

Hva gjør en psykoterapiform legitim?

PSY
KOL
OGI

Spørsmålet om en terapiforms legitimitet må søkes besvart i en vi kontekst enn tradisjonelle effektstudier. Terapien må blant annet kunne sette pasientens psykiske smerte i sammenheng med senere temaer i pasientens livshistorie.

TEKST

Asle Hoffart

Per-Einar Binder

Helge Holgersen

Geir Høstmark Nielsen

PUBLISERT 1. februar 2005

I Tidsskriftets februarnummer har Asle Hoffart (Hoffart, 2005) et engasjert innlegg mot de synspunkter vi tidligere har fremført om intersubjektivitetens overordnede rolle i psykoterapi, og om farene ved å definere psykoterapi ensidig gjennom prosedyrer og teknikker (Binder, Holgersen & Nielsen, 2004a, 2004b). Det undrer oss at Hoffart på dette sene tidspunkt i debatten tar så kraftig til motmæle etter at vi for lengst har presisert at også vi anser det tekniske momentet som en legitim og nødvendig del av psykoterapeutisk praksis. Vi har likeledes presisert at vi anerkjenner Hoffarts foretrukne terapiform, kognitiv terapi, som et verdifullt bidrag til psykoterapifeltet. Ett trekk ved den kognitive terapitradisjonen anser vi likevel som uheldig, nemlig den i visse kretser fremherskende forestillingen om den kognitive terapiens overlegne legitimitet i forhold til alle andre terapiformer. Vi har snarere tro på at kognitive, psykodynamiske, humanistiske og systemiske terapiformer har hver sin legitime plass, at de på ulike vis øker vår sensitivitet for visse aspekter ved menneskelivet, og at det finnes gode argumenter for at de har effekt. En slik pluralisme gir også rom for en viss grad av terapiintegrasjon, dvs. at man med forankring i ett rimelig konsekvent teorispråk, og etter kritisk overlegning, kan dra nytte av tekniske elementer fra terapiformer med annet teoretisk opphav.

Ulike legitimitetskriterier

Hoffarts lesning og gjengivelse av våre tidligere debattinnlegg forbauser oss. For eksempel tillegger han oss den oppfatning at vi anser klinisk meningsfullhet som et tilstrekkelig kriterium for å vurdere en terapimodells berettigelse og gyldighet. I tillegg formidler han et inntrykk av at vi anser kravet om at terapimodeller skal legitimere seg gjennom empirisk prøving som «uviktig». Påstanden om at klinisk meningsfullhet for oss skulle være et tilstrekkelig kriterium, blir desto mer underlig når utgangspunktet for

hele debatten er en artikkel vi kalte «Relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens» (Binder, Holgersen & Nielsen, 2001). Ett av våre hovedanliggender med artikkelen var å vise verdien av samvirket og dialektikken mellom teoriutvikling, praksis og empirisk forskning innenfor psykodynamisk og psykoanalytisk terapi. For eksempel sier vi at «...forskning kan bidra som del av en teoretisk og etisk informert debatt om legitimitet» (s. 528). Vi hevder endatil at vårt fokus på relasjonsvariabler også må ta høyde for at «atferdsterapi – og varianter av kognitiv terapi – synes å lykkes bedre overfor pasientgrupper med avgrensede og spesifikke symptomer» (s. 532). Følgelig blir påstanden om at vi ser kravet om legitimering gjennom empirisk prøving som uviktig ikke bare upresis, men direkte feilaktig. Så selv om Hoffart og vi fortsatt er uenige på sentrale punkter, er kløften heldigvis ikke så stor som han fremstiller den. Noe annet er at spørsmålet om legitimitet etter vår oppfatning må søkes besvart i en videre kontekst enn tradisjonelle effektstudier. Vi er likeledes kritiske til oppfatningen om randomiserte kliniske forsøk som terapimerkevarenes eneste og endelige kamparena. En gitt terapiforms legitimitet må kritisk drøftes i forhold til følgende kriterier:

