



PSYKODYNAMISK
TERAPI
- og evidens!

Psykodynamisk terapi er for tiden helt dømt ude fra officiel side i Danmark, medens kognitiv terapi er inde i varmen. En europæisk konference har netop godtgjort, at man i nogle lande vurderer anderledes.



Evidens ■ Af Signe Holm Pedersen og Hannah Katznelson

■ I Tyskland og Holland kan man ved en række alvorlige psykiske lidelser som fx depression og personlighedsforstyrrelser få betalt langtidsterapi og psykoanalyse af forsikringselskaberne. Konkret gives der tilskud til op til tre ugentlige sessioner i en årrække (Thomä & Kächele, 2006). Ud over de positive sundhedsmæssige konsekvenser af denne ordning giver det også mulighed for at gennemføre undersøgelser af behandlingseffekt på et helt andet niveau og antal, end vi vant til herhjemme.

I begyndelsen af juni 2009 deltog vi ved en konference i den sydtyske by Ulm. Programmet bestod af fremlæggelser og faglig diskussion af den ene store effektundersøgelse af langtid psykodynamisk terapi efter den anden. Og resultaterne var rigtig gode.

I psykoanalytiske kredse bliver det ofte debatteret, om det overhovedet er muligt at måle effekten af psykoanalyse og psykodynamisk terapi. Den evidensbaserede tænkning harmonerer umiddelbart dårligt med psykoanalytisk og dynamisk terapi. For overhovedet at blive taget alvorligt i debatten om virkning af psykoterapi skal studiet være et såkaldt RCT-studie (randomised controlled trial). RCT-designet er overtaget fra lægevidenskaben, og tanken bag er, at alle andre faktorer end behandlingen holdes konstant, hvorved det sikres, at en eventuel forandring kun kan tilskrives den udførte behandling. Yderligere ligger der i RCT-tanken, at man udfører en ensartet standardiseret behandling mod en ens-

artet patologi. Denne tankegang harmonerer umiddelbart bedre med kognitiv terapi end med psykoanalyse og psykodynamisk terapi.

I kognitiv terapi arbejder man (ofte manualiseret) specifikt på at afhjælpe en afgrænset og specificeret patologisk symptom. I psykoanalyse og psykodynamisk orienteret terapi arbejder man med hele psyken, og da hvert individ er unikt, vil den enkelte terapi blive tilpasset den enkelte klient. Fokus er på forskellighed snarere end på ensartethed.

RCT-studier undersøger oftest patienter, der opfylder kravene til én og kun én DSM-diagnose. Og det er netop den type patienter, kognitiv terapi oprindeligt er udviklet til. I virkelighedens verden er det imidlertid ofte vanskeligt at kategorisere patienter så entydigt, da mange vil have flere lidelser samtidig, ligesom det ikke vil være alle inden for et givent symptomatisk område, der opfylder alle de diagnostiske kriterier for den undersøgte lidelse. Og sådanne komplekse patienter sorteres i RCT-studier fra, da komorbiditet og et mudret klinisk billede forstyrrer populationens ensartethed.

Denne frasortering af ”komplekse” (læs: *virkelighedstro*) cases er givet i kognitiv terapifavør, da disse patienter muligvis ville have gavn af en mere holistisk terapiform [1]. Således peger flere undersøgelser i retning af, at korttidsterapi for patienter med mere komplekse psykiske lidelser (så-

>

- > som personlighedsforstyrrelser, kroniske psykiske lidelser og multiple lidelser) ikke virker godt nok (Leichsenring & Rabung, 2008). Yderligere fokuserer de fleste effektstudier næsten udelukkende på symptomændringer, mens man i psykoanalyse og dynamisk terapi sigter mod strukturelle forandringer og forandringer i det ubevidste, som sekundært bevirker en symptomreduktion. En sådan strukturel forandring skulle gerne være mere varig end symptomreduktion alene, men strukturel forandring tager tid og er umiddelbart sværere at måle end ændringer på symptomplan.

Effektstudier af dynamisk terapi anno 2009

De effektundersøgelser, der blev fremlagt på konferencen i Ulm, havde alle både mål for strukturelle forandringer og for symptomændringer.

Hvad angår det første, brugte stort set alle de tyske projekter et instrument, der hedder OPD-2 (Operationalized Psychodynamic Diagnosis), som er en multiaksial psyko-dynamisk diagnostik i forlængelse af ICD-10, kapitel V (F), baseret på fem akser: oplevelsen af sygdom og forudsætning for behandling, interpersonelle relationer, konflikt, struktur, mentale og psykosomatiske lidelser (OPD Task Force, 2008).

