

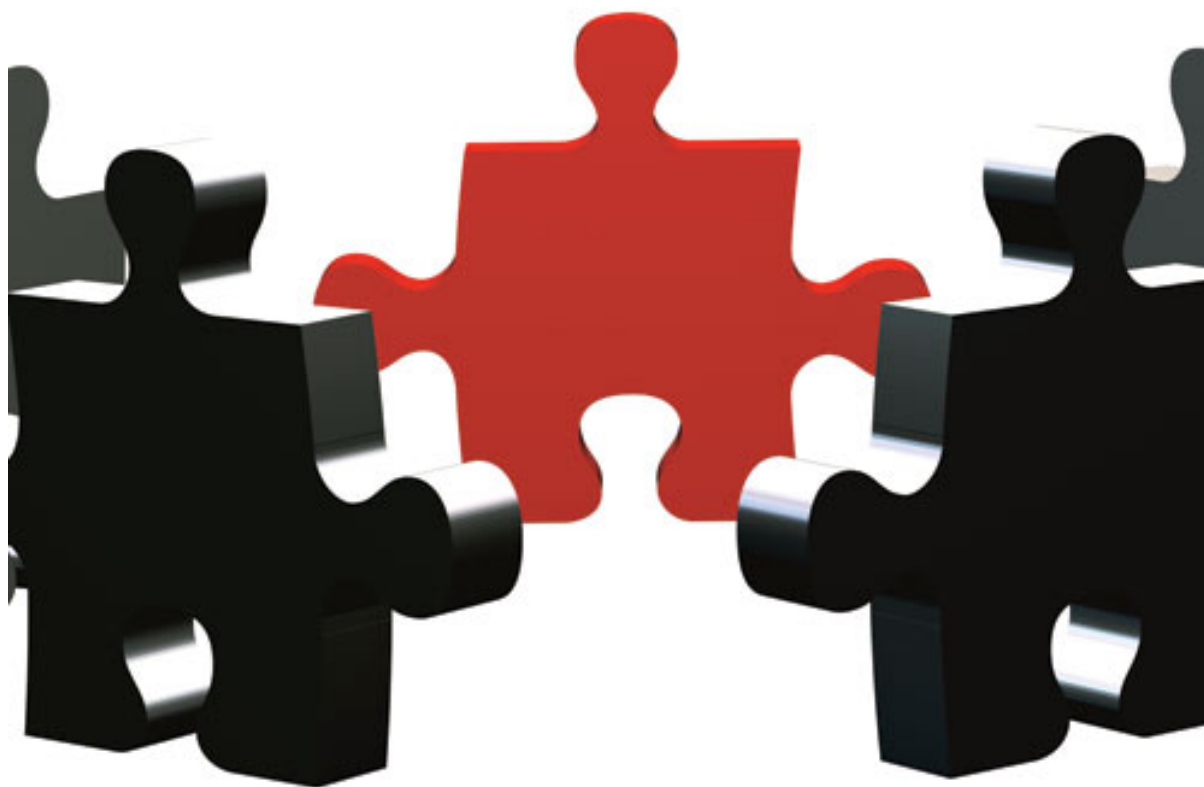
7 løgner om psykoterapi

Hanne Weie Oddli

Peder Kjøs
psykolog

Forskjellen mellom hva vi psykologer egentlig gjør og hvordan vi fremstiller vår virksomhet er påfallende. For når vi prøver å imitere medisinen og tilfredsstillende helseøkonomene, tar vi atskillige løgner i vår munn.

Hvorfor er det ikke psykologene som setter premissene i psykisk helsevern? Hvorfor er ikke flere psykologer ledere? Hvorfor har vi ikke alle sammen for lengst rett til å skrive sykmeldinger? Og hvorfor kan vi bare paragrfurdere en tvangsinnleggelse hvis vi jobber med inneliggende pasienter på et sykehus, men ikke legge inn med tvang pasienter vi kjenner godt etter langvarig behandling i for eksempel en poliklinikk? Vi har høy status og en udiskutabel posisjon i helse- og sosialsektoren, på universitetet og i folkebevisstheten. Hvorfor snakker vi da ikke høyt og tydelig, og øver direkte innflytelse over viktige områder?



