

## Fortsatt løgn

Hanne Weie Oddli,

Peder Kjøs  
psykolog

Det er synd hvis kognitivpsykologene splitter faget og lar forsøkene på å fremheve sin egen påståtte overlegenhet føre med seg en nedvurdering av kollegers likeverdige praksis.

### DEBATT: EVIDENS OG PRAKSIS

I forrige utgave kritiserte Leif Edward Ottesen Kennair fagessayet «7 løgner om psykoterapi», og hevdet at det nettopp var holdningene Oddli og Kjøs står for, som bidrar til at psykologene ikke får innflytelse i helsevesenet. Her svarer Oddli og Kjøs på kritikken.

Vi er enige med Kennair (2009) i at psykologenes innflytelse i psykisk helsevern bør være basert på at det vi gjør, er virksomt. Og det er klart at praksisen vår må være kunnskapsbasert. Spørsmålet er om vi kommer nærmere dette målet ved å skjerpe inn kravene til opplæring i og bruk av påstått dokumenterte enkeltmetoder og teknikker, slik Kennair anbefaler. Slik vi forstår terapeutisk praksis og terapiforskningen, er det lite betryggende, og kanskje direkte negativt, å «kvalitetssikre» praksisen på denne måten. Problemene med å kvalitetssikre terapi etter samme modell som medikamenter ligger i selve terapiens natur. Alle klinikere vet at det vanlige i en virkelig praksis, altså ikke i en utprøving av en manual, er å improvisere, tilpasse, eksperimentere og bryte regler. Dette betyr ikke at terapeuten «finder opp kruttet hver gang», slik Kennair hevder. Terapi ligner lite på pyroteknikk, men mer på skreddersøm. Dresser kan godt masseproduseres etter en god mal, men selv den beste Dressmann-dressen må legges opp og tilpasses. Aller finest blir de dressene som er skreddersydde, særlig hvis kroppen dressen skal passe til, ikke er helt som alle andre kropper. Skreddersøm åpner ikke for en løsere, mindre kvalitetsbevisst tilnærming til håndverket enn fabrikk søm, slik Kennairs kruttmetafor skulle tilsi. Men slike metaforer blir mest en lek med ord og bilder. Når vi skal diskutere hvilken type kunnskap som bør være retningsgivende for praksis, kan vi med fordel bruke terapiforskning.

### Myten om komparativ effekt

Det er uklart hva Kennair mener når han hevder at argumentasjonen vår «er basert på studier av ikke-optimalt effektive metoder og på terapeuter som ikke benytter moderne, dokumenterte teknikker». For hva er optimalt effektive metoder, og hva er moderne, dokumenterte teknikker? Henviser han her til myten om at noen metoder er demonstrert mer effektive enn andre metoder anvendt på gitte, spesifikke lidelser, altså komparativ effekt (forskjell metodene imellom)? Og henviser han til spesifikke teknikker som skal gi signifikant bedre resultater enn en tilsvarende terapi uten disse spesifikke ingrediensene? Myten om komparativ effekt er så solid imøtegått av utallige gjennomganger og meta-analyser av psykoterapiforskningen i de siste årene at vi neppe trenger å gjenta det (se Rønnestads

artikkel om evidensbasert praksis i Tidsskriftets aprilutgave i fjor for en solid gjennomgang av dette temaet).

Uten å ta hele denne diskusjonen vil vi likevel påpeke noen nyanser rundt spørsmålet om hvorvidt forskningen er gjennomført på en måte som gjør resultatene overbevisende. Man har for eksempel diskutert om det å forbedre forskningsmetodene, slik som å benytte mer følsomme utfallsmål og manualiserte behandlingsformer, ville gjøre en i bedre stand til å oppdage faktiske forskjeller mellom behandlingsformene (Stiles et al., ifølge Wampold, 2001). I en større meta-analyse av alle studier mellom 1970 og 1995 publisert i seks tidsskrifter testet Wampold og kolleger blant annet om senere studier, med antatt forbedrete forskningsmetoder, resulterte i større forskjeller behandlingene imellom enn de eldre studiene (Wampold et al., 1997, ifølge Wampold, 2001). De fant ingen forskjell relatert til året studiene var publisert. De fant heller ingen større forskjell mellom *ulike* behandlingsformer enn mellom relativt *like* behandlingsformer. Flere tiårs bruk av raffinerte forskningsmetoder, manualiserte behandlingsformer og med terapeuter med utdanning på minst masternivå har altså ikke kunnet vise at den ene metoden danker ut den andre. Det generelle bildet er at forskjeller behandlingsmodellene imellom ikke forklarer mer enn mellom 0 og 1 % av variansen i utfall.

