

## 7 grunnleggende, profesjonshemmende misforståelser

«Hvorfor er det ikke psykologene som setter premissene i psykisk helsevern?» spør Oddli og Kjøs i sitt fagessay i dette nummeret av Tidsskriftet. Dessverre er det nettopp det de står for i innlegget sitt som hindrer psykologene i å bli mer innflytelsesrike.

### TEKST

**Leif Edward Ottesen Kennair,**

**PUBLISERT 7. februar 2009**

### DEBATT: EVIDENS OG BEHANDLING

Dette innlegget er en reaksjon på Hanne Weie Oddli og Peder Kjøs sitt Fagessay «7 løgner om psykoterapi» på side 168 i denne utgaven av Tidsskriftet.

La det være helt klart: I utgangspunktet ønsker jeg selvsagt at psykologer satte flere premisser i psykisk helsevern. Men min løsning er diametralt forskjellig fra Oddli og Kjøs sitt forslag. Det er nettopp den holdningen Oddli og Kjøs gir uttrykk for, som er en av grunnene til at vi ikke har mer innflytelse. Hvis psykologer hadde holdt seg til metodene som faktisk virker, i stedet for å finne opp kruttet på nytt i hver eneste time, ville vi nettopp hatt mer innflytelse.

### Pasientens lidelse som virkelighet

Det er på tide av vi begynner å forholde oss til pasientenes lidelse som virkelighet. Før vi gjør det, vil vi ikke ha vist oss modne nok for det ansvaret som ligger i det å behandle de svakeste pasientgruppene. Faktisk er det kun i psykisk helsevern at helsen ikke vernes av krav til metodekompetanse. Det er det eneste stedet eksperimentelle metoder ikke krever søknad til regionale etiske komiteer og der metoder uten vitenskapelig dokumentasjon er akseptert av helsemyndigheter og profesjonsforeninger.

Både helsemyndighetene, universitetene og profesjonsforeningene har sviktet. De har sviktet både profesjonen og ikke minst pasientene, som diskrimineres gjennom det manglende vernet mot utdatert behandling eller empirisk dokumentert suboptimal behandling. Helsemyndighetene stiller ulike krav til behandlingen som gis til somatisk syke kontra psykisk lidende. Universitetene har generelt ikke lært opp sine ansatte eller studenter i de dokumenterte metodene. Ideologi har fått gå foran pragmatisme.

Dermed er mye av klinikken ved våre utdannelsesteder primært basert på psykologiens historie, ikke moderne terapiforskning. Profesjonsforeningene fungerer som profesjonsbeskyttende lønnskjemper fremfor kvalitetssikrende laug. For det er jo ikke flere psykologer i seg selv som er det viktige; det viktige må være at vi har psykologer som bruker virksomme psykologiske metoder. Det er vel dette som bør være grunnlaget for at vi får innflytelse? I stedet mener Oddli og Kjøs at forklaringen på psykologers manglende innflytelse er at vi ikke eier vårt eget språk. Det er ikke språket som er makta; det er ikke postmodernistene som gir svaret. Problemet er at vi som psykologer ikke tar inn over oss det vi faktisk kan. For ingen lege kan behandle angst- eller tvangslidelser bedre med medikamenter enn det de psykologiske metodene er i stand til - gitt at de ble brukt av en kyndig psykolog. Men vi våger ikke engang å gå ut og si at dette er noe vi kan bedre enn dem; fordi bordet fanger. Da må vi faktisk ta ansvar, bruke bestemte metoder, trene oss, motta spesialistutdanning med faktiske krav om innhold... Men så langt har vi i stedet unngått de fleste krav; og har heller ikke lagt noen på oss selv.



## **En destruktiv polemikk**

Oddli og Kjøs mener å ha identifisert syv løgner. Jeg tar i utgangspunktet avstand fra det å kalle det løgn - rett og slett fordi det jo ikke er sant at det er løgn. Det de har identifisert, er snarere de viktigste forholdene vi må stramme inn dersom vi ønsker å bli mer effektive psykoterapeuter. Det er dessuten en svært så destruktiv polemikk. Jeg har ikke plass til mer enn svært kort å imøtegå noen av deres grunnleggende, profesjonshemmende misforståelser:

**1. Det er mulig å predikere terapiens forløp og utfall.** Det er mulig. Men det krever god diagnostikk og kyndig bruk av vitenskapelig dokumenterte metode. Man kan så med utgangspunkt i tidligere forskning anta hvordan det vil gå på gruppenivå. For individuelle pasienter vil derfor den behandlingen som har vist seg mest effektiv for den tilstanden de lider av, være den mest sannsynlige virksomme behandlingen. *Ikke alle* vil bli bedre - men det gjelder all behandling. Uansett er det helt klart: Dersom gruppen av pasienter med en spesifikk diagnose får en vitenskapelig dokumentert behandling, kan man i stor grad predikere hvor stor andel av gruppen som blir klinisk bedre.

