



Søk i arkivet

Penger, makt og menneskesyn



Terapi i tiden: Psykologiprofessor og psykoanalytiker Siri Gullestad mener Freud fortsatt er relevant. – Jeg merker interessen for den psykodynamiske tenkningen som et stort sug, sier hun.

Norske psykologer frykter kognitiv imperialisme. I Sverige skubbes andre terapiformer ut.

Publisert: 22. mars 2012 - 13:13
Maren Næss Olsen
Siv Dolmen (foto)

Virker noen terapiformer bedre enn andre? Hvordan måles effekten? Og har kognitiv terapi virkelig erobret psykoanalysens gamle posisjon? Debatten har rast etter at Morgenbladet 9. mars skrev om hvordan kognitiv terapi de siste årene har vunnet frem både forskningsmessig og klinisk – og nå er i ferd med å ekspandere kraftig i norsk helsevesen.

Kognitiv terapi, også kalt kognitiv adferdsterapi, oppsto i USA på 1960-tallet. Kort forklart legger terapien vekt på å endre pasientenes dysfunksjonelle tankemønstre ved å jobbe med deres tolkninger av virkeligheten, gjerne gjennom 12 til 15 terapitimer.

Psykodynamiske terapiformer springer på sin side ut av Sigmund Freuds klassiske psykoanalyse, og legger vekt på å oppdage, forstå og bearbeide pasientens følelser, fantasier og tidligere opplevelser. Målet med terapien, som ofte strekker seg over lengre tid, er ikke bare symptombedring, men også innsikt.

Kognitiv terapi er den terapiformen i verden det er forsket mest på, noe som gjør at den vinner terreng blant helsemyndigheter og ved universiteter i flere land. Dette diskuteres heftig blant psykologer og terapeuter.

– Det er imperialistiske tendenser i deler av det kognitive adferdsterapimiljøet, sier professor Per-Einar Binder, instituttleder for klinisk psykologi ved Universitetet i Bergen.

– Dette er ikke en vanlig akademisk debatt. Noe står på spill: spørsmålet om hvilke behandlingsformer som skal tilbys i psykisk helsevern, sier Siri Gullestad, psykoanalytiker og professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Oslo.

FAKTA

Evidensbasert terapi

- I artikkelen «Tanke-skiftet» 9. mars beskrev Morgenbladet hvordan kognitiv terapi har erobret psykologien, med sin evidensbaserte tilnærming til psykologisk behandling: Forskning har stått sentralt siden terapiformens spede begynnelse på 1960-tallet.
- At en metode er evidensbasert, innebærer at den støttes av et vitenskapelig grunnlag. Begrepet har møtt motstand i psykologimiljøer på grunn av de vitenskapsteoretiske utfordringene ved å måle psykiske lidelser. Kritikerne mener kognitiv terapi har fått en urettmessig sterk posisjon som evidensbasert sammenlignet med andre terapiformer.
- Kognitiv terapi, som ble grunnlagt av Aaron C. Beck, legger vekt på å endre pasientenes dysfunksjonelle tankemønstre, gjerne gjennom korte terapiforløp. Psykodynamiske

Den handler om penger, makt og menneskesyn i psykologimiljøet. Psykologer fra mange skoler er nervøse. Flere er redde for at kognitiv terapi skal presse andre former for psykoterapi ut av behandlingen av psykiske lidelser i det offentlige helsevesenet. Kort sagt frykter man svenske tilstander i Norge.

Kognitiv dominans. Svenske myndigheter har de siste årene satset flere milliarder kroner på kognitiv adferdsterapi, med det formål å få ned sykefraværet for pasienter med angst og depresjon. Resultatene er omstridte. Men én konsekvens er tydelig: Psykologer med psykoanalytisk og psykodynamisk bakgrunn føler seg marginalisert. Blant annet er psykoterapiutdanningen ved Karolinska instituttet, som er blant Europas største medisinske universiteter, lagt om: Nå tilbys bare kognitiv terapi. Nylig besluttet det svenske fylket Västmanland å kun tilby driftsavtaler med kognitive terapeuter, på bakgrunn av fagrådene til den svenske Socialstyrelsen, som anbefaler kognitiv terapi som førstevalg ved lettere angst og depresjon.