- 1) *Narrativ koherens og meningsfylde:* Kan den tilgrunnliggende terapiteorien sette pasientens psykiske smerte inn i en større meningssammenheng som omfatter sentrale temaer i pasientens livshistorie?
- 2) *Dialogisk validering i samtale med pasienten:* Vekker den narrative struktur og forståelse vi formidler av pasientens vansker gjenklang ut fra pasientens erfaringshorisont? Opplever pasienten at denne måten å oppfatte vanskene på er meningsfull og at den fasiliterer evnen til å oppleve og gi uttrykk for følelser, behov, ønsker, tanker og fantasier – både i forhold til en selv og andre? Letter teorien terapeutens empatiske tilgang til rikdommen og mangfoldet i pasientens opplevelsesverden?
- 3) *Bidrar teorien til forståelse av forandrings- og utviklingsprosesser som også er forenlig med funn fra empirisk utviklingspsykologi?* Er den for eksempel forenlig med nevrobiologiske funn vedrørende utvikling? Vi tenker at den kliniske valideringskontekst som blir beskrevet i punktene 1 og 2 må stå i en gjensidig kritisk dialog med grunnforskning, slik det blir gjort i arbeidene til blant andre Fonagy og Target (2003), Lichtenberg, Lachman og Fosshage (1992), Beebe og Lachmann (2002), Stern (2004), og Schore (2003).
- 4) *Kan teorien begrepssette og gi anbefalinger i forhold til former for samhandling som forskning på psykoterapiprosess bekrefter står i sammenheng med et godt behandlingsresultat?* Vi tenker at den kliniske valideringskontekst må stå i en gjensidig kritisk dialog med slik forskning. Det var blant annet denne form for validering av relasjonsorientert psykodynamisk praksis vi la til grunn for artikkelen som utløste den aktuelle debatten (Binder et al., 2001).
- 5) *Kan teorien begrepssette og gi anbefalinger om prosedyrer og teknikker som gjennom forskning er dokumentert å på kortest mulig tid, og på en for pasienten meningsfull måte, gi lettelse i hans eller hennes presenterte plager og symptomer?* I tråd med Wampold (2001), tror heller ikke vi at det på psykoterapifeltet er spesielt

meningsfullt å ta utgangspunkt i en «medisinsk» modell eller i en endimensjonal medikamentmetafor, for så å ende opp med en enkelt intervensjon som «best» kurerer lidelsen. Til det vil det innenfor psykoterapifeltet være alt for mange mulige måter å forstå psykisk smerte på – og som hver i sær vil være valide i forhold til punktene 1 til 4. Men noen intervensjoner og prosedyrer vil helt klart kunne utmerke seg som mer endringsfasiliterende enn andre i forhold til bestemte tilstandsbilder, og dette er naturligvis viktig å ta til følge i ens praksis.

«Mens kognitiv terapi har et konkret språk for å beskrive årsaker til avgrensede symptomer, og prosedyrer for å avhjelpe disse, har de nåtidige psykodynamiske retningene et konkret språk for relasjonelle og følelsesmessige fenomener»

