

# Et forsvar for behandlerens preferanser

Behandlerens tro på metoden kan ha avgjørende effekt på utfallet av terapien. Da kan man ikke bare slavisk følge en manual, men må ha et personlig eierforhold til metoden.

TEKST

Kari Standal

PUBLISERT 5. mai 2014



TRO: – Faglige retningslinjer bidrar til at pasientene tilbys behandling med vitenskapelig dokumentert effekt, skrev Audun Havnen med kolleger i april, mens Liv Kleve mente pasienten heller ville ha behandling som legger evidens til grunn enn behandling basert på den enkelte behandlerens preferanser. – Men behandlerens tro kan ha sterk effekt, hevder Kari Standal.

Illustrasjon: Faksimilie fra aprilutgaven av Psykologtidsskriftet.

## DEBATT: NASJONALE RETNINGSLINJER

I februarutgaven kritiserte Per Are Løkke ideologien bak de nasjonale retningslinjene. I april tok både Audun Havnen og kolleger og Liv Kleve til motmæle mot Løkkes kritikk.

I aprilutgaven kan vi lese innlegg av både Liv Kleven og av Audun Kleven med kolleger, som begge vektlegger at terapeutens preferanser ikke må være avgjørende for hvilken behandling som tilbys. Terapeutens preferanser settes begge steder opp som motsetning til evidens og faglig begrunnede valg.

### **Mistenkeliggjøring**

I debatter om evidensbasert behandling ser vi ofte at behandlerens preferanser nærmest mistenkeliggjøres; at det er noe som helst ikke bør ha noen betydning, men som bør nulles ut. Men behandlerens tro på metoden – den såkalte «allegiance-effekten» – kan imidlertid være en sterk kraft. Bruce Wampold anslår i sin bok *The Great Psychotherapy Debate fra 2001* at effektstørrelsen av behandlerens tro på metoden kan være opptil 0,65. Det er en kraftig effekt når forskjellen mellom spesifikke teknikker ligger på 0–0,20. Debatten om betydningen av forskjeller mellom behandlingsmodeller har rast i mange år. Michael J. Lambert fastholdt i fjor at interessen for å lage lister for «empirisk støttede» terapier for spesifikke lidelser er kontroversiell og trolig legger for stor vekt på små forskjeller i utfall assosiert med noen behandlingsformer (se hans bidrag i *Bergins & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, som Lambert redigerte). Ikke bare er det upraktisk (med tanke på hvor mange ulike terapier en terapeut da bør lære seg godt), men også dyrt. I tillegg er forskningsevidensen ofte mangelfull. Terapeutfaktorer er derimot sentrale, og Lambert råder pasienter til å velge en terapeut «...as-a-person at least in parity with the selection of a kind of psychotherapy.»

**«I debatter om evidensbasert behandling ser vi ofte at behandlerens preferanser nærmest mistenkeliggjøres»**

### **Anbefalingen om «strukturert psykologisk behandling»**

De nasjonale retningslinjene for depressive lidelser anbefaler «strukturert psykologisk behandling», og viser til boken *Principles of Therapeutic Change* fra 2006 (redigert av Castonguay og Beutler). I bokens kapittel om teknikkfaktorer ved dysforiske lidelser (skrevet av Follette og Greenberg) ser vi at disse prinsippene primært er trukket ut på grunnlag av hvilke metoder det er forsket mest på. Det handler altså mer om kvantitet enn om at man i direkte sammenlikninger har funnet betydningfulle og stabile forskjeller mellom mer og mindre strukturerte metoder. De to anbefaler derfor at disse prinsippene ses som *hypoteser*. Strukturen og styringen i terapiforløpet kan dessuten ta mange former, som å holde et dynamisk fokus eller stimulere til selvstrukturering ved å plassere det primære ansvaret for endringsprosessen i klientens aktive utforskning av sin indre verden. Dette gir et litt annet bilde enn det som tegnes i de nasjonale retningslinjene, hvor man blant annet vektlegger at terapeuten lærer pasientene spesifikke metoder og informerer pasientene om hvordan deres depresjon kan forstås.

## **Tilstedeværelse**

Psykoterapi kan sees som å tilby en helende relasjon. For å kunne tilby en relasjon må man være til stede som person. Man kan ikke bare slavisk følge en manual, man må ha et eierforhold til metoden man bruker. Jeg vil hevde at ikke alle personlighetstyper vil få et like godt eierforhold til alle behandlingsformer. Bruken av en bestemt behandlingsmodell handler om å innta en bestemt væremåte i relasjon til pasienten. Hvis denne væremåten butter imot behandlerens personlighet, blir det ikke god behandling. Behandlerne er forskjellige, og det er bra! Pasienter er nemlig også forskjellige. Men hvis «evidensbasert» kun baseres på mengden forskning på den enkelte metode, ender vi med å gi forrang til de metodene det er mest populært å forske på, fremfor hva som faktisk utgjør en forskjell for pasientene. Dette vil ha en sementerende effekt på tilfanget av behandlingsmodeller, da det vil ta lang tid å opparbeide seg en konkurransedyktig forskningsbase. Dessuten vil også visse personlighetstyper bli favorisert, noe som vil snevre inn tilbudet til pasientene på et forskningsmessig kontroversielt grunnlag.

## **Korreksjoner til dagens trend**

Kleve etterlyser i april hvilken alternativ tilnærming til utvikling av helsetjenestene vi skal ha. La meg foreslå noen korreksjoner til dagens trend:

- Vektlegg funn av faktiske og meningsfulle forskjeller fremfor kvantitet i forskning.
- La behandlerne være forskjellige. Ikke prøv å nulle ut behandlerens personlighet.
- Vektlegg match mellom pasient og behandler over match mellom diagnose og metode.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 5, 2014, side*

### **TEKST**

**Kari Standal**, psykologspesialist, ph.d.-kandidat Ahus, DPS Nedre Romerike