

# Empiri, ikke personlig smak

Vi som individuelle klinikere trenger hjelp av klinisk forskning, faglig ledelse og gode behandlingsmanualer.

## TEKST

**Sverre Urnes Johnson**

**Erling W. Rognli**

**PUBLISERT 5. desember 2014**

---

## DIAGNOSER

Temanummer i september var om diagnoser. Psykologtidsskriftet markerte utgivelsen med paneldebatt. Debatten har fortsatt i spaltene våre.

## Uenigheten oppsummert

Løkke ser det som et sunnhetstegn om psykologer konsekvent driver sin praksis uten å skjele til hva han kaller vilkårlig forskning, byråkrati og manualer. Slik oppsummerer han presist uenigheten som ligger til grunn for denne debatten. Det handler om uenighet knyttet til to ting. For det første et spørsmål om hva som bør være målet for psykologisk behandling, og hvilke metoder vi skal bruke for å vurdere måloppnåelse. For det andre et spørsmål om hva slags klinisk autonomi psykologer bør ha innenfor et offentlig finansiert helsevesen.

## «Vi mener Løkkes kritikk bygger på en gal og stereotyp fremstilling av KAT»

Løkke fremhever at man i all psykologisk behandling må ta utgangspunkt i pasientens unike livsverden, og at dette svikter i «evidensbaserte manualer for symptombehandling». Her misforstår han behandlingsformer som kognitiv atferdsterapi (KAT). Pasientens opplevelse er det sentrale, der som i andre terapier. Uten en presis forståelse av pasientens opplevelser og kontekst blir det ikke mulig å konstruere en unik kasusformulering, noe som er sentralt i all KAT-behandling. Vi mener Løkkes kritikk bygger på en gal og stereotyp fremstilling av KAT. Psykoterapi hvor en teoretisk fundert forforståelse påføres pasientens opplevelse på en rigid måte, er inkompetent utført, både med og uten manual.

## Felles prosesser

Enhver pasient er unik, men det er også åpenbare felles prosesser. Denne antagelsen er en forutsetning for all erfaringsbasert psykoterapeutisk praksis. Spørsmålet er hva som opprettholder og driver pasientens problemer, og i så måte må symptomer «dekodes». Forskning kan hjelpe oss å besvare spørsmålet. Den resulterende forståelsen av problemets struktur kan deles, og danne grunnlag for enighet om behandlingsmål. Men det er problematisk å hevde at dekodningen skal lede frem til ting som barnets «sovende begjær». Den typen behandlingsmål er uspesifikke, og lar seg vanskelig beskrive på en måte ulike klinikere så vel som pasienter og foresatte kan forstå og være enige om. Vi tror ikke denne typen konstrukt fører til økt kunnskapsutvikling i faget, eller bidrar til brukermedvirkning.

## **Fellesskapets midler**

Vi forstår at psykologer kan se seg lei på at retningslinjer oftest viser til manualer basert på KAT. Dette er imidlertid en direkte konsekvens av en sterk forskningstradisjon. Heldigvis er landskapet i ferd med å endre seg, og det vokser frem godt beskrevne, dokumentert effektive behandlingsmetoder fra andre terapeutiske tradisjoner. Dette er en utvikling vi hilser velkommen, og vi vil hevde at vi psykologer i større grad burde tilstrebe å fri oss fra metode som en markør på identitet, og i stedet forholde oss til forskning.

Løkke skriver videre, med en viss sarkasme, at KAT kan dokumentere effektiv symptombehandling i alt fra traumer til depresjon på mellom 10 til 16 timer. Men er ikke det egentlig en god ting? Empiri og studier av effekt kan generere håp hos pasienter, fordi de får vite at andre har fått hjelp før dem.

Psykoterapeutiske prosesser kan ha mange slags mål. Innenfor et offentlig finansiert helsevesen synes det for oss rimelig å holde frem at målsettingen for behandling må være reduksjon i symptomer og/eller bedre fungering. I hvilken grad behandling fører frem til dette, må være målestokken for om den er god eller ikke, og om en bør bruke begrensede felles ressurser på å tilby den.

Som klinikere møter vi en rekke pasienter som ikke har forsøkt manualbasert behandling. Når vi spør dem om hva slags behandling de har hatt tidligere, så svarer de ofte «vet ikke» og «vi satt bare der og snakket og terapeuten sa mmm». Vi tror ikke klinikerne har hatt onde hensikter, eller at vedkommende ikke har ønsket å hjelpe pasienten. Problemet er at pasienten ikke har forstått tankegangen bak terapien, eller meningen med den. Uten eksplisitt enighet om mål og oppgaver i terapien har man ingen arbeidsallianse, selv med et sterkt emosjonelt bånd. Den skjulte livsverden, som Løkke kaller det, forblir skjult. Det hjelper ikke å ha kompliserte teorier om menneskesinnet hvis det ikke kan spille seg ut i terapirommet på en måte som gjør at pasienten kan delta aktivt i sin egen bedringsprosess.

Når vi forvalter fellesskapets midler, har vi en etisk forpliktelse til å bruke dem på en så effektiv måte vi klarer, slik at flest mulig får mest mulig hjelp. Da trenger vi som individuelle klinikere hjelp av solid klinisk forskning, tydelig faglig ledelse og gode, fleksible behandlingsmanualer.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 12, 2014, side 1048-1049*

**TEKST**

**Sverre Urnes Johnson**, Seniorforsker og Psykologspesialist, Modum Bad

**Erling W. Rognli**, Psykolog/stipendiat