Terapi virker: Men for å ikke oppfattes som usikre, underslår vi at terapiforskning ikke er medikamentforskning, skriver Oddli og Kjøs. Et sant og slagkraftig psykologspråk kan ikke bygge på medisin. I stedet må vi utvikle og bruke et språk som dekker alle aspektene ved fag-utøvelsen. Illustrasjonsfoto: YAY Micro

Vi tror at noe av forklaringen på dette er at vi ikke eier det språket vi bruker til å snakke om vår egen virksomhet. Vi kan være dominerende og toneangivende på mange områder, men områdene eies fortsatt av leger, helseøkonomer og politikere som tar avgjørelsene ut fra sine medisinske og økonomiske grunnpremisser. Psykologer har ment i årevis at den medisinske metaforen ikke passer så godt for terapi. Det medisinske utgangspunktet, at behandling er å operere på, gripe inn i, fjerne en sykdom, passer dårlig som beskrivelse av en prosess der det er klientens egne endringsforsøk og hennes egne måter å løse dilemmaer på som skal understøttes (jf. Wampold, 2001). Likevel har vi innordnet oss den medisinske retorikken. Som veloppdragne gjester går vi med på andres regler og definisjoner. Vi har valgt oss en retorisk strategi for å passe inn, kanskje med et lite håp om å kunne endre huset innenfra, når vi først har kommet inn.

Vi synes at forskjellen mellom hva vi egentlig gjør og hvordan vi framstiller virksomheten vår i psykisk helsevern, blir tydelig hvis vi tar for oss noen av de vanlige beskrivelsene av psykoterapi. Vi mener at i alle fall disse syv beskrivelsene er blanke løgner om terapi:

1. Det er mulig å predikere terapiens forløp og utfall.

Denne forestillingen er fundert i renessansens og den vitenskapelige revolusjonens ideer om universalisme. Hele det mekanistiske verdensbildet fra Copernicus, Hobbes, Descartes og andre bygger på at ulike systemer fungerer etter de samme naturlovene (Oddli & Kjøs, 1998). Kroppen, sjelen, tankene og menneskelige relasjoner følger formelt like regler, og disse reglene kan skrives ned i matematikkens universelle språk. Når lovene for bevegelse er kjent, blir utfordringen bare å sortere materialet vi har med å gjøre, i de relevante kategoriene, og anvende teknikker i tråd med reglene. Da kan vi manøvrere sikkert, og vi kan med letthet forutsi hvordan det vil gå, hvor lang tid vi vil trenge, nøyaktig hvilke metoder som vil være relevante, og så videre. Vi møter ingen ubehagelige overraskelser. Dette er utgangspunktet for utredning-diagnose-intervensjon-resultat-modellen. Løgner om at terapi er en slik formelt beskrivbar prosess, er en vellykket løgn. Den er så salgbar, så lett omsettelig. Alle vil at vi skal beskrive terapi slik. Helseforetakene og mange klienter og pårørende lover å betale oss godt hvis vi kan levere i henhold til denne modellen. Er du litt tilpasningsvillig, så nikker du fort når noen etterspør denne modellen. Vil du ha venner og posisjoner i helsesystemet, forstår du fort at det lønner seg mer å stå som talsmann for forutsigbarhet enn å innrømme at du ikke helt vet hva du behandler (hvis det du gjør, da kan kalles «behandling»), hvilke metoder du vil bruke, hvor lang tid det vil ta, og hvilket resultat det vil få.

Men hvordan skal vi begrunne et krav om posisjoner og privilegier, hvis vi ikke kan vise til en vitenskap som setter oss i stand til å forutsi effekten av intervensjonene våre? Vårt poeng er at det trenger vi ikke å gjøre. Terapi virker - det er et av de solide funnene gjennom mer enn seksti års terapiforskning. Men resultatene lar seg ofte ikke forutsi. Fenomenene vi jobber med, inngår i komplekse sammenhenger som vi bare delvis har oversikt over og innflytelse på. Vi manipulerer ikke gjenstander som står løsrevet fra kontekst og relasjon, slik den medisinske modellen skulle tilsi. Likevel vet vi en del om hva som er god terapi. Vi har et vitenskapelig fundament, men ikke et medisinsk-vitenskapelig (Oddli & Kjøs, 1997). Men mot den nærmest eneveldige medisinske vitenskapen er det tøft å skulle stå for en annerledes form for kunnskap. For å unngå å bli oppfattet som usikker og stå uten autoritet underslår vi at terapiforskning ikke er det samme som medikamentforskning. Vi prøver heller å imitere medisin, og gir løfter som dette:

2. Terapi er et systematisk arbeid mot et klart definert mål.

Beslektet med løggen om at terapien er forutsigbar, og med samme idéhistoriske utgangspunkt, beskriver vi gjerne terapi i en narrativ form som ligner krim. Terapilitteraturens case-beskrivelser begynner nesten alltid med at det foreligger et problem som terapeuten ser den underliggende strukturen i, hvorpå han eller hun nedkjemper motstandere og overvinner hindringer, gjerne ved hjelp av spesielle ferdigheter og egenskaper. Ikke sjelden ser det stygt ut en stund, men så lærer terapeuten noe viktig og kan endelig innkassere seieren, enda litt klokere enn før. Den narrative strukturen sitter dypt festet i oss, og tvinger beskrivelsene våre inn i en form som gir sitt eget bilde av hva terapi er.

Hvis det virkelig var slik at vi jobbet så strukturert, kronologisk og sekvensielt, ville det ikke være så rart at vi gikk med på en poliklinikkens krav om å bare kartlegge klienten, for så å henvise videre til en annen behandler når den virkelige behandlingen skulle begynne. Det ville ikke være så rart at vi gikk med på å bare gi timer innenfor en definert tidsramme, gjerne bestemt av et inntaksteam ut fra få holdepunkter i en henvisning. Det ville samsvare godt med vår egen forståelse av faget og egen praksis. Problemet er vel at det sjelden er slik. Det vi kjenner igjen fra egen praksis, er vel snarere at terapi er et område for improvisasjon, overraskelser, planer som må endres og forutsetninger som likevel ikke gjelder. Metoder og forståelse blir til underveis eller må tillempes det individuelle tilfellet. Bestillingen gjelder nesten aldri, og den standardiserte kartleggingen gir kanskje ikke de nødvendige implikasjonene for behandlingen videre. Det synes rimelig å hevde at det er nettopp dette som kjennetegner en profesjonell utøvelse. Materialet er komplekst, uforutsigbart, og store deler av arbeidet må foregå i en form for uvisshet (Eraut, 2006). En anerkjennelse av en slik kompleksitet vil i seg selv slå bena under neste utbredte påstand om at:

3. Kartlegging av diagnose og lidelse er en forutsetning for å kunne anvende rett behandling

En av forskjellene på psykoterapi og medisin er at effekten av psykoterapeutiske intervensjoner ikke er spesifikk og forutsigbar på samme måte som ved medisinske inngrep. Påstanden om spesifisitet av den typen vi finner i medisinen, er så grundig imøtegått av de siste årenes empiri på psykoterapiforskningsfeltet at de fleste kanskje til og med er litt lei av å høre om The Dodo Bird som synger at alle har vunnet og at alle fortjener premie. At psykoterapi generelt har god effekt, er et konsistent funn, demonstrert på tvers av en rekke studier og meta-analyser (Lambert & Ogles, 2004). Men det har vært vanskelig å finne støtte for effekt av match mellom spesifikke behandlingsmetoder og spesifikke diagnoser eller lidelser (Clarkin & Levy, 2004; Wampold, 2001). Snarere er det solid empirisk støtte for effekten av elementer ved terapi som går på tvers av de spesifikke modellene, såkalte fellesfaktorer (ibid.). Av disse har spesielt den terapeutiske alliansen vært viet stor interesse. Men hva innebærer så disse funnene for oss terapeuter i utøvelsen av faget? Før vi går nærmere inn på dette, må vi se på en utbredt løgn om nettopp den terapeutiske alliansen.

4. Den terapeutiske alliansen må komme først, så kan det virkelige arbeidet begynne.

Dette er en anerkjennelse av det som etter hvert er blitt et velkjent funn, så vel som intuitivt sant for både klinikere og befolkningen ellers, nemlig at alliansen mellom terapeut og klient er vesentlig for det terapeutiske utfallet (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Lambert & Barley, 2002).

Nå kan dette raskt forstås dit hen at alliansen og det tekniske arbeidet opererer atskilt, og at så snart alliansen er etablert, så kan vi vie oss fullt og helt til det vi anser som endringsarbeidet, og som er spesifisert i de modellene vi er inspirert av. Vi kan også komme til å tenke at dersom det terapeutiske båndet, det folk flest gjerne kaller kjemi, ikke er på plass, så kan vi heller ikke arbeide videre. Vi har da tatt med oss den sekvensielle og faktorielle forståelsen av behandling. Riktignok har en god allianse tidlig i behandlingsforløpet en solid dokumentert sammenheng med utfallet av behandlingen (Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Barley, 2002). Likevel er det ikke nødvendigvis slik at periodevise slitasjer i det terapeutiske båndet reduserer effekten av terapien, like lite som vi kan flyte på en god start. Mange vil hevde at effektiv håndtering av slitasjer eller rupturer i alliansen er en innebygd del av selve behandlingsprosessen, og at dette har en funksjon ut over det å tilrettelegge for at de andre aspektene ved behandlingen skal fungere (Bordin, 1979; 1983; Safran et al., 2002; Stiles et al., 2004). I et slikt perspektiv vil den terapeutiske alliansen forstås som en kontinuerlig forhandlingsprosess. Hva da med terapimodeller som ikke vektlegger relasjonsarbeid eksplisitt, men snarere har et hovedfokus på teknikk? Vil vi her finne dårligere allianse og dårligere utfall av hele behandlingen? Bildet er ikke så enkelt. Det er lite som tyder på at noen modeller har forrang framfor andre når det gjelder etablering av allianse eller oppnådd effekt av behandlingen (se for eksempel Krupnik et al., 1996 ifølge Wampold, 2001).

Det lønner seg mer å stå som talsmann for forutsigbarhet enn å innrømme at du ikke helt vet hva du behandler, hvilke metoder du vil bruke, hvor lang tid det vil ta, og hvilket resultat det vil få

Vi berører her spørsmålet om forholdet mellom teknikk og det terapeutiske båndet, og det kan være nyttig å se på selve alliansebegrepet. Det er blitt vanlig å forstå allianse som bestående av tre aspekter, det emosjonelle båndet, samt enighet om mål og oppgaver, noe som har gitt opphav til betegnelsen arbeidsallianse (Bordin, 1979). Med de to aspektene mål og oppgave bringes de tekniske aspektene inn i forståelsen av allianse, og vektlegger alliansearbeidet som et samarbeidsprosjekt med kontinuerlige forhandlinger om retning og om midlene for å nå fram. Hvordan vi samarbeider med klientene våre om de intervensjonene vi bruker, og de målsettingene vi arbeider mot, vil altså ha stor betydning for kvaliteten på alliansen, og vil i sin tur påvirke utfallet av behandlingen (Bordin, 1994; Horvath, 1994). Noen nyere studier viser at de terapeutiske intervensjonene har en direkte innflytelse på selve alliansen, ut over den innflytelsen intervensjonene har på utfallet (Bedi, Davis & Williams, 2005). Videre har det vist seg at de tekniske variablene påvirker arbeidsalliansen på forskjellige måter for forskjellige klienter (Bachelor et al., 2007). For eksempel rapporterer noen klienter at det var nettopp den og den intervensjonen som gjorde at forholdet til terapeuten ble så bra, mens for andre vil den samme intervensjonen svekke alliansen.

Vi ser at dette berører et annet nivå enn det som spesifiseres i de enkelte terapimodellene. Enkeltmodeller vil som oftest ikke artikulere dette samarbeidet i seg selv, men ha hovedvekten på beskrivelser av hvordan teknikker eller intervensjoner benyttes innenfor akkurat det rammeverket, empirisk eller teoretisk, som modellen spesifiserer. Det blir den enkelte terapeuts oppgave å sy disse teknikkene sammen i den konkrete samarbeidssituasjonen som et terapeutisk møte er. Det daglige kliniske arbeidet består i en kontinuerlig integrering av ulike teknikker, om vi i hovedsak velger fra én favorittmodell eller flere, og vi har få klare retningslinjer i akkurat dette integreringsarbeidet. Forskning på match mellom modell og lidelse gir oss lite i denne sammenhengen. De tilbyr for grove spesifiseringer, samt at nettopp slik match som nevnt ser ut til å forklare en beskjeden andel av

utkommevariansen (Wampold, 2001). I bunn og grunn berører dette hele spørsmålet om hva terapi er, og videre hva slags kunnskap vi trenger for å sikre godt klientarbeid. Tradisjonelt sett har et mulig svar på dette spørsmålet vært neste løgn.

5. Terapi kan kvalitetssikres gjennom bruk av standardiserte manualer.

I lys av det som allerede er sagt, kan dette selvsagt ikke bli en tilfredsstillende løsning.

Vi har allerede snakket om det mekanistiske og universalistiske idégrunnlaget en slik scientistisk forståelse av praksis hviler på. Vi har også argumentert for at denne vanskelig kan tilby en dekkende beskrivelse av fagutøvelsen vår, blant annet ved henvisning til empiri som ikke har klart å belegge behandlingspakke-modellen. La oss se mer spesifikt på hvilken implisitt antakelse en slik forståelse vil legge til grunn for hvordan terapeuter organiserer og anvender kunnskap.

Hvis vi går til hukommelsesfeltet, kan vi hevde at bruk av behandlingsmanualer henvender seg til den delen av hukommelsessystemet vårt som behandler semantisk kunnskap. Dette er kunnskap som er utledet fra teori og forskning på gruppenivå, og som tar sikte på å være universell. Det er innlysende at denne formen for kunnskap er et sentralt aspekt ved store deler av en profesjonsutøvelse (gitt at innholdet i kunnskapen ikke er basert på løgn). Den vil være relevant for eksempel når vi skal knytte praksiserfaring sammen med generell kunnskap om feltet, og selvsagt under deler av utdannelsen, og senere i karrieren, når vi skal tilegne oss generell kunnskap. I den såkalte Minnesotastudien fant Rønnestad & Skovholt for eksempel at den profesjonelles holdning til teori var av stor betydning for hvorvidt vedkommende hadde en optimal utvikling som profesjonell (Rønnestad & Skovholt, 2003, ifølge Rønnestad, 2008). Å være aktivt og seriøst kunnskapssøkende er altså en gunstig faglig innstilling.

Men hvor langt strekker den semantiske kunnskapen seg i denne sammenhengen? Schmidt, Norman & Boshuizen mener at profesjonell utvikling fra novise til ekspert går gjennom flere utviklingsstadier. Ved hvert stadium utvikles en egen form for kunnskapsstruktur eller hukommelsesfunksjon (Schmidt et al., 1990 ifølge Eraut, 2006). I de to siste stadiene vil den profesjonelle typisk bruke mer av en episodisk hukommelse enn den semantiske. I forståelsen av hvordan profesjonelle organiserer kunnskap, har flere vært inspirert av Borehams template model' (Boreham, 1988 ifølge Eraut, 2006; Rønnestad, 2008). Ifølge en slik hukommelsesmodell vil for eksempel kunnskap om sykdom organiseres som skjemaer eller stereotyper, lagret gjennom erfaring med pasienter. I møte med nye pasienter aktiveres skjemaer som de nye erfaringene prøves opp mot gjennom mønstergjenkjenning. Mens nyutdannede klinikere er opptatt av regler, kausale sammenhenger og leksikalsk kunnskap, vil erfarne klinikere treffe beslutninger ut fra idiosynkratiske scripts og hukommelse om tidligere pasienter. De tar altså i bruk den episodiske hukommelsen framfor semantisk hukommelse, der sakene har en mer prototypisk form (ibid.). Dette innebærer at assosiasjonene til erfarne klinikere er basert på idiosynkratiske kart over utallige terapisisituasjoner med utallige klienter, og det er slett ikke sikkert at disse assosiasjonene går langs formaliserte kategorier som diagnose, alder og så videre (se også Smedslund, 2008). Disse kategoriene er for grove, gir ingen handlingsbeskrivelser på et lokalt nivå, eller de er rett og slett ikke treffende. For eksempel kan det være at i arbeid med en 18 år gammel jente med spiseproblemer aktiveres script fra tidligere arbeid med en 60 år gammel mann med rusproblemer. Sakene ville ikke havnet i samme kategori hvis disse var etablert gjennom aggregering av data på gruppenivå, men i et komplekst her-og-nå-samspill kan de plutselig informere hverandre. Et intuitivt valg ut fra hva som opplevdes virksomt i det ene

tilfellet, vil kunne være akkurat det som bevirker bevegelse, og som oppleves nyttig også i denne saken. Assosiasjonene går altså ikke langs de samme aksene som defineres ut fra forskning og litteratur der kunnskapen omhandler gruppenivå.

Hva betyr så dette? Én implikasjon vil være at vi trenger forskning som gir oss data i tråd med vår tendens til å organisere klinisk kunnskap som skjemaer eller scripts. Hvis vi ønsker kunnskap som er nær knyttet til klinikerens hverdagsbeslutninger, trenger vi ikke grove, generelle kategorier basert på data på gruppenivå som ikke fanger det prosessuelle, komplekse i det lokale samspillet. Og hva med undervisning, spesialisering og alle tiltak som skal sikre terapeuters videre utvikling? Det finnes jo også løgner om hvordan terapeuter blir flinkere.

6. Erfarne klinikere slurver med den formelle kunnskapen, men kan strammes opp ved skjerpete krav til kartlegging, diagnostisering og tekniske ferdigheter.

At erfarne klinikere i mindre grad benytter seg av standardisert, formalisert kunnskap, er ikke i seg selv et argument for å gi opp en stadig skjerping av de formelle sidene ved praksis. Noen vil hevde det motsatte. I så fall ville det være gunstig å kunne henvise til at økt formalisering fremmer god praksis. En rekke studier av medisinerer tyder på at den generelle, formaliserte kunnskapen om sykdom, symptomer og behandling relativt raskt når et platå, slik at nykvalifiserte spesialister har vel så god kunnskap som de fleste ekspertene (Eraut, 2006). Men en rekke andre studier viser at ekspertene treffer avgjørelser raskere. Dette kan tyde på at det ikke er den formaliserte kunnskapen i seg selv som kjennetegner ekspertise, men en bedre organisering og tilgjengelighet av kunnskapen, noe som da også er i tråd med det vi nettopp har beskrevet som organisering av idiosynkratiske scripts (ibid.). Scripts vil være lettere tilgjengelig fordi de inneholder konkrete handlingsbeskrivelser.

Hvis vi skal se mer spesifikt på vårt eget fag, har det ikke vært et entydig funn at erfarne terapeuter produserer bedre resultater enn mindre erfarne (Lambert & Ogles, 2004). Men det er funn som viser at erfarne terapeuter er assosiert med bedre behandlingseffekt der intervensjonene er av mer kompleks art enn enkel rådgivning og spesifikke atferdsteknikker (Stein & Lambert ifølge Lambert & Ogles, 2004), og videre at terapeuter tidlig i karrieren synes å ha større vansker med å tone seg inn og tilpasse seg de relasjonelle vanskene i arbeidet med «severely impaired clients» enn sine mer erfarne kolleger (Horvath & Bedi, 2002, s. 60). Senere forskning tyder også på at erfarne terapeuter reagerer mer fleksibelt overfor klientene sine (Huppert et al., 2001). Dette er i tråd med forskning på profesjonell ekspertise på tvers av ulike fagfelt som viser at erfarne praktikere bruker kunnskap på en fleksibel måte som er sensitiv for kontekst (for en videre diskusjon se Eraut, 2006).

Tilbake til hvordan erfarne terapeuter organiserer kunnskap, mener Schmidt et al. at ekspertise innebærer at den profesjonelle har tilgjengelig og tar i bruk flere former for kunnskap, at vedkommende kan veksle mellom bruk av alt fra egen praksiserfaring i form av scripts og skjemaer til den mer formaliserte kunnskapen (Schmidt et al., 1990 ifølge Eraut, 2006). Ulike former for kunnskap vil ha ulik relevans for forskjellige sider av utøvelsen, og den erfarne vil altså være i stand til å bevege seg fritt over disse kunnskapskildene.

Så snarere enn å tenke at klinikere blir teknisk late med årene, kan vi kanskje like gjerne tilskrive de samme klinkerne en evne til å se at de trenger tilfang av andre former for kunnskap i sin videre foredling av seg selv som eksperter. Ensidig vektlegging av formalkrav og spesifiserte regler for utøvelse (som kartleggingsverktøy, diagnosemanualer og så videre), vil dermed ikke være et effektivt pedagogisk grep for å hjelpe psykologer til å bli bedre akademiske utøvere på et høyt nivå.

Det er fare for at en skjerping av de formelle sidene bare får en ryggen-fri-funksjon. I liten grad regulerer retningslinjene terapeuters faktiske atferd, men de regulerer hva vi våger å fortelle om

Få videreutdanningsprogrammer vil selvsagt fokusere på et så smalt spekter av profesjonsutøvelsen. Kanskje er det mest når programmene skal godkjennes, at de beskrives som om psykologene får lastet inn nye, oppdaterte kunnskapsmoduler og tilføres nye, konkrete håndgrep. Den faktiske undervisningen er vel gjerne praksis- og opplevelsesorientert, og legger til rette for en organisk utvikling og vekst, blant annet gjennom veiledning, gruppearbeid og rom for refleksjon og artikulering av komplekse samspill og situasjoner. Slik sett vil den være i tråd med det terapeuter selv anser som vesentlig. I The International Study of the Development of Psychotherapists' rangerte terapeutene direkte erfaring med klienter og veiledning som de to viktigste kildene til positiv innflytelse på sin egen profesjonelle utvikling (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Kurs og å lese bøker ble rangert som henholdsvis nummer seks og sju på listen. Ut fra alt dette kan vi si at terapeuter blir mindre tekniske jo mer de kan. De minner sånn sett om Bruce Lee fra karatefilmene på 70-tallet, som når han ble spurt om hvor han hentet de spektakulære kampsport-teknikkene sine fra, svarte: «I'm beyond technique.» Det er modig å legge teknikk bak seg og stole på at du kan lage en optimalt tilpasset utgave av teknikkene akkurat når du trenger dem. For noen blir dette *for* modig - de vil ha noe å holde fast i, eller i hvert fall at *andre* skal holde fast i noe. Løftet og kravet om å bruke bestemte teknikker blir en slags garanti for kvaliteten. Neste løgn er et løfte om at vi ikke skal la alt gli ut i rent kvakksalveri:

7. Selv om terapeutene gjør mye som ikke kan formaliseres, bør vi jo ha noen retningslinjer som en slags rettesnor, slik at i hvert fall deler av praksisen kan kvalitetssikres.

Problemet med en slik strategi er at terapeuter i praksis ikke bruker slike retningslinjer. For eksempel er det studier som tyder på at terapeuter i liten grad bruker behandlingsmanualer i det kliniske arbeidet, og noen studier tyder på at bruk av manualer er forbundet med dårligere resultater, og at det svekker arbeidsalliansen (Henry et al., 1993; Castonguay et al., 1996, begge ifølge Goldfried & Wolfe, 1998). Kritikken mot manualbruk er blant annet at den hemmer fleksibilitet og kreativitet (Safran & Muran, 2000; Lambert & Ogles, 2004). Dessuten kan manualene bare forventes å være effektive hvis det er en klar sammenheng mellom spesifikke intervensjoner for spesifikke lidelser/populasjoner og utfall. En slik sammenheng har det som kjent gjennomgående vært vanskelig å finne belegg for. Når klinikere da heller ikke synes å arbeide strukturert i samsvar med denne type modellkunnskap, men heller utøver faget i en kompleks, integrert praksis (Norcross, 1997; Lambert & Ogles, 2004), er det fare for at en skjerping av de formelle sidene bare vil ha en ryggen-fri-funksjon. Utarbeidete retningslinjer for eksempel kartlegging og suicidalvurderinger i såkalte kvalitetssikringshåndbøker regulerer i liten grad terapeuters faktiske kliniske atferd, men egner seg godt til å regulere hva vi våger å fortelle om fra vår egen praksis. Vi vil påstå at en slik retningslinje-praksis er med på å øke gapet mellom praksis slik den beskrives og slik den faktisk utføres.

Et åpent, ærlig og slagkraftig språk

Sånn lyver vi altså for å passe inn. Vi lykkes rimelig godt med det, men klarer ikke helt å sikre oss de viktigste posisjonene i psykisk helse-feltet. Vi har lett for å bli gode nummer to heller enn premissleverandører. Vi mener det er et problem at psykologer underkommuniserer og holder

nede beskrivelser av arbeidet vårt som kunne vært nyttigere for oss selv og klientene våre. Vi tror at psykologenes vansker med å bruke et sant språk handler om at vi i stor grad er et kompromissfag, litt klemt inn mellom humaniora, medisin og samfunnsfag. Men hva hvis vi skulle sette premissene selv? Hva hvis vi sa at faget vårt er psykologi, og at det har en egen verdi, som ikke er avhengig av at det ligner på noe annet?

Kanskje organisasjonspsykologer kan være et forbilde. De trenger ikke å påstå at de er medisinere, for de skal ikke operere på et sykt legeme. De skal hjelpe et system med å få til sin egen endringsprosess. De bistår et system i endring med å tenke og handle annerledes. Psykologiske teorier og metoder er her både godt egnet og salgbare. Organisasjonspsykologer bruker sitt eget språk tydelig og offentlig, og når fram. Selvfølgelig jobber også de fleste terapeuter i tråd med psykologisk teori og forståelse, og snakker dette språket med klientene. Men overfor legene og helseøkonomene snakker vi det andre språket. Er det ikke på tide å legge bort denne tospråkligheten? Er det ikke bedre å stå for det gode arbeidet vi gjør, uten å pakke det inn i passende fraser?

Et sant og slagkraftig psykologspråk kan altså ikke bygge på medisin. Psykologenes språk bør gjenspeile mer av de andre premissene faget bygger på. Dypt i psykologifaget ligger en forutsetning om at vi utforsker hvordan kunnskap, meninger og overbevisninger inngår i en kontekst av historie, tidsånd og sosialt samspill. Dette er et humaniora-trekk vi deler med for eksempel filosofi og idéhistorie. Psykologien har også gjort seg god nytte av metodeutforminger som vi tradisjonelt sett forbinder med andre samfunnsfag som sosiologi, statsvitenskap, sosialøkonomi, antropologi og selvfølgelig også medisin. Sannheten om terapi kan altså kanskje best uttrykkes i et språk som tar utgangspunkt i at mange mulige måter å beskrive virkeligheten på kan være like gyldige. Den amerikanske psykologforeningens (APA) definisjon av evidensbasert praksis (APA, 2006), oversatt til «Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis» (NPF, 2007), legger til grunn en nyansert forståelse av hva som skal inkluderes som relevant kunnskap og forskning for praksis. Her inkluderes alt fra individuelle kasesfortellinger til prosessutfallsstudier og kliniske eksperimenter. Dette gir godt håp for en mer åpen, ærlig og autentisk utvikling av terapifaget. Utfordringen for oss terapeuter er å utvikle og bruke et språk som dekker alle aspektene ved fagutøvelsen. Vi bør beskrive faget slik vi utøver det i virkeligheten, og ikke utelukkende bruke det språket som hittil har vært dominerende. Da kan det også være at vi selv kjenner oss igjen i det vi sier, og klarer å snakke med større kraft. For det er vanskelig å rope høyt når vi ikke tror helt på det vi selv sier.

Les også Leif Edward Ottesen Kennair sin kommentar «7 grunnleggende, profesjons-hemmende misforståelser» på debatt- og kommentarsidene (s. 194) i denne utgaven av Tidsskriftet.

Hanne Weie Oddli
Psykologisk institutt
Postboks 1094 Blindern
0317 Oslo
E-post hanne.oddli@psykologi.uio.no

Tlf. 22 84 50 00

Essayet er en bearbejdet versjon av et foredrag holdt ved Psykologisk institutts seminar for professor Sissel Reichelt i Oslo 13. juni 2008.

Referanser

- American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence Based Practice (2006).
American Psychologist, 61, 271 - 285.
- Bachelor, A., Laverdière, O., Gamache, D. & Bordeleu, V. (2007). Client's Collaboration in Therapy: Self-Perceptions and Relationships With Client Psychological Functioning, Interpersonal Relations, and Motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 2, 175 - 192.
- Bedi, R. P., Davis, M. D. & Williams, M. (2005). Critical Incidents in the Formation of the Therapeutic Alliance From the Client's Perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42, 3, 311 - 323.
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 3, 252 - 260.
- Bordin, E. S. (1983). A working Alliance Based Model of Supervision. *The Counseling Psychologist*, 11, 1, 35 - 42.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. I Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (Eds.), *The Working Alliance. Theory Research, and Practice* (ss. 13 - 37). New York: John Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of Client Variables on Psychotherapy. I Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. (Fifth ed., ss. 194 - 226). New York: John Wiley & Sons.
- Eraut, M. (2006). *Developing Professional Knowledge and Competence*. UK: Routledge Falmer.
- Goldfried, M. R. & Wolfe, B. E. (1998). Toward a More Clinically Valid Approach to Therapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 1, 143 - 150.
- Horvath, A. O. (1994). Empirical Validation of Bordin's Pantheoretical Model of the Alliance: The Working Alliance Inventory Perspective. I Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (Eds.), *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (ss. 109 - 128). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. I Norcross, J. C. (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work* (ss. 37 - 69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 2, 139 - 149.
- Huppert, J. D., Bufka, L., F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, Therapist Variables, and Cognitive-Behavioral Therapy Outcome in a Multicenter Trial for Panic Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 5, 747 - 755.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. I Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*. (ss. 17-32). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. I Lambert, M. J. (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Fifth ed., ss. 139 - 193). New York: John Wiley & Sons.

- Norcross, J. C. (1997). Emerging Breakthroughs in Psychotherapy Integration: Three Predictions and one Fantasy. *Psychotherapy*, 34, 1, 86 - 90.
- Norsk Psykologforening (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 9, 1127 - 1128.
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (1998). *Psykologien og vitenskapen. Moderne og postmoderne forståelse av terapi*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Orlinsky, D. E. & Rønnestad, M. H. (2005). *How Psychotherapists Develop. A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington: American Psychological Association.
- Rønnestad, M. H. (2008). Profesjonell utvikling. I Molander, A. & Terum, L. I. (Eds.), *Profesjonsstudier* (ss. 279 - 294). Oslo: Universitetsforlaget.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W. & Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. I Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy Relations That Work*. (ss. 235 - 254). New York: Oxford University Press.
- Smedslund, J. (2008). Har du sluttet å slå din kone? Ja/Nei. Kan psykologisk praksis være evidensbasert? Ja/Nei. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45, 4, 455 - 459.
- Stiles, W. B., Glick, M. J., Osatuke, K., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Rees, A. & Barkham, M. (2004). Patterns of Alliance Development and the Rupture-Repair Hypothesis: Are Productive Relationships U-Shaped or V-Shaped? *Journal of Counseling Psychology*, 51, 1, 81 - 92.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods and Findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.