Protestene har vært omfattende.

«Regjeringens satsning på utelukkende kognitiv adferdsterapibehandling ved psykiske lidelser er ubegripelig. Den har sterkt begrenset tilgangen til andre effektive og ofte etterspurte psykoterapier», skrev syv psykologer og leger, deriblant professor Johan Schubert ved Karolinska instituttet, i et debattinnlegg i Svenska Dagbladet 22. desember i fjor.

De syv frykter for fagmiljøets fremtid: «Kunnskaps- og kompetanseutviklingen, som forutsetter en kontinuerlig oppdatering av utviklingen innen hele kunnskapsområdet psykoterapi, risikerer å stagnere da bare én metode tillates. Dermed øker risikoen for at svensk helsevesen, utdanning og forskning halter etter internasjonalt på hele psykoterapiområdet», skrev terapeutene.

Strid om forskningsmetoder. Professor Siri Gullestad er redd for at den svenske utviklingen skal nå Norge. Hun er tidligere president i Norsk Psykoanalytisk Forening, og var inntil nylig leder for Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.

Gullestad mener det ikke er belegg for påstander om at kognitiv terapi generelt virker bedre enn andre terapiformer. – Kognitiv terapi er utmerket for en rekke pasienter, men kan ikke hjelpe alle. Spesielt har psykodynamiske terapiformer dokumentert gode effekter ved omfattende og sammensatte psykiske lidelser. Noen tror man er kommet dit at man vet hva som virker best for alle lidelser, og legger det til grunn for hvordan en hel poliklinikk skal drives. Det skjer i Norge i dag: Man sier at her skal vi ikke drive med annet enn kognitiv terapi. Da blir det en ensretting av behandlingsfeltet som er uakseptabel og uheldig for pasientene, sier Gullestad.

De siste årene har norske helsemyndigheter uttrykt ønske om at psykoterapien i helsevesenet skal være kunnskapsbasert og forskningsmessig dokumentert.

– Det er en utmerket tanke. Problemet er: Hva slags type undersøkelser er gode nok? sier Gullestad.

Frustrasjon og forskningsmidler. Helsedirektoratets retningslinjer for utredning og behandling av psykiske lidelser, populært kalt behandlingsveiledere, har vakt frustrasjon blant mange psykodynamikere, på grunn av måten terapiformene beskrives på.

I heftet som omhandler angstlidelser heter det for eksempel at «Effekten av kognitiv terapi ved ulike angstlidelser er

terapiformer, som har røtter i Sigmund Freuds klassiske psykoanalyse, strekker seg ofte over lengre tid, og har ikke bare symptombedring, men også innsikt som selvstendig mål.

- Se også debattinnlegg side 20. Tidligere artikler og innlegg kan leses på Morgenbladet.no

«Dette er ikke en vanlig akademisk debatt. Noe står på spill.»



Det er imperialistiske tendenser i deler av det kognitive adferdsterapi miljøet, sier Per-Einar Binder, instituttleder for klinisk psykologi, UiB



Det er ikke alle som skal behandle det grunnleggende forholdet til moren sin, sier Sigmund Karterud Psykiatriprofessor, UiO.

godt dokumentert.» Om behandling av panikk lidelse med kognitiv terapi heter det: «At behandlingen er virksom og leder til varig bedring, har vært dokumentert i flere sammenlignende studier.»

Dette står i skarp kontrast til omtalen av psykodynamisk terapi: «Det er ikke dokumentert at psykodynamisk terapi har symptomreducerende effekt ved panikk lidelse», står det i retningslinjene. «Effektene av ren psykodynamisk terapi ved angstlidelser er lite studert ved anvendelse av moderne, kriteriebasert diagnostikk.»