Det er en stor forskjell på å kunne forutsi hva som vil skje på gruppenivå gitt en bestemt tilstand og en spesifisert terapiform, fremfor å kunne spå om hva som vil skje med alle individene. Det første er det beste vi har; og her er det ingen forskjell mellom psykoterapi og medisiner. Det å finne opp hjulet eller kruttet i hver time er neppe en sannsynlig effektiv tilnærming - man skal være rimelig grandios for å anta at man kan toppe ekspertenes livsverk flere ganger daglig!

«Løgner om at terapi er en slik formelt beskrivbar prosess, er en vellykket løgn. Den er så salgbar, så lett omsettelig.» Hevder Oddli og Kjøs. Hvor sant er dette? Gitt den

generelle motstanden blant kollegaer om å drive evidensbasert - og det er jo dette koret Oddli og Kjøs taler til - kan man ikke etter nesten 60 år konkludere med at evidensbasert behandling er salgbar!

**2. Terapi er et systematisk arbeid mot et klart definert mål.** Det eneste som gjør dette til løgn (uff!), er at de fleste ikke arbeider systematisk og ikke definerer målene klart. Det er ikke fordi terapi i praksis ikke *kan* være slik. Behandling som virker, er nemlig systematisk og målrettet. Det vi ber veiledningskandidater om å gjøre, er å bli mer systematiske og målrettede.

Jeg vil insistere på at terapi nettopp er et måldefinert og systematisk arbeid. Derfor går vi på universitet og tar videreutdanning for å lære. Derfor forsker vi på prosesser og teknikker.

**3. Kartlegging av diagnose og lidelse er en forutsetning for å kunne anvende rett behandling.** Problemet er at for mange kollegaer ikke kan nok behandlingsformer, ikke er nøye nok med å differensiere ut fra diagnose, og bruker treatment as usual på for mange tilstander. Dersom du skal behandle en angstlidelse, så anbefaler jeg at du finner ut hvilken type du har fått i oppgave å behandle. I dag er det selv innenfor kognitiv atferdsterapi slik at man velger spesifikke metoder for de forskjellige angstlidelsene - generisk kognitiv terapi er ikke den beste behandling for alle tilstander. Har pasienten en enkel fobi, så skal man ikke bli veldig overrasket dersom eksponering virker bedre og raskere enn absolutt alle andre tilnærminger. Men behandler du en sosialfobi som om det var en agorafobi, kan du ikke forvente like godt resultat.

**4. Den terapeutiske alliansen må komme først, så kan det virkelige arbeidet begynne.** Det finnes lite som er mer allianseskapende enn faktisk å hjelpe pasienten. Med de fleste tilfeller av angst kan man på rimelig kort tid (en sesjon for enkle fobier) hjelpe pasientene å mestre sin angst og møte det de før har fryktet. Bare det å benytte effektive metoder kan være allianseskapende. Men det er selvsagt også nødvendig med en god arbeidsallianse eller relasjon for å få til behandlingen. Det har lenge vært kjent at de mest effektive metodene generelt har de beste relasjonsvurderingene.

Faktisk er jeg, på dette punktet, enig i det meste av det Oddli og Kjøs skrev. Det jeg antar at de mener, er at løgnen er trykket på «det virkelige arbeidet». Husk at både relasjon og teknikk går hånd i hånd. Og at det virkelige arbeidet faktisk er å gjøre pasienten friskere. Det å anta at relasjonen er instrumentell i forhold til dette, på linje med teknikker, er helt rimelig. Hevder man at dette er løgn, har man glemt hva jobben egentlig går ut på.

**5. Terapi kan kvalitetssikres gjennom bruk av standardiserte manualer.** I forskningsprosjekter ser vi hvordan bedre innsikt i manualene og veiledning øker effektiviteten til terapeutene. Men dette er et empirisk spørsmål. Det Oddli og Kjøs bør gjøre nå for å vise at jeg tar feil, er at de gjennomfører et visst antall behandlinger, og viser at man ikke får signifikant dårligere resultater enn de som er trent og veiledet i manualene for de relevante tilstandene. Dette gjelder også studenter i veiledning, slik som våre studenter ved OCD-skolen i Trondheimsmiljøet, som fikk veiledning i ERP-

manualen til Foa og Kozak. Kan studenter som får veiledning (eventuelt ikke får veiledning) i «treatment as usual», få resultater som kan måle seg med de manualveilede studentene? Før noen får kalle meg løgner (sic!), må de i det minste kunne forholde seg til den empiriske virkeligheten. Å unnvike virkeligheten og tilsløre den er neppe det mest sannferdige.