Herudover brugte flere det tilknytningsteoretiske Adult Attachment Interview, et interview, der ved hjælp af spørgsmål om forholdet til forældrene i barndommen måler tilknytningsstatus hos voksne. Endelig blev Reflective Functioning-skalaen (RF) også anvendt. RF er en operationalisering af mentaliseringsbegrebet og måler evnen til at opfatte egen og andres adfærd som værende motiveret af indre tilstande. Ud over disse strukturelle mål anvendte de præsenterede studier reliable outcome mål (symptommål) i form af blandt andet SCL-90 (Derogatis & Lazarus, 1994), IIP (Horowitz et al., 1988), BDI (Beck et al., 1961) etc.

Det, der var så imponerende ved de præsenterede studier, var, at de så at sige havde "vundet på udebane". Flere af undersøgelseerne var rent faktisk RCTs, mens andre havde valgt at bruge en bredere tilgang, som kombinerede RCT med mere naturalistiske studier [2]. De fremlagte undersøgelser (ofte med flere hundrede patienter) sammenlignede effekten af psykoanalyse og langtidodynamisk psykoterapi med korttidsterapi i forhold til en række lidelser blandt an-




NOTER ■

[1] Vi vil ikke her gå ind i en diskussion af problemerne med RCT i forhold til dynamisk terapi, men henviser til Peter Søndergaard: "Kritik af evidenskravet i psykoterapi", *Psykolog Nyt* 8, 2009.

[2] Årsagen til disse kombinationsstudier er, at det ikke mindst på grund af praktiske logistiske årsager (tid, geografisk afstand etc.) kan være vanskeligt at randomisere til psykoanalyse.

[3] For en kritisk diskussion af referencegruppens udvalg og læsning af empiriske undersøgelser se artikel af Francisco Alberdi og Bent Rosenbaum i *Ugeskrift for Læger*, 2008, 170 (24):2169.

det depression, personlighedsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. Alle de fremlagte undersøgelser viste større effekt af langtidsterapi end af korttidsterapi, hvilket især var tydeligt ved follow-up, hvor behandlingseffekten for de længerevarende behandlinger var signifikant højere end for de mere



korttidsorienterede behandlinger (Grande et al., 2009; Lindfors et al., 2009; Huber & Klug, 2009; Zevalkink & Berghout, 2009; Leuzinger-Bohleber & Beutel, 2009).

Ud over resultater fra igangværende effektstudier og forskningsprojekter blev en metaanalyse også fremlagt og diskuteret (Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring & Rabung, 2009).

Denne metaanalyse inkluderede alle undersøgelser af dynamisk langtidsterapi fra 1960 frem til maj 2008, som levede op til videnskabelige standarder for psykoterapiforskning. De inkluderede studier sammenlignede forskellige behandlingsformer for en række psy-

kiske lidelser såsom personlighedsforstyrrelser, depression og spiseforstyrrelser – altså patienter med komplekse psykiske lidelser, som ofte ikke bliver tilstrækkeligt hjulpet af korttidsterapi, og som ofte må siges at tilhøre en socialt og arbejdsmæssigt belastet gruppe. Den overordnede konklusion på metaanalysen var, at patienter i dynamisk langtidsterapi generelt klarer sig bedre end patienter i korttidsterapi, og at denne effekt også er mere holdbar i længden (ibid.).

Hvad må det koste?

Mellem oplæggene havde vi mulighed for at tale med de øvrige konferencedeltagere, og de var ved at falde bagover, når

>

> vi fortalte om vilkårene for at få tilskud til psykoterapi i Danmark: at man kun under visse omstændigheder kan få tilskud til tolv gange terapi hos privatpraktiserende psykologer med sygesikringsordning. Tolv gange virkede også for os pludselig næsten som en hånd mod klienten. Og med den nyeste forskning er det nu evident, at korttidsterapi for en stor gruppe patienter ikke er godt nok – et fund, som også harmonerer med de fleste psykodynamiske psykologers kliniske erfaring.

En af årsagerne til, at man i Tyskland og Holland er begyndt på en så omfattende undersøgelse og evaluering af effekten af psykoanalyse, er, at forsikringsselskaberne forsøger at få ophævet eller i hvert fald begrænset aftalen om betaling af psykoanalytisk behandling. I den forbindelse bekymrede det flere af de fremmødte forskere, at langtidspsykodynamisk terapi klarede sig ganske godt i forsøgene. Patienter, der havde været i psykoanalyse, klarede sig bedst, men patienter i psykodynamisk langtidsterapi så også ud til at have en god og holdbar effekt. I Danmark er det et for-

svindende fåtal, der går i decideret psykoanalyse tre-fire gange om ugen. Set med danske øjne er det derfor ganske positivt for de mange psykologer, der arbejder dynamisk, at de nu med de tyske og hollandske undersøgelser i hånden kan kalde sig evidensbaserede og pege på, at de har en god, relativ hurtig og langvarig virkning!