Hvordan måler man egentlig sånt? Gullestad mener det er fare for at Helsedirektoratet legger seg på en for snever definisjon av hva som regnes som evidensbasert terapi, slik at bare såkalt randomiserte kontrollerte studier vektlegges. I denne typen effektstudier fordeles pasienter tilfeldig til en testgruppe og en kontrollgruppe, for å undersøke om en bestemt terapiform har effekt på mennesker med en bestemt lidelse.

– Dette kan bli en maktkamp innen helsevesenet, både når det gjelder makt til å definere behandling innen de enkelte institusjonene, og makt over forskningsmidler. Hvis du mener at det eneste som fortjener penger er de randomiserte kontrollerte studiene, får disse en forrang. Og de er mye lettere å gjennomføre med kognitiv terapi, med kortere terapiforløp og resultater som er enklere å måle, sier hun.

Gullestad reagerer på påstanden om at kognitiv terapi er det eneste svaret ved for eksempel sosial fobi.

– Dette underslår de metodiske og vitenskapsteoretiske problemstillingene knyttet til å etablere kunnskap om hva som virker best. Psykoterapi er mer enn en skjematisk anvendelse av teknikker. Det vi vet fra forskning er at behandlerens person betyr mye mer for utfall og resultat enn man tidligere har trodd: Forskjell innen metoder er større enn mellom metoder, fordi terapeuter kan være gode eller dårlige. Vi trenger et utvidet evidensbegrep som også inkluderer klinisk skjønn og pasientens preferanser, sier hun.

Advarer mot sutring. Psykiatriprofessor Sigmund Karterud ved Universitetet i Oslo har selv bakgrunn fra psykodynamisk psykoterapi. Karterud mener fagfeltet har hatt mye å lære av kognitiv terapi når det gjelder nettopp faglig nysgjerrighet og krav til dokumentasjon.

– Kognitiv terapi har avmystifisert psykoterapien. Innenfor psykodynamisk terapi måler vi nå hva terapeutene gjør, noe som ville vært uhørt for 20 år siden. Det var det kognitiv terapi som brøytet vei for. Den brøt med myten om at terapeuten har spesiell innsikt i det ubevisste, sier han.

Karterud mener psykoanalysen i perioder stagnerte i liten forskningsvilje og smale interne diskusjoner om begreper som kastrasjonsangst, eros og penismisunnelse. Han sier innflytelsen fra kognitiv terapi og dens metodekrav har vært bra for hele psykoterapifeltet.

– De som driver med dynamisk psykoterapi kan ikke sutre, de må ta det som en utfordring og lære av det som har vært suksesskriteriet. Mange innenfor det psykodynamiske feltet er litt bitre. I Sverige har kognitiv terapi kuppet mye makt, slik at offentlige bevilgninger til psykodynamiske institutter er kraftig redusert. Noen frykter det samme her, sier han.

Karterud tar til orde for tverrfaglighet. Han er overlege ved Avdeling for personlighetspsykiatri ved Oslo universitetssykehus, og opplever at både kognitiv terapi og mer psykoanalytiske tilnærminger kommer til kort i sin reneste form for pasienter med personlighetsforstyrrelser. Disse pasientene sliter gjerne med sammensatte problemer som rus, selvskading og dårlige relasjoner, og er ute av både arbeid og skolegang.

– Jeg holder selv på med en blandingsform som i utgangspunktet har psykoanalytiske røtter, men som har tatt opp i seg mye kognitiv tenkning, sier han.

Blir likere og likere. Psykoanalysens grunnlegger Sigmund Freud hadde tanker om det aller meste, og er fortsatt et ikon. Karterud fremhever at psykoanalysen har en rik intellektuell historie, og et større ambisjonsnivå enn kognitiv terapi, om enn noe mindre bakkekontakt.

– Du mener kognitiv terapi nå stanger mot sitt eget potensial?

– Ja, for sinnet er noe mer enn tanker. Psykoanalysen har et fortrinn: Den har langt større ambisjoner om å omfatte hele menneskesinnet. Men problemet med en altfor omfattende teori er at du kan gå deg vill i den. Det er ikke alle som skal behandle det grunnleggende forholdet til moren sin, sier han.