## **6. Erfarne klinikere slurver med den formelle kunnskapen, men kan strammes opp ved skjerpede krav til kartlegging, diagnostisering og tekniske ferdigheter.**

Det problematiske med argumentasjonen til Oddli og Kjøs er at den er basert på studier av ikke-optimale effektive metoder og på terapeuter som ikke benytter moderne, dokumenterte teknikker. For at noe av argumentasjonen skulle være relevant, måtte man vurdere den optimale terapien - ikke den generelle, treatment as usual-tilnærmingen. At så få terapeuter har fått med seg den vitenskapelige utviklingen av faget, er et enormt problem.

Feildiagnostisering, feilbehandling og manglende erfaring med teknikker som psykologer har lært om siden grunnfag, er et annet stort problem. Jeg håper virkelig ikke at det at man har jobbet med lenge, skal ses på som en erstatning for veiledning i all den kunnskapen som er generert siden man gikk ut av studiet. Derfor er vedlikehold av spesialiteten viktig, men den trenger å handle eksplisitt om oppdatering i ny kunnskap - her kan foreningen hjelpe profesjonen ved å stille flere krav. Men individuelle terapeuter vet også hvor skoen trykker i egen praksis, så frem til foreningen kommer med krav, kan individuelle kollegaer oppdatere seg selv frivillig - gjennom kurs og veiledning i nye metoder som virker.

## **7. Selv om terapeutene gjør mye som ikke kan formaliseres, bør vi jo ha noen retningslinjer som en slags rettesnor, slik at i hvert fall deler av praksisen kan kvalitetssikres.**

Ja, det er mye som ikke kan formaliseres. Jeg kan derimot ikke ta på alvor noen som hevder at ingen retningslinjer kan kvalitetssikre selv deler av praksisen. Det er nettopp kvakksalveri og healing som er resultatet av en slik holdning. Da trenger vi heller ikke vår utdanning. Da er vi ikke lenger psykologer. Det siste punktet fjerner profesjonen; da lykkes neppe intensjonen deres om å styrke oss som profesjon.

## **Vi holder igjen våre mest effektive metoder**

I mine motsvar tar jeg utgangspunkt i behandlingen av angst- og tvangslidelser. Dette er svært vanlige tilstander i klinikken, selv om mange av dem blir underdiagnostisert fordi det er for lite kunnskap om dem, og svært sjelden tilbys de riktig behandling. Innlegget til Oddli og Kjøs fokuserer aldri på spesifikke lidelser. De spør ikke hvorfor disse pasientgruppene ikke får hjelp. Det ville bryte ned hele argumentasjonen deres.

For det er ikke slik at psykologer tilbyr den best tilgjengelige behandling; angst- og tvangslidende får generelt ikke tilbud om effektiv behandling. Vi holder igjen på våre mest effektive metoder. På mange kurs er det flere leger enn psykologer som er interessert i å lære seg våre metoder. Faktisk er det ikke uvanlig at det er flere sykepleiere og sosionomer som viser interesse for å lære seg vårt fags mest effektive metoder! Det er ikke tilfeldig hva som virker for disse veldig vanlige tilstandene. Det er

ikke tvil hos meg om hva en poliklinikk innenfor psykisk helsevern trenger - godt skolerte, veiledede psykologer som bruker dokumenterte psykologiske metoder i trygt samarbeid med andre faggrupper. For disse tilstandene er psykologiske metoder andre behandlinger overlegne - men psykologene benytter dem sjelden.

Det som holder oss igjen som fag, er nettopp å late som om vi ikke kan noe som kan dokumenteres. Det absurd paradoksale er at det i terapiforskningen dokumenteres daglig at spesifikke teknikker og terapeutiske relasjoner er mer eller mindre hensiktsmessige. Jeg tror Oddli og Kjøs sin analyse og medisin vil ha to grupper av tapere: oss som profesjon. Men viktigere: pasientene som lider, og ikke får adekvat behandling.

Hva er det Oddli og Kjøs lover oss? Mer innflytelse gjennom å definere oss ut av virkeligheten, uten fokus på pasientenes lidelse og effektiv behandling for denne. Dessverre er dette bare en forlengelse av den faglige unnvikelsen vi har stått for så altfor lenge. Og denne faglige unnvikelsen er selve grunnen til at vi *bør* være kritiske til våre kollegaers praksis og innflytelse. For en slik tilnærming gjør at vi ikke hjelper dem vi er satt til å hjelpe. Det nye ville faktisk vært om vi endret stil og lærte oss metoder slik at vi effektivt kan behandle de som lider. «For det er vanskelig å rope høyt når vi ikke tror helt på det vi selv sier.» Jeg opplever at Oddli og Kjøs roper høyt nok. Men jeg tror ikke på det de sier. Løgn, sier de. Feil, sier jeg.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 2, 2009, side*

**TEKST**

**Leif Edward Ottesen Kennair,**