

# Når forskning unnviker pasientens livsverden



Per Are Løkke  
psykolog i privatpraksis  
pe-arelo@online.no

Kognitiv adferdsterapi er psykologiens svar på medisinsens psykofarmaka.

## DIAGNOSER

Temanummer i september var om diagnostikk. Psykologtidsskriftet markerte utgivelsen med paneldebatt i Oslo. Debatten fortsetter i spaltene våre.

Psykolog og doktorgradsstipendiat Sverre Urnes Johnson beklager i sitt debattinnlegg i forrige utgave psykologers tendens til å unnvike spørsmålet om hva som virker best i terapi. Dette hindrer implementeringen av evidensbasert kunnskap, mener han. Han savner en klar forskerstemme med dobbeltkompetanse som kan gjøre evidensbasert forskning tilgjengelig for den gjengse kliniker. Han besitter selv den dobbeltstemmen som etterlyses, og uttaler seg som både forsker og kliniker.

## Tunnelsyn

Urnes Johnson snakker også med «den psykologiske tidsåndens stemme», som preges av symptombehandlingens tunnelsyn. På samme måten som legen fokuserer på syke organer og ikke på hele personen, vender nå psykologien sitt blikk bort fra personen, mot symptomene. De nasjonale retningslinjene anbefaler behandling som er knyttet til manualer som randomiserte kontrollerte studier har vist fører til symptombedring overfor spesifikke diagnoser. I nye europeiske retningslinjer for forskning og behandling av barn og unges lidelser slås det fast at 70 prosent av dagens lidelser kan kureres med kognitiv adferdsterapi. Det knyttes også store forhåpninger til at de kognitive metodene i fremtiden vil bli enda mer effektive overfor patogene mekanismer. Det er kognitiv adferdsterapi som i dag er diagnosesystemets psykologi. Kognitiv adferdsterapi er psykologiens svar på medisinsens psykofarmaka. Den kan dokumentere effektiv symptombehandling i alt fra traumer til alvorlig depresjon på mellom 10 til 16 timer. Den undrende tilnærming: «Hvem er du?», har blitt erstattet av effektive manualer slik Johnson viser oss: «Vi vet at vi har en kur som virker for dine symptomer.»

## Sosial fobi

Johnson bruker sosial fobi som eksempel. Her viser den evidensbaserte forskning som vanlig at kognitiv adferdsterapi er beste terapi. Videre skriver Johnson at «sosial fobi opprettholdes av selvfokus, bekymringer for sosiale situasjoner og en vedvarende grubling etter sosiale situasjoner, hvor de ofte ender med konklusjonen at andre tenker de er udugelige, noe som speiler pasientens indre bilde av seg selv». Når de opprettholdende årsakene er kartlagt, søker en så å endre disse årsakene gjennom øvelser og samtale. Den ønskede endring skjer deretter gjennom et fastlagt program styrt av en manual. Disse manualene består av en blanding av psykoedukasjon, øvelser, eksponeringsoppgaver, belønninger og foreldredeltagelse. Etter 12 til 16 timer med denne metoden oppnår ifølge Johnson «over 50 prosent av pasientene remisjon».

## Overgrep

Hvorfor implementerer ikke vi denne metoden i vår praksis overfor alle med diagnosen sosial fobi? Hvorfor unnviker vi denne type forskning? Som barne- og ungdomspsykolog er mitt svar enkelt: Jeg unnviker evidensbaserte manualer for symptombehandling fordi disse metodene unnviker å forholde seg til barnets og ungdommens komplekse livsverden. Hvis Sigmund Freud fremdeles har rett i at symptomet bærer med seg kodede beskjeder, er det vår rolle som terapeuter å hjelpe til med å dekode symptomer. Hvis barnas symptomer er et indirekte uttrykk for konflikter, smerter og sår som de ikke klarer å uttrykke direkte gjennom språk, kan den inflasjonen vi i dag ser av effektive symptommanualer, være et overgrep mot barns livsverden. Symptomene, med alle sine forgreninger av emosjoner, kognisjoner og fantasier, er ikke «uhensiktsmessige mønstre», men biter av kompliserte og smertefylte fortellinger og erfaringer i barnas liv. Dekodingen av symptomene er også kongeveien inn til barnets ubrukte ressurser og «sovende» begjær.

*Jeg unnviker evidensbaserte manualer for symptombehandling fordi disse metodene unnviker å forholde seg til barnets og ungdommens komplekse livsverden*

## Sunnhet

Johnson beklager at de individualiserte metodene ikke tar hensyn til forskning på gruppenivå. Jeg vil snu det rundt og beklage den utviklingen vi ser i dag, hvor de fleste livsuttrykk blir indeksregulert og gjort til gjenstand for overfladiske målinger. Feilslutningen ligger her ikke hos klinikerens unnvikelse av den «kognitive og normative indikatorlogikken». Det urovekkende ligger i et samfunn hvor alle må rettferdiggjøre sin eksistens gjennom en godkjent indikator.

Klinikere som fobisk styrer unna at deres praksis skal styres ut fra vilkårlig forskning, byråkrati og manualer, representerer sunnhet og ikke noen feilslutning.