– *Går vi i retning av at kognitiv terapi behandler lettere psykiske lidelser, mens psykodynamisk terapi brukes på tyngre lidelser?*

– Det er et komplekst bilde, for kognitiv terapi brukes også i behandlingen av schizofrene, og en del psykodynamikere tilbyr kortvarig og effektiv behandling. Men hvis du vil forenkle det veldig: Ja. Den moderne psykologen vil i fremtiden beherske mange teknikker, behandle enklere lidelser med kognitive teknikker, og ta til seg psykodynamiske teknikker ved mer alvorlige personlighetsforstyrrelser.

Karterud mener kognitiv terapi og psykodynamisk terapi nå nærmer seg hverandre: Nyere former for kognitiv terapi er i ferd med å bli mer følelsesorienterte, psykodynamisk terapi blir mer orientert mot tanker. Han har tro på at hybridformer for terapi vil vinne frem, som en konsekvens av at pasienter med en rekke lidelser krever noe mer enn hva terapiformenes pureste utgaver kan tilby.

– Det er mye forskning på det, og det viser seg å være effektivt. Det er en tankemessig smelting. Ut av den smeltingen tror jeg det vil komme en syntese. Det som feiler folk, tvinger terapeuter til å oppføre seg relativt likt uansett fagbakgrunn, sier Karterud.

Frykter enfold. Professor Per-Einar Binder ved Universitetet i Bergen er på sin side bekymret over imperialismen fra deler av det kognitive terapimiljøet.

– Dette skjer i britisk helsevesen, og det blir flere og flere universiteter internasjonalt som i liten grad gir innføring i annet enn kognitiv adferdsterapi. I Norge er det rom for et større mangfold enn i Storbritannia, men vi ser jo at det oftere og oftere argumenteres for at kognitiv terapi bør velges, sier han.

Binder understreker at mye av bakgrunnen for terapiformens suksess er at den er god og virksom. Det som bekymrer ham er påstander om at kognitiv terapi er det eneste rette. Han understreker at en rekke terapiformer i dag kan vise til gode forskningsresultater, også i randomiserte kontrollerte studier. For eksempel har emosjonsfokusert terapi gitt gode resultater mot depresjon.

– Jeg tror ikke vi trenger rivalisering mellom merkevarer. Det er viktig at vi har et mangfold av terapimodeller, for de rommer ulike måter å betrakte livet på. Min største bekymring hvis bare én modell får dominere, er at muligheten for å tilby behandling som passer den enkelte pasienten blir mindre, og at innovasjonen stanser opp, sier Binder.

Freuds forskerblikk. I Morgenbladet 9. mars sammenlignet Judith Beck – president for Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy og en av verdens ledende forskere på kognitiv terapi – behandlingen av psykiske lidelser med behandling av hjerteproblemer, og fremhevet at pasientene i begge grupper bør få den mest effektive evidensbaserte behandlingen.

Professor og psykoanalytiker Siri Gullestad ser sine pasienter på en annen måte.

– Tanken om mest effektiv behandling er selvsagt god. Men slik Beck fremstiller sin forståelse av psykiske lidelser, virker det som om hun tenker på det som en sykdom man blir frisk av. Jeg tenker mye mer på psykiske lidelser som livsvansker. Jeg merker interessen for den psykodynamiske tenkningen som et stort sug, fordi den gir sammenheng og mening i pasientens livshistorie, og mulighet til å forstå hvorfor et menneske blir redd eller ikke klarer å bryte opp fra en voldelig ektemann, sier hun.

Gullestad mener psykoanalysen hele tiden har hatt med seg tanken om evaluering, men sier den kom sent på banen med systematisk forskning.

– Freud reviderte kontinuerlig sin tenkemåte i lys av nye observasjoner. Psykoanalyse er ikke spekulativ filosofisk teori som er uttenkt ved skrivebordet, det er en tenkemåte som er skapt ut fra klinisk observasjon i terapirommet, sier hun.

