

# Å forene motsetninger er psykologiens styrke

Debatten mellom Oddli og Kjøs og Kennair reiser viktige spørsmål om innholdet i psykologisk virksomhet og om psykologenes fremtidige samfunnsrolle.

TEKST

Leigh McCullough

Aslak Hjeltnes

Pål Ulvenes

Tomas Formo Langkaas og

Asle Hoffart

PUBLISERT 5. mai 2009



## DEBATT: EVIDENS OG PRAKSIS

Oddli og Kjøs sitt essay «Syv løgner om psykoterapi» har utløst engasjement og uenighet. I dette innlegget spør terapiforskere ved Modum Bad om det er mulig å etablere en annen ramme for debatten, en ramme som forener vitenskapelig forskning og klinisk praksis.

I essayet «Syv løgner om psykoterapi» (Oddli & Kjøs, 2009) kritiseres syv sentrale myter i psykologisk behandlingsvirksomhet. Innlegget åpner for diskusjon av viktige prinsipielle utfordringer innenfor fagfeltet. Hvilke rammer skal være gjeldende for psykologisk kunnskap og virksomhet? Kan ytterligere forskning og evalueringer i det hele tatt bidra til videre utvikling? Oddli og Kjøs uttaler at hensikten med innlegget er å

legge et grunnlag for at psykologer får mer autonomi og innflytelse i sin yrkesutøvelse. Det er ikke hensikten som har vært gjenstand for debatt hittil, men hvordan dette målet best kan oppnås. Forfatterne fortjener honnør for å engasjere norske psykologer i disse viktige spørsmålene, som også har motivert en diskusjon blant prosessforskerne på Modum Bad. Vi vil her presentere noen av våre synspunkter.

Oddli og Kjøs kan forstås dit hen at psykologer ikke bør presses til å følge rigide retningslinjer, men heller ha tilstrekkelig autonomi i sitt virke. Forskning utført i Norge viser faktisk at klienter hos terapeuter som følger retningslinjer for tett har dårligere utfall (Høglend og Piper, 1995). Forfatterne har derfor varslet oss om en reell fare for overregulering av klinisk praksis, og vi deler deres bekymring om dette. Likevel mener vi at disse argumentene må balanseres med empirisk kunnskap – uten å miste terapeutens autonomi eller minske kunsten og kompleksiteten ved psykoterapi.

I dette innlegget vil vi drøfte premissene og konklusjonene som har blitt fremmet i debattens to første innlegg, og foreslå en alternativ diskusjonsramme som ivaretar mulighetene for å forene vitenskapelig forskning og klinisk praksis i videre fagutvikling.

## **Syv sannheter om psykoterapi**

I sin opprinnelige tekst presenterer Oddli og Kjøs «syv løgner» om psykoterapi. Gjennom å reformulere «de syv løgnene» til «syv sannheter», håper vi å tydeliggjøre hva Oddli og Kjøs faktisk konkluderer med. La oss se nærmere på disse.

### **1. Det er ikke mulig å predikere forløp og utfall i terapi**

Følger man dette argumentet til dets logiske konklusjon, må man anse det som uforutsigbart og tilfeldig hvordan terapi vil forløpe eller hva utfallet vil bli. Det vil i så fall gi liten mening å drive som terapeut. Det vil også innebære at det er umulig og meningsløst å legitimere klinisk praksis vitenskapelig. Noen ganger vil det være vanskelig for terapeuter i arbeid med individuelle klienter å se skogen for bare trærne, men vi vil hevde at forskning er viktig for å hjelpe oss til å se mønstrene i psykoterapi tydeligere. Ingen empirisk basert vitenskap er perfekt eller kan gi absolutt kunnskap, men den kan indikere at enkelte resultater vil være mer sannsynlig enn andre. Vi kan derfor ikke ignorere at en mengde studier gjennom flere tiår har demonstrert at psykoterapi er effektiv og gjør en god jobb for å lette pasienters lidelse (Lambert, 2004).