I et forsøg på at overbevise forsikringsselskaberne om det givtige i at finansiere langvarig terapeutisk behandling havde flere af de tyske og hollandske forskere også cost-effectiveness tal med. De udregnede, hvor meget den enkelte klient "kostede" samfundet før og efter terapi – fx ved at udregne tabt arbejdsfortjeneste på grund af sygedage og ineffektivitet, omkostninger til medicin, besøg hos praktiserende læger, og indlæggelser. Disse tal viste, at langtidsdynamisk terapi og til dels psykoanalyse godt kan betale sig i det lange løb (Zevalkink & Berghout, 2009; de Maat et al., 2007), fordi klienten efter endt behandling kostede samfundet mindre. Men alle omkostninger kom ikke altid igen. Dette fik konferencearrangør Prof. Dr. Med. Horst Kächele til at sammenligne med vilkårene inden for den medicinske verden:

Man forlanger ikke af folk, der får et nyt hjerte, at de skal tjene udgifterne til hjertetransplantation ind igen via deres fremtidige skatteindbetalinger. Udført til ekstreman vil en cost-effectiveness tanke jo føre til, at det er billigst, hvis alle svært deprimerede begår selvmord.

Danmark, et psykoterapeutisk uland?

Horst Kächeles kyniske kommentar fik os efterfølgende til at spekulere over, om vi psykologer, uagtet terapeutisk retning, har en form for fagligt mindreværd, at vi ikke helt "tror" på, at psykoterapi generelt virker, og om det er medvirkende til, at man i Danmark kun kan få meget begrænset offentlig støtte til psykoterapi. Omvendt kan psykologers eventuelle tvivl om gavnen af psykoterapi jo også være en top-down effekt – altså



når det ikke anses som en offentlig opgave at støtte psykoterapi, så må det være, fordi det ikke er så væsentligt, eller fordi det ikke virker.

Lidt polemisk kan vi sige, at man i Danmark helst skal undgå at få problemer med det psykiske, i hvert fald medmindre man er rig nok til selv at betale. Danmark er en velfærdsstat – jo – vi tager os af kroppen, men psyke (og tænder) er for egen regning! Det virker næsten, som om vi ikke vil give plads til det psykiske i Danmark. Til at det tager tid, koster anstrengelser og (staten) penge at arbejde med sig selv og bevirke varige forandringer.

Psykodynamisk terapi er for tiden helt ”dømt ude” fra officiel side i Danmark. Eksempelvis anbefaler Sundhedsstyrelsen kognitiv terapi som førstevalg for alle angstlidelser samt for let og moderat depression. Baggrunden for denne anbefaling er, at en referencegruppe har fundet, at kognitiv terapi har bedst evidens i forhold til disse lidelser [3].

Og det er rigtigt, at der er gennemført langt flere effektstudier af kognitiv terapi end af psykodynamisk terapi. Men billedet er ikke længere nær så entydigt. Således har vi nu med de førnævnte undersøgelser belæg for, at psykodynamisk langtidsterapi oftest virker bedre end kortere terapiformer. Yderligere har flere undersøgelser inden for de sidste par år fundet, at kognitiv terapi *ikke* har bedre effekt end korttidsdynamisk psykoterapi. Bl.a. finder Leichsenring et al. (2009) ingen forskel mellem korttidsdynamisk psykoterapi og CBT for panikangst, mens Milrod et al. (2007) finder signifikant større effekt af korttidsdynamisk psykoterapi for panikangst end applied relaxation therapy, en afspændings- og adfærdsorienteret terapi i familie med kognitiv terapi. Samme noget mere komplekse billede end det Sundhedsstyrelsen lægger op til, gør sig gældende i forhold til behandling af depression (Taylor, 2008). Endelig viste en metaanalyse allerede i 2004, at der ikke er nogen signifikant forskel mellem kognitiv adfærds terapi og korttids psykodynamisk terapi (Leichsenring, 2006).

Man kunne derfor ønske sig, at Sundhedsstyrelsen i sine konklusioner var mindre entydig og i højere grad vægtede bredde og forskellighed i udbud af psykoterapeutisk behandling. Mennesker er jo grundlæggende forskellige, har forskellige problemer og forskellige behov, og det er vel net-

op det at forsøge at begribe denne menneskelige partikularitet, der er det psykologiske praksisområde!

Når vi i Danmark ikke ”tror” på dynamisk terapi, har det konsekvenser for de psykologer og terapeuter, der alligevel

” I Tyskland og Holland kan man ved en række alvorlige psykiske lidelser som fx depression og personlighedsforstyrrelser få betalt langtidsterapi og psykoanalyse af forsikringsselskaberne. ”

arbejder dynamisk. Vi ved, at placeboeffekten har betydning – at det altså betyder noget, om man ”tror” på, at behandlingen virker. Og denne tro kan det måske være svært at fastholde for både terapeut og klient, når der fra officiel side peges på kognitiv terapi som den eneste evidensbaserede terapi. I Tyskland behøver terapeuterne ikke ”tro” på deres terapi, der ved de, at dynamisk langtidsterapi virker, det virker godt, og det virker i længden!

På vejen hjem fra konferencen var vi både glade over de opløftende resultater for psykoanalyse og psykodynamisk terapi og triste over situationen i Danmark. Gad vide, hvor mange effektstudier i psykodynamisk terapifavor der skal til, før Sundhedsstyrelsen kan høre det og ændrer holdning!

- - -

Derfor en opfordring om, at dynamisk orienterede psykologer bliver ved med offentligt at pege på det forenklen- de og decideret forkerte ved at udråbe kognitiv terapi til den eneste evidensbaserede behandling i forhold til en række lidelser.

Signe Holm Pedersen, ph.d.-stipendiat, Center for Psykoterapiforskning, Universitetets Psykologiske Klinik, uddannet psykoanalytisk psykoterapeut
Hannah Katznelson, ph.d.-stipendiat, Center for Psykoterapiforskning, Universitetets Psykologiske Klinik, under uddannelse til psykoanalytisk psykoterapeut

>

REFERENCER ■

- > Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961): An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561- 571.
- Berghout, C. & Zevalkink, J. (2009). *Clinical significance of long-term psychoanalytic treatment*. Bull Menn Clin, in press.
- Berghout, C. & Zevalkink, J. (2009). *A study of the effects of long-term psychoanalytic psychotherapy/psychoanalysis*. Konferenceoplæg Ulm, Psychoanalytic Process Research Strategies III.
- De Maat, S., Philipszoon, F., Schoevers, R., Dekker, J., de Jonghe, F (2007). *Costs and benefits of long-term psychoanalytic therapy: changes in health care use and work impairment*. Harvard Rev. Psychiatry, 15 (6), 289-300.
- Derogatis, L.R. & Lazarus, L. (1994): SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and Matching Clinical Rating Scales. In: M.E. Maruish (Ed.): *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcome Research* (Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum).
- Grande, T., Keller, W., Jakobsen, Th. & Rudolf, G. (2009). *Preconditions and effects of structural change in the Heidelberg-Berlin study of psychoanalytic long-term therapy*. Konferenceoplæg Ulm, Psychoanalytic Process Research Strategies III.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E., Baer, B.A., Ureño, G. & Villaseñor, V.S. (1988): Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892.
- Huber, D. & Klug, G. (2009). *The longer the better? Psychodynamic long-term psychotherapies and cognitive-behavioural therapy in comparison*. Konferenceoplæg Ulm, Psychoanalytic Process Research Strategies III.
- Leichsenring, F. (2006): Review of meta-analyse of outcome studies of psychodynamic therapy. I PDM Task Force, red. *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Leichsenring, F & Rabung, S. (2008). *Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy: a meta analysis*. JAMA, 300 (13), 1551-1565.
- Leichsenring, F & Rabung, S. (2009). *Analyzing effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy*. JAMA, 301 (9), 930-933.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Jaeger, U., Kächele, H., Kreische, R., Leweke, F., Rueger, U., Winkelbach, C. & Leibing, E. (2009). *Short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial*. Am. J. Psychiat., in press.
- Leuzinger-Bohleber, M. & Beutel, M.(2009). *Psychoanalytic and cognitive-behavioural treatment: first data on the LARC depression study*. Konferenceoplæg Ulm, Psychoanalytic Process Research Strategies III.
- Lindfors, O., Knekt, P., Renlund, C., Haaramo, P., Laaksonen, M., Härkänen, T., Virtala, E. and the Helsinki Psychotherapy Study Group (2009). *The effectiveness of psychoanalysis and long- and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms – a 5-year quasi-experimental follow-up study*. Konferenceoplæg Ulm, Psychoanalytic Process Research Strategies III.
- Milrod, B., Leon, A., Busch, F., Rudden, M., Schwalberg, M., Clarkin, J., Aronson, A., Singer, M., Turchin, W., Klass, T., Graf, E., Jeres, J. & Shear, K. (2007). *A Randomized Controlled Clinical Trial of Psychoanalytic Psychotherapy for Panic Disorder*. Am. J. Psychiat., 164: 265-272.
- OPD Task Force (ed. Matthias von der Tann) (2008). *Operationalized Psychodynamic Diagnosis OPD-2 – Manual of diagnosis and treatment planning*. UK: Hogrefe.
- Taylor, D. G. (2008). *Psychoanalytic and psychodynamic therapies for depression: the evidence base*. Advances in Psychiatric Treatment 14: 401-413.
- Thomä, H. & Kächele, H. (1985, 1994, 2006). *Psychoanalytic Practice*. Vol. 1, ch.1. New York: Aronson 1994.