Både konkret og abstrakt

Forskjellen mellom kognitiv terapi og relasjonsorienterte psykodynamiske terapiformer er etter vårt syn ikke først og fremst at kognitiv terapi har en teori som er «konkret» mens den psykodynamiske er «abstrakt», slik Hoffart hevder. Begge terapiformer rommer både mer overordnede (abstrakte) antagelser om psyken og om menneskelivet, og konkrete antagelser om det enkelte tilfelle. Mens kognitiv terapi har et konkret språk for å beskrive og studere årsaker til avgrensede symptomer, og prosedyrer for å avhjelpe disse, har de nåtidige psykodynamiske retningene et konkret språk for relasjonelle og følelsesmessige fenomener, som overføring, motoverføring, empatiske bånd (og brudd/reparasjon av slike bånd), affektinntoning, endrende møter («moments of meeting»), behandlingsallianse, motstand, «enactments» og avverger mot psykisk smerte. I Jeffrey Youngs (Young, Weishaar & Klosko, 2003) skjemafokuserte terapi vil også denne type av fenomener bli tematisert, og de livstemaer vi i vårt forrige innlegg beskrev som mulig psykodynamisk kontekst rundt et panikkangstsymptom, kunne også blitt beskrevet som «tidlige maladaptive skjemaer». Med Youngs begreper kunne vi for eksempel drøftet kasus i lys av hva han kaller et «emosjonelt deprivasjonsskjema» preget av «deprivasjon av beskyttelse», og en «sårbart barn skjema-modus» som blir aktivert i forhold til terapeuten. Psykodynamisk terapi er imidlertid forskjellig fra *tradisjonell* kognitiv atferdsterapi ved å ha en målsetting som mer er beskrevet i relasjons- eller personlighetstermer enn i endring av spesifikke dysfunksjonelle tankemønstre og avgrensede symptomer. Målene vil snarere kunne handle om økt affektbevissthet, evne til å gjenkjenne og uttrykke følelser og behov, å kunne oppleve mer sammenheng og vitalitet med hensyn til hvem en er, å bryte selvbegrensende onde sirkler, å kunne erfare dypere kontakt med andre, eller økt selvinnsikt. Slike målsettinger har vært vanskeligere å meningsfullt operasjonalisere i

tråd med kriterium 5, men vi anser det ikke som umulig. Nyere effektstudier, slik som Bateman og Fonagy (2004) og Svartberg, Stiles og Seltzer (2004), og metaanalyser, slik som Leichsenring, Rabung og Leibing (2004), gir verdifulle bidrag også på dette feltet.

Om enkle og komplekse modeller

Fra et ståsted innenfor tradisjonell kognitiv atferdsterapi vil det, som Hoffart selv hevder, måtte være slik at modeller må være så enkle som mulig, slik at behandlingen skal bli mest mulig kortvarig. For mange, men langt fra alle, pasienter med avgrensede symptomidelser vil dette kunne virke tiltalende. Det samme gjelder sannsynligvis for mange terapeuter. Der målet er å raskt eliminere et enkelt og avgrenset symptom, kan det å forholde seg til en forklaringsmodell med få og relativt entydige variabler være hensiktsmessig. Når det for eksempel gjelder et akutt og smertefullt symptom som panikkangst, vil ofte en mer symptomfokusert fase innledningsvis i behandlingen falle naturlig også for mange av våre dagers psykodynamiske terapeuter. Dette illustreres ved at toneangivende manualer og lærebøker i psykoanalytisk terapi anbefaler å trekke inn symptomfokuserede teknikker i behandlingen i slike tilfeller (se for eksempel Milrod, Busch, Cooper & Shapiro, 1996; McWilliams, 2004). Vi fremhevet for øvrig i vårt forrige innlegg at vi fant Hoffarts tekniske anbefalinger for arbeid med panikkangst både «hensiktsmessige og betimelige» (Binder et al., 2004b, s. 483).

Moderne psykodynamiske terapiformer retter seg i hovedsak mot personlighetsmessige og relasjonelle problemer, og i mindre grad mot symptomidelser, som panikkangst. Vi valgte likevel å gå videre på Hoffarts eksempel med nettopp panikkangst fordi han benyttet eksemplet som utgangspunkt for å angripe en på alle måter anakronistisk og i dag lite representativ psykoanalytisk forståelsesmåte (med andre ord en klassisk stråmannsargumentasjon). Samtidig valgte vi å bli stående på Hoffarts og den kognitive terapiens banehalvdel, dvs. med fokus på spesifikke symptomidelser og behandlingen av disse. Hensikten var å vise at det, ut fra en relasjonell psykodynamisk basis, i slike tilfeller ikke er noe i veien for å integrere tekniske håndgrep med kognitivt/atferdsterapeutisk tilsnitt, slik for eksempel Wachtel (1997) og Frank (1999) anbefaler. Men bruk av slike hjelpeteknikker vil i vår måte å arbeide på hele tiden fordre en merforståelse som setter pasientens symptomer inn i en psykodynamisk sammenheng hvor fenomenene overføring og motoverføring står i sentrum, slik vi skisserte i vårt forrige innlegg. Derigjennom vil pasienter i den form for terapi som vi argumenterer for, kunne oppleve nødvendig – og dialogisk validert – narrativ koherens og meningsfylde i tråd med kriteriene 1 og 2 ovenfor.