### **2. Terapi er ikke et systematisk arbeid mot et klart definert mål**

Oddli og Kjøs hevder at terapi sjelden forløper som planlagt. Problemforståelse og tilnærminger endrer seg underveis, og uventede hendelser, improvisasjon og tilpasning er naturlige deler av de fleste terapiforløp. Det er en beskrivelse av psykoterapi de fleste trolig kjenner seg igjen i. Av dette slutter Oddli og Kjøs at terapi ikke kan eller bør beskrives som en systematisk og målrettet virksomhet, mens vi derimot mener at anerkjennelse av kompleksiteten i psykoterapi snarere understreker nødvendigheten av å arbeide målrettet og systematisk.

Om vi skulle følge Oddli og Kjøs ved å anse det som akseptabelt å *ikke* arbeide målrettet eller systematisk, er det derimot noen problemer som følger logisk av dette. For om vi mangler en klar formening om hva som kjennetegner en måltilstand, hvordan kan vi da avgjøre om problemet er løst eller ikke? Og hvordan kan vi underveis avgjøre om vi er på rett vei, om vi bør gi opp, eller om vi bør revidere fremgangsmåten vår? Spørsmålene om systematisk tilnærming og formulering av mål og midler i terapi er også fagetisk og juridisk relevante.

Utfordringene knyttet til å arbeide systematisk og målrettet i terapi betyr verken at terapi kan beskrives som en målløs og usystematisk virksomhet, eller at det er legitimt å drive terapi uten mål eller systematikk.

### **3. Kartlegging av diagnose og lidelse er ikke en forutsetning for å kunne anvende rett behandling**

**«Forskning utført i Norge viser faktisk at klienter hos terapeuter som følger retningslinjer for tett har dårligere utfall»**

Å ikke vurdere om de problemene man behandler, kan påvirkes av psykoterapi, vil i seg selv gi problemer. Det er nødvendig å vurdere om det presenterte problemet faller innenfor psykologens kompetanseområde og kan påvirkes av psykoterapi, noe som forutsetter en eller annen form for klassifisering. Omfattende forskning viser behovet for ulike tilnærminger i møte med pasienter med alvorlige psykiske lidelser kontra mer velfungerende pasienter (for eks-empel Luborskys (1984) veldokumenterte støttende-ekspressive terapi). Det er ikke nødvendigvis et en-til-en-forhold mellom diagnose og behandling i psykoterapi, noe som heller ikke alltid er tilfelle i medisin. I mange tilfeller kan samme problem løses på ulike måter. Å ha en oppfatning om hva som kjennetegner problemet er derimot avgjørende for å danne seg en mening om hvordan det kan løses.

Det er en utfordring å ha et oppdatert klassifikasjonssystem for mentale lidelser der kategoriene er relevante for vurderinger i behandling. Så lenge vi fortsetter å videreutvikle psykoterapi, vil oppdatering av klassifikasjonssystemene være et pågående prosjekt for å samsvare best mulig med relevante behandlingsvalg. At klassifikasjonssystemene ikke er perfekte er ikke nødvendigvis et argument for å forkaste dem, men burde være et sterkt argument for å fortsette bearbeidningen og utviklingen av dem.

### **4. Den terapeutiske alliansen må ikke etableres før det virkelige arbeidet kan begynne**

Det er krevende å forstå hvor Oddli og Kjøs vil med argumentasjonen på dette punktet og hva de mener de faktiske implikasjonene er. De gjør et poeng av at det ikke ser ut til at allianse kan skilles fra det øvrige terapeutiske arbeidet, og kritiserer forestillingen om at «det virkelige arbeidet» er en prosess uavhengig av allianse. I dette vil vi i likhet med

Kennair (2009) kunne si oss enige. Vi er i tillegg positive til at Oddli og Kjøs her anerkjenner empirisk forskning som viser den terapeutiske alliansens betydning for utfall.

## **5. Terapi kan ikke kvalitetssikres gjennom bruk av standardiserte manualer**

Kvaliteten ved psykoterapi kan ikke garanteres fullstendig – på noen måte. Vi vil imidlertid åpne for muligheten for at manualer kan øke kvaliteten ved psykologisk virksomhet. Flere studier har vist at manualbaserte behandlingsmodeller er mer effektive enn «treatment as usual» (Kendall et al., 2004). Det var nettopp disse funnene som fikk enkelte amerikanske forsikringsselskaper og britiske helsemyndigheter til å utelukkende finansiere manualbaserte behandlinger (se f. eks. Black, 2001), noe som har skapt store kontroverser lik dem Oddli og Kjøs adresserer. Den reelle faren her er ikke vitenskapelig forskning på prosess og utfall i psykoterapi, men forhastede offentlige reguleringer som skjer på grunn av slavisk vektlegging av begynnende forskningsresultater som risikerer å avskjære kreative nyutviklinger i fagfeltet.

Manualer er sjelden basert på dogmer om absolutte sammenhenger, men representerer oftest en samling av kunnskap fra både kvalitative og kvantitative undersøkelser, samt forfatternes erfaring fra behandling og veiledning av behandling. De inneholder vanligvis ikke oppskrifter eller teknikker som kan anvendes blindt, men derimot prinsipper for å etablere en forståelse av hva som kjennetegner problemet man prøver å løse og prinsipper for å undersøke og gjennomføre forsøk på endring (se for eksempel Bateman & Fonagy, 2004; Gendlin, 1998; McCullough et. al, 2003). Høglend og Piper (1995) viste at å følge retningslinjer kan være problematisk, men Havik (2000) viser til at kompetent manualbehandling er forbundet med positivt behandlingsutfall. Å omsette selve prinsippene til meningsfull og effektiv terapi er noe av det som gjør manualbasert behandling til et krevende kunsthåndverk mer enn en verktøykasse av konkrete teknikker.

De fleste behandlingsmanualer krever derfor en kompetent behandler som hele tiden undersøker i hvilken grad innholdet i manualen er gyldig i den aktuelle sammenhengen (Wilson, 1998), og må derfor utøves med ekspertforståelse (Hoffart, 2004). Derfor bør ikke manualer betraktes som oppskrifter som skal følges blindt eller garanterer et godt utfall uavhengig av terapeutens kompetanse og vurderingsevne. Om Oddli og Kjøs i stedet hadde konkludert med at standardiserte manualer ikke *alene* kan bidra til å bedre utøvelse av terapi ville vi vært fullstendig enige.

## **6. Erfarne klinikere kan ikke strammes opp ved skjerpede krav til kartlegging, diagnostisering og tekniske ferdigheter**

Hvordan definerer vi hvem som er erfarne klinikere? Er det klinikere som allerede er godt trent i grunnleggende ferdigheter (som kartlegging, diagnostikk og teknikker), klinikere som har arbeidet i lang tid (uavhengig av dyktighet og kompetanse), eller klinikere som av naturlige eller medfødte grunner er dyktige?



**FRA ALICE I EVENTYRLAND:** Dodo-fuglen sier at alle har vunnet priser og forjener premier. Innenfor psykologi illustrerer utsagnet for mange at det er fellesfaktorer og ikke teknikk som er avgjørende for behandlingsutfallet. Men man kan påpeke begrensninger ved manualer eller retningslinjer uten dermed å avvise mulighetene som ligger der. Foto: Flickr.

Det finnes sikkert terapeuter med sjeldne og eksepsjonelle ferdigheter, som tilsynelatende er født med usedvanlige egenskaper, og som neppe vil kunne forbedres gjennom trening i kartlegging og diagnostikk. Sannsynligvis utgjør disse ikke en stor gruppe. Et viktig moment å vurdere i denne sammenhengen er funnene som indikerer at erfarne klinikere ikke har bedre resultater enn uerfarne (Lambert & Ogles, 2004). Derfor vil det for de fleste av oss vanlige dødelige, som sliter med vanskelige og komplekse saker, være et mer interessant spørsmål om terapeuter ville kunne forbedre sine kliniske ferdigheter gjennom trening.

## **7. Retningslinjer kan ikke kvalitetssikre noen del av klinisk praksis**

Oddli og Kjøs argumenterer her for at retningslinjer er unødvendig fordi klinikere ikke bruker dem. De har utvilsomt rett i mange tilfeller. Imidlertid kjenner vi ikke til data som indikerer at klinikere ikke følger retningslinjer. Snarere foreligger det mye empirisk forskning som støtter det motsatte. En standard for empirisk forskning er at terapeutene etterlever aktuelle behandlingsmetodene (Lambert & Ogles, 2004), og flere studier indikerer at klinikere i vanlige settinger følger standard formuleringer av psykologisk behandling (for eksempel Ablon & Jones, 1998). