fellesfaktornivået innebærer [...] *ikke* en avvisning av spesifikke prosedyrer og teknikker. Uten spesifikke ingredienser har vi ingen behandling, men de spesifikke ingrediensene kan heller ikke administreres uavhengig av fellesfaktorene» (Nissen-Lie, Oddli & Wampold, 2013, s. 4–5). Bruce Wampold sier allerede i 2001: «Naturligvis er teknikker som gis i tråd med en teoretisk forklaring av en psykisk forstyrrelse, problem eller helseplage, nødvendig [...]. En terapeut kan ikke forme en terapeutisk relasjon

uten å ha en godt definert prosedyre for terapeutisk handling» (s. 217, min oversettelse). Vi kan med andre ord ikke snakke om en behandling uten spesifikke terapeutiske ingredienser, men de står i et avhengighetsforhold til fellesfaktorene.

Som terapeuter administrerer vi ikke en behandlingspakke eller en spesifikk teknikk som et slags medikament som har effekt uavhengig av tillitsforholdet som har oppstått med klienten, eller uavhengig av hvordan teknikken er tilpasset klientens behov og mottakelighet der og da. Når en teknisk intervensjon virker forløsende på en pasients problematikk, er det ikke på grunn av teknikken isolert sett, men på grunn av hvordan den treffer, kjennes relevant, og gir mening for pasienten, samtidig som den ikke kjennes for konfronterende eller utfordrende. *Hvordan* en intervensjon gis, er kanskje viktigere enn hvilken intervensjon som gis (Nissen-Lie, 2013). Teknikker og fellesfaktorer er derfor ikke adskilte enheter, men tett sammenvevd både konseptuelt og empirisk (Nissen-Lie mfl., 2013).

## Konklusjon

Psykodynamisk terapi (PDT) er en paraplybetegnelse for terapiformer som legger psykodynamiske prinsipper til grunn for forståelsen av menneskets utvikling og patologi, samt prosessene som foregår i en behandling. PDT har i flere undersøkelser vist evidens ut fra de strengeste kriterier som må innfris for å hevde dette. Ved enkelte tilstander (og blandingstilstander) og type pasienter synes PDT å være særlig egnet. Viktigere nå er å finne ut hvordan PDT og psykoterapi virker, og hva vi bør etterstrebe i vår terapeututvikling og i opplæring av nye terapeuter. Vi trenger mer kunnskap om hvordan fellesfaktorer og terapispesifikke intervensjoner interagerer i psykoterapi (se Høglend og medarbeidere, 2011), og «hva som virker best for hvem». Dette innebærer å gi rom til det komplekse samspillet mellom pasientens egenskaper, egenskaper ved den terapeutiske metoden og terapeutens kompetanse, holdninger og væremåte – ved bruk av ulike vitenskapelige tilnærminger. Det er på tide å ta forskningen på behandlingen av psykiske problemer og lidelser videre.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 6, 2018, side 416-427*

### TEKST

**Helene Amundsen Nissen-Lie**

+ Vis referanser

### Referanser

Abbass, A., & Driessen, E. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a summary of recent findings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 398-99.

Baardseth, T.B., Goldberg, S.B., Pace, B.T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Lindemann, A.M., Kivlighan III, M.D., Laska, K.M., Del Re, A.C., Minami, T., & Wampold, B.E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33, 395-405.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-64.
- Benish, Wampold, B.E., Imel, (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychological Review*, 28, 746-758.
- Beutel, M.E., Scheurich, V., Knebel, A., et al. (2013). Implementing panicfocused psychodynamic psychotherapy into clinical practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58, 326-34.
- Blagys, M.D., Hilsenroth, M.J. (2000). Distinctive activities of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 167-88.
- Budge, S.L., Moore, J.T., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Beardseth, T.B., & Nienhuis, J.B. (2013). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 33, 1057-1066
- Bögels, S.M., Wijts, P., Oort, F.J, Sallaerts, S.J. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, 31, 363-73.
- Clarkin, J.F., Levy, K.N, Lenzenweger, M.F., & Kernberg, O.F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-28.
- Carey, T.A., & Stiles, W.B. (2016). Some problems with randomized controlled trials and some viable alternatives. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(1), 87-95. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/cpp.1942>
- Caspi, A., Houts, R.M., Belsky, D.W., Goldman-Mellor, S.J., Harrington, H., Israel, S., . . . Moffitt, T.E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Castonguay, L.C., Eubanks, C.F., Goldfried, M.R., Muran, J.C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3), 365-382. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2015.1014010>
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S.L., Andersson, G., Beekman, A.T, Reynolds, C.F. (2013). The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*, 12, 137-48.
- Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K.S. (2013b). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, 58 (1), 7-19.
- Fairburn, C.G., Kirk, J., O'Connor, M., & Cooper, P.J. (1986). A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behavioral Research and Therapy*, 24, 629-43.
- Gadernann, A.M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2012). Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29(9), 797-806. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.21924>
- Gullestad, S.E. (2001). Hva er evidensbasert psykoterapi? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 38, 942-951.
- Gullestad, S.E., & Killingmo, B. (2013). *Underteksten. Psykoanalytisk terapi i praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Heinonen, E., & Orlinsky, D.E. (2013). Psychotherapists' personal identities, theoretical orientations, and professional relationships: Elective affinity and role adjustment as modes of congruence. *Psychotherapy Research*, 23(6), 718-731.

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

(<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-retningslinje-for-d...>).

Hollon, S.D., & Beck, A.T. (2013). Cognitive and cognitive behavior therapies. I M.J. Lambert (red.), Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th ed.). New York: Wiley.

Hyman, S.E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.

Høglend, P., Hersoug A.G, Bøgwald, K.P, Amlo, S., Marble A., Sørbye, Ø. Røssberg, J.I., Ulberg, R., Gabbard, G., & Crits-Christoph, P. (2011). Short and long-term effects of transference interpretation in the context of therapeutic alliance and quality of object relations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (5), 697-706.

Keefe, J.R., McCarthy, K.S., Dinger, U., Zilcha-Mano, S., Barber, J.P. (2014). A meta-analytic review of psychodynamic therapies for anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 34,309-23.

Killingmo, B., Varvin, S., & Strømme, H. (2014). What can we expect from trainee therapists? A study of acquisition of competence in dynamic psychotherapy. *The Scandinavian Psychoanalytic Review* , 37 (1), 24-35. DOI:<http://dx.doi.org/10.1080/01062301.2014.90302>

Knekt, P., Lindfors, O., Harkanen, T., and the Helsinki Psychotherapy Study Group (2008). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. *Psychological Medicine*, 38, 689-703.

Lambert, M.J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. I M.J. Lambert (red.), Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th ed.). New York: Wiley.

Leichsenring, F., & Rabung, S. (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 300, 1551-65.

Leichsenring, F., Abbass, A., Luyten, P., Hilsenroth, M., Rabung, S. (2013). The emerging evidence for long-term psychodynamic therapy. *Psychodynamic Psychiatry*, 41, 361-84.

Leichsenring, F. & Rabung, S. (2011). Long-term psychodynamic psychotherapy in complex mental disorders: update of a meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 199, 15-22.

Leichsenring, F., & Schauenburg H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression—towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective Disorders*, 169, 28-43.

Leichsenring, F., Luyten, P., Abbass, A., Barber, J.P., Keefe, J.R., Leweke, F., Rabung, S., & Steinert, C. (2015). Psychodynamic therapy meets evidence-based medicine: A systematic review using updated criteria. *Lancet Psychiatry*, 2, 648-660.

Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 74, 43-50.

Maina, G., Rosso, G., Rigardetto, S., Chiado Piat. S., Bogetto. F. (2010). No effect of adding brief dynamic therapy to pharmacotherapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with concurrent major depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 295-302.

McCulloch, P., Taylor, I., Sasako, M., Lovett, B., & Griffin, D. (2002). Randomised trials in surgery: problems and possible solutions. *British Medical Journal*, 324, 7351-1448.

Monsen, K., & Monsen, J.T. (2000). Chronic pain and psychodynamic body therapy: A controlled outcome study. *Psychotherapy*, 37, 257-269.

Muran, J.C., Safran, J.D., Samstag, L.W., & Winston A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy*, 42, 532-45.

Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: A qualitative comparative study. *Psychotherapy*, 17, 553-566. Doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10503300601139988>



- Nissen-Lie, H.A., Oddli, H.W., & Wampold, B.E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50 (5), 486-502
- Nissen-Lie, H.A. (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi: En uhensiktsmessig dikotomi? I E.J. Hartmann, E. Axelsen, & K. Benum, *God psykoterapi? Et integrativt perspektiv* (s. 320-342). Oslo: PAX forlag.
- Nissen-Lie, H.A., Goldberg, S.B., Hoyt, W.T., Falkenström, F., Holmqvist, R., Nielsen, S.L. & Wampold, B.E. (2016). Are therapists uniformly effective across patient outcome domains? A study on therapist effectiveness in two different treatment contexts. *Journal of Counseling Psychology*, 63(4), 367-378, doi: <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000151>
- Perepletchikova, F., Treat, T.A., Kazdin, A.E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 75, 829-41.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S.I, Folke, S., Mathiesen, B.B., Katznelson, H., & Fairburn, C.G. (2014). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 171, 109-16.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-5.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2004). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Rønnestad, M.H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0018378>
- Stiles, W.B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 86-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x>
- Svartberg, M., Stiles, T.C, Seltzer, M.H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 810-17.
- Tasca, G.A, Ritchie, K., Conrad, G., et al. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16, 106-21.
- Wampold, B.E, Mondin, G.W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «All must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122, 203-15.
- Wampold, B., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapwork* (2nd ed.). New York: Routledge.
- Wampold, B.E., Flückiger, C., Del Re, A.C., Yulish, N., Frost, N., Pace, B., ... Hilsenroth, M. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27, 14-32. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1249433>
- Westen, D., Novotny, C.M., & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-63.
- Woody, G.E, Luborsky, L., McLellan, A.T, et al. (1983). Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-45.
- Woody, G.E., McLellan, A.T, Luborsky, L., & O'Brien, C.P. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1302-08.
- Zipfel, S., Wild, B., Gros, G., and the ANTOP study group (2014). Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *Lancet*, 383, 127-37.