Hoffart hevder at ingen psykodynamisk terapimodell kan forklare at når pasienter med panikkangst oppgir sin trygghetsatferd i en angstskapende situasjon, så reduseres angsten og troen på katastrofetankene. Det er vi uenig i. Psykodynamisk sett vil slike og andre former for unngåelsesatferd bli beskrevet som «avverger» og «forsvar», og i likhet med hva Hoffart beskriver, bidrar avvergene til å opprettholde nevrosen, heller enn til å løse den. Videre blir Hoffarts påstand om at vi kun forholder oss til kontekstuelle forhold, og ikke til den indre dynamikken, nokså meningsløs når vi i det samme sitatet

som han benytter for å underbygge sin påstand nettopp fremhever «den enkeltes ... karakteristiske måte å fortolke og forhold seg til sine ønsker, følelser og behov på» (Binder et al., 2004b). Om Hoffart hadde vist større vilje til dialog, kunne dette sees som høyst kompatibelt med å fokusere på den «...indre dynamikken *mellom* aspekter ved selve panikkopplevelsen slik som kroppsfornevelser, tanker, følelser og atferd» (Hoffart, 2005, s. 137). Den fokusering Hoffart synes å utvise i forhold til å «vinne» og ha den «beste» modellen, inviterer etter vårt syn i liten grad til en dialogisk utveksling om hvordan ulike teoretiske perspektiver kan utfylle hverandre.

Faren for instrumentalisme

Hoffart kommer også med andre påstander om vårt innlegg som vi finner upresise eller feilaktige. Vi tror imidlertid at en detaljert imøtegåelse har liten allmenn interesse og velger derfor å kommentere påstandene kort.

1) Hoffart hevder at vi ikke gir eksempler på hvordan deler av kognitiv terapi i hovedsak legitimerer seg gjennom prosedyrer og teknikker. Dette er positivt feil. Vi har benyttet Judith Beck sin modell som eksempel. Når man i en lærebok i terapi beskriver teknikken og i bare minimal grad problematiserer og begrepssetter den relasjonelle konteksten, slik tilfellet er hos Beck (1995), er etter vårt syn *faren* for instrumentalisme til stede. Vi mener likeledes at markedsføringen av terapi som en samling spesifikke prosedyrer rettet mot spesifikke lidelser – dvs. en relativt skjematisk matrisemodell – forsterker nettopp en slik fare. Dette gjelder blant annet bøker av typen «Therapies that work» og APAs stadig voksende liste over empirisk validerte terapiformer. Det er dette vi har i tankene når vi problematiserer det «å legitimere seg gjennom sine prosedyrer eller teknikker, heller enn som en måte å forstå og samhandle på» (Binder et al., 2004b, s. 483–484), en påstand som Hoffart i sitt innlegg hevder at han ikke forstår. Om Hoffart fortsatt mener at en slik «salgsstrategi» ikke benyttes innen deler av kognitiv terapi, mener vi at det nå er *han* som har bevisbyrden på sin side.

2) Det medfører ikke riktighet at vi i våre tidligere innlegg har unnlatt å drøfte Hoffarts påstand om at bruk av teknikker i psykoterapi i seg selv innebærer en merforståelse/ekspertforståelse. Vi både drøfter utsagnet og kommer med en motpåstand, nemlig at Hoffart her forveksler *er/kan* og *bør*. Hoffart påstår at terapi ikke *kan* bli for teknisk. Vår påstand er at terapi ikke *bør* bli for teknisk. I sitt innlegg fremhever han at gode kognitive terapeuter også er opptatt av samhandling. Som eksempel refererer han til Jeffrey Young. Dette blir i denne debatten som å sprengte inn åpne dører. Vi vil derfor for tredje gang gjenta et vi ikke er ute etter å angripe kognitiv terapi som sådan, og nettopp Jeffrey Young har vi jo også for egen del trukket frem som en relasjonelt sensitiv kognitiv terapeut! Vi påpeker imidlertid at det er uheldig å på Hoffarts vis definere seg vekk fra muligheten for at terapi *kan* bli en for teknisk orientert form for virksomhet, og vi er i det hele tatt stadig overrasket over at Hoffart ikke synes å ha vilje til å stille seg kritisk til selv avgrensede aspekter ved den tradisjon han identifiserer seg med.

Et ensidig fokus på tekniske prosedyrer er nettopp hva «managed care»-systemet i USA og ikke-faglige tredjeparters kontrollsystemer her hjemme – under utviklingen av New Public Management (NPM) og bedriftsøkonomiske styringsformer – synes å medføre. Om vi vender Hoffarts argumentasjon motsatt vei, kan vi trekke frem flere helt sentrale poenger i våre innlegg som han selv unnlater å forholde seg til:

a At han, som allerede nevnt, forveksler «er/kan» med «bør».

b At trekk ved samfunnsutviklingen – slik som målstyring, NPM, «managed care» og andre legitimeringsstrategier som ensidig vektlegger prosedyresiden (teknoterapier) – innebærer farer for psykoterapien og dens rammebetingelser. Slike trekk ved utviklingen kan vanskeliggjøre den frihetlige intersubjektive utforskning av psykoterapiens meningsfullhet og relevans, noe også Hoffart anser som helt sentral.

c At han ikke forholder seg til relevansen av vårt syn (belagt med empiri) på at forskjeller mellom ulike terapiformer tenderer til å viskes ut i alminnelig klinisk praksis med en vanlig klinisk populasjon (Wampold, 2001), og at det er uheldig å overfokusere teknikkfaktorene når de relativt sett kun forklarer en liten del av variansen i terapeutisk resultat (Norcross, 2002).

d At kognitiv terapi i dag har vokst seg til en mangfoldig tradisjon, hvor noen deler av tradisjonen er mer orientert mot affekt og relasjon (for eksempel Safran 1998; Young et al., 2003), mens andre deler er mer orientert i retning av teknikk (for eksempel J. Beck, 1995).

Sluttord

At Hoffart ikke kjenner seg hjemme i den forståelsen av menneskelivet som psykodynamiske og psykoanalytiske teorier beskriver, har vi ingen problemer med å respektere. Og han er naturligvis også i sin fulle rett til å være mer interessert i å bidra til utviklingen av spesifikke prosedyrer og teknikker for behandling av avgrensede symptombilder. Men for mange av oss andre, både terapeuter og pasienter, er en videre, kontekstuell referanseramme enn Hoffarts det som best beskriver psykiske vansker som rommer mer enn frittstående enkeltsymptomer. Vi registrerer samtidig at det også innenfor kognitiv terapi finnes personer og grupperinger som er nysgjerrige, søkende og integrative i forhold til psykodynamisk tenkning, og som utvider den kognitive modellen til også å omfatte mer komplekse emosjonelle og relasjonelle fenomener (Young og Safran). Dette finner vi meget positivt, og vi tror at arbeidet med terapiintegrasjon best skjer der det er en gjensidig respekt for forskjeller og ikke en snever oppfatning av at kun en terapiform kan være «best».

Per-Einar Binder

Institutt for klinisk psykologi

Universitetet i Bergen

Tlf 55 58 90 90

E-post per.binder@psykp.uib.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 2, 2005, side

TEKST

Asle Hoffart, Seniorforsker og Professor II, Modum Bad og Universitetet i Oslo

KONTAKT: asle.hoffart@modum-bad.no

Per-Einar Binder, professor og visedekan for utdanning, spesialist i klinisk psykologi, Psykologisk fakultet, UiB.

Helge Holgersen, Kontakt: helge.holgersen@uni.no

KONTAKT: karina.utvag@gmail.com

Geir Høstmark Nielsen, Institutt for klinisk psykologi, UiB