Nå kan mange innvende at de har lest om studier som klart dokumenterer én modells overlegenhet over en annen. Og det er ikke så underlig. Det vil alltid finnes unntaksvise enkeltstudier. Problemet med enkeltstudiene som viser komparativ effekt, er at det i løpet av årene har kommet til mange studier som rapporterer om helt forskjellige, ofte motsatte funn. Noen studier rapporterer i favør av kognitive atferdsterapier, mens andre viser bedre effekt av psykodynamisk terapi. Det er altså nærmest fritt fram for den som måtte ønske det, å hoste opp en studie i favør av den modellen man ønsker å presentere som mest virksom. Nettopp dette har fått en del forskere til å spørre seg om det kan være en annen skjult faktor som forklarer disse forskjellene. Og ganske riktig: flere meta-analyser har dokumentert at forskerens teoretiske tilhørighet (*allegiance*) har en betydelig effekt. Analysene viser at studier dokumenterer bedre utfall av modeller som forskeren selv har en preferanse for. Luborsky et al. (1999) fant at forskernes *allegiance* korrelerer 0.85 med komparativ effekt. Dette betyr at forskerens teoretiske tilhørighet forklarer 69 % av variansen i komparativ effekt. Når man kontrollerer for *allegiance*, faller den allerede minimale forskjellen mellom modellene til nærmest null (Lambert, 1999). Effekten av *allegiance* kan neppe forklares som forskningsjuks og dårlig kvalitet på de inkluderte studiene. Effekten må snarere forstås som resultat av andre velkjente mekanismer som for eksempel Rosenthal-effekten og ikke minst «file drawer-effekten», det at studier som ikke påviser det forventete eller ønskete resultatet, har en tendens til ikke å bli publisert. De blir liggende i skrivebordsskuffen (Luborsky, 1999).

Også når vi ser på effekten av spesifikke teknikker innad i modellene, tegner det seg et annet bilde enn det Kennair synes å forutsette. Effekten av spesifikke ingredienser, eller teknikker, har vist seg (overraskende) vanskelig å dokumentere (for en grundig redegjørelse, se Wampold 2001). Resultater som dette skulle kunne bidra til en liten nyansering av Kennairs tiltro til det han kaller moderne, dokumenterte teknikker.

## Konsekvenser for praksis

Hvis disse funnene skal tas på alvor, vil det selvfølgelig få konsekvenser for både opplæring i og kvalitetssikring av terapeutisk praksis. Kennair løfter fram manualveiledning som eksempel til etterfølgelse, og viser til OCD-skolen i Trondheimsmiljøet. Men kan han dokumentere at disse studentene faktisk oppnår bedre resultater enn studenter som får veiledning i «treatment as

usual»? Kennair mener vi bør sannsynliggjøre at det ikke er slik. Strengt tatt ligger vel bevisbyrden hos den som påstår å forvalte en overlegen metode, men likevel: Andre studier av nettopp effekt av manualopplæring peker ikke i den retningen Kennair antar. Flere studier har dokumentert manglende sammenheng mellom bruk av manualer og utfall av behandlingen. Selv når terapeutene har gjennomgått nøye opplæring i en og samme spesifikke manual, er det betydelig forskjell terapeutene imellom når det gjelder oppnådd resultat av behandlingen (Wampold, 2001). Dette tyder på at det ikke er opplæring og bruk av manualene som primært skiller effektive fra mindre effektive terapeuter. Det er lett bare å anta at manualbasert praksis og opplæring gir bedre resultater. Men fordelene ved en manualbasert praksis er et empirisk spørsmål, ikke en naturgitt sannhet.

Det er godt dokumentert at noen terapeuter oppnår bedre resultater enn andre, og at dette ikke kan forklares ut fra teoriene og metodene de bruker, eller at de er opplært i bruk av manualer (Lambert og Ogles, 2004). Muligens har terapeutens innflytelse på utfallet å gjøre med hvordan terapeuten bidrar til arbeidsalliansen. Alliansen mellom terapeut og klient har en solid dokumentert effekt på utfallet av terapi. Kennair gjør det hele altfor enkelt når han uten videre hevder at «Det finnes lite som er mer allianseskapende enn faktisk å hjelpe pasienten», og videre at «bare det å benytte effektive metoder kan være allianseskapende». Selvsagt har man innenfor behandlingsforskningen vært opptatt av å forklare den konsistente sammenheng mellom allianse og utfall, og man har studert om alliansen best kan forstås som en konsekvens av allerede inntruffet effekt av behandlingen. Som nevnt i essayet vårt (Oddli & Kjøs, 2009) har en rekke studier dokumentert alliansens prediktive verdi tidlig i behandlingen (Lambert & Ogles, 2004; Lambert & Barley, 2002). I en større meta-analyse fant Horvath og Symonds (1991) at korrelasjonen mellom allianse og utfall var nær identisk i de tidlige og sene fasene i terapi, noe som tyder på at alliansen i seg selv påvirker utfallet, og ikke primært øker som effekt av progresjon i løpet av terapiprosessen. Også i studier der man har kontrollert statistisk for effekten av tidlig symptombedring, er det et gjennomgående funn at den terapeutiske alliansen er korrelert med utfall ut over det som kan tilskrives den tidlige symptombedringen i seg selv (Barber, Luborsky et al., 1999; Gaston, Marmar, Gallagher & Thompson, 1991, begge ifølge Beutler et al., 2004). Så selv om det kan synes som en selvfølge at gode behandlingsresultater gir god allianse, viser forskningen at tidlig allianse, teknikk og bedring er vevet sammen på en mer kompleks måte enn ved at det ene «gir» det andre.

*Det er nærmest fritt fram for den som måtte ønske det å hoste opp en studie i favør av den modellen man ønsker å presentere som mest virksom*

Vi er skjønt enige med Kennair i at relasjon og teknikk går hånd i hånd - derav begrepet arbeidsallianse (working alliance). Faktisk må utøvelsen av metoden, eller anvendelsen av teknikkene, forstås som et vesentlig aspekt ved *selve relasjonen*, det som ofte kalles oppgave-aspektet ved arbeidsalliansen (Bordin, 1979). Dette betyr ikke at selve arbeidet med klienten primært er en metodeutøvelse, med relasjonen som en instrumentell tilrettelegger for dette arbeidet. Relasjonen er selve arbeidet. Den terapeutiske relasjonen, arbeidsalliansen, er samarbeidet om *hvordan* vi anvender metodene i det aktuelle tilfellet - hvilke intervensjoner vi velger mot hvilket mål. Innvevet i dette er selvsagt også det emosjonelle aspektet ved arbeidsalliansen, det vil si det emosjonelle klimaet preget av respekt, trygghet og tillit, for å nevne noen vesentlige trekk ved en god arbeidsallianse. Det er dette samarbeidet som empirisk har vist seg gjennomgående å forklare en betydelig andel av den totale utfallvariansen. Effekten av arbeidsalliansen går langt ut over det enkeltmodellene kan forklare. Det faktiske, lokale samarbeidet mellom hver enkelt terapeut og klient om bruken av terapeutiske

metoder vil naturligvis ikke kunne kvalitetssikres ved at vi utelukkende presiserer anvendelsen av enkeltmetoder. Enkeltmetodene vil snarere måtte stå i et underordnet forhold til selve arbeidsalliansen. Enkeltmetodene er noe vi plukker fra når vi syr sammen praksisen, de er ikke *selve* praksisen.

Vi må selvfølgelig fortsette både å forske på, og å øve oss opp i, enkeltmetoder. Dette bør gjøres nitid og på metodenes egne teoretiske premisser. Det er jo disse metodene vi skal plukke fra, og lage terapien ved hjelp av, i det faktiske møtet med hver enkelt klient. Det er imidlertid uforvarlig å hevde at vi dermed sikrer kvaliteten på den totale profesjonsutøvelsen vår. Vi må anerkjenne den kompleksiteten som ligger i en profesjonsutøvelse på et så høyt nivå som psykologbehandling er.

## Mer enn naturvitenskap

Kennair lener seg tungt mot prediksjoner på gruppenivå i møtet med enkeltpasienter. Vi må minne om at faktisk terapi utøves på individnivå, og at det er her vi må gjøre prediksjonene våre. Å predikere forløp i enkelttilfeller ut fra resultater på gruppenivå er ofte klokt når det dreier seg om enkle sammenhenger, slik tilfellet noen ganger er i medisinen. Men det er god grunn til å tvile på at det er så enkelt i psykologisk behandling. Hadde det vært slik at studiene som Kennair tar utgangspunkt i, viste en solid, differensiell effekt av enkeltmetoder og spesifikke ingredienser anvendt på spesifikke lidelser, ville det kanskje vært forsvarlig bare å ta sjansen på å følge statistikken på gruppenivå i møtet med hvert enkelt tilfelle. Men når forskjeller behandlingsformer imellom forklarer mellom 0 og 1 % av variansen i utfall, kan vel dette umulig anses som en forsvarlig strategi når vi skal planlegge og vurdere terapiens forløp i møtet med en klient.

Hvis vi kun konsentrerer oss om enkeltmetodene og om de påstått virksomme ingrediensene i disse, dekker vi kun en liten andel av den totale praksisen vår, og går i all hovedsak glipp av det som faktisk har vist seg å forklare effekt i psykoterapi. Å «kvalitetssikre» praksisen på denne måten er en uforvarlig strategi som ikke trykker pasientene, men kun tjener til å holde ryggen fri i eventuelle klagesaker, og selvfølgelig til å gjøre krav på en plass innenfor et system som kun anerkjenner en viss type evidens. Det er dette vi kaller å lyve seg til privilegier.

Å anerkjenne at faget vårt helt opplagt også hviler på andre filosofiske grunnpremisser enn det naturvitenskapelige paradigmet, betyr ikke at vi hengir oss til kvakksalveri og healing, slik Kennair er bekymret for. Vi har naturligvis ikke noe imot naturvitenskapelig empiri der denne bidrar til å forbedre praksis. Men som vi mener å ha vist, er resultatene fra denne forskningen i seg selv et argument for å ta i bruk andre kunnskapsformer i utformingen av praksis. Vi tror ikke at faget vårt er tjent med at vi tvholder på det naturvitenskapelige paradigmet som det eneste sanne, lukker øynene for åpenbare huller og nekter andre former for kunnskap innpass. Det er derimot et gode at synet på hva slags empiri som skal regnes som evidens, er utvidet blant annet i APA (2006) og NPF (2007), slik at kunnskap fra annen forskning enn den strengt naturvitenskapelige får sin rette plass i grunnlaget for utformingen av terapeutisk praksis.

## Farvel til våpnene

Dessverre er Kennairs imøtegåelse av påstandene våre om løgn i faget typisk for en utvikling vi mener å ha sett konturene av en god stund. I de siste årene har mange tilhengere av kognitiv psykologi villet posisjonere seg og sin modell som overlegen, best empirisk underbygget, mest egnet som standard behandlingsform, og så videre. Argumentasjonen for det kognitive paradigmet bygger vanligvis på påstander om en påvist overlegen terapeutisk effekt, henvisninger til systematikk i veiledning, og at metodene er førstevalg i andre lands psykiske helsevern. Enkelte talsmenn for den kognitive bølgen kommer også gjerne med løse påstander om at andre psykologer slurver, ikke gidder å lære seg de

beste metodene, eller til og med svikter klientene sine dersom de bruker andre modeller. Resultatet av denne barske retorikken er at mange psykologer unnskylder seg for det de gjør, vegrer seg for å fortelle ærlig om sin egen praksis og sier at de «burde lært seg mer om kognitive metoder». Som vi mener å ha vist, bygger denne kognitiv-bølgen på en maktretorikk som mest tar sikte på å rydde banen for motspillere. Denne retorikken bygger opp igjen skillelinjer i faget som det har tatt lang tid og mye forskning å bygge ned. Særlig ved Universitetet i Oslo var det tidligere et skarpt skille mellom en psykodynamisk inspirert fløy og en annen som interesserte seg mer for kognitive, systemiske og løsningsfokuserede metoder. Denne skillelinjen er blitt betraktelig myket opp. Disse tidligere motpolene har nå langt på vei funnet hverandre i en samstemt oppslutning om at mange ulike terapiformer kan være likeverdige og til og med inspirere hverandre. Skillelinjene i faget går nå mer mellom en kontekstuell, prosessuell og relasjonsorientert psykologi på den ene siden, og på den andre siden en fløy som forsøker å belegge at terapi er en systematisk, vitenskapelig anvendelse av empirisk belagte metoder. Så vidt vi kan se, står mange kognitiv-psykologer på denne siden. Vi synes det er synd at de absolutt vil stå der. Det er synd hvis enkelte psykologer splitter faget og lar forsøkene på å framheve sin egen påståtte overlegenhet føre med seg en nedvurdering av kollegers likeverdige, forsvarlige og effektive praksis.

Vi mener fortsatt at psykologenes kamp for faglig innflytelse bør handle om å vinne gehør for argumentasjon på vårt eget psykologiske språk, ut fra hvordan kunnskapen vår faktisk ser ut og anvendes, heller enn å pakke virksomheten vår inn i språk hentet fra medisin og helseøkonomi. Det er uheldig at noen kognitivt orienterte psykologer prøver å marginalisere andre former for kunnskapsbasert og virksom terapeutisk praksis. En slik eksklusiv og splittende fokusering på de påstått overlegent effektive metodene tjener verken psykologene eller brukerne våre.

E-post: [hanne.oddli@psykologi.uio.no](mailto:hanne.oddli@psykologi.uio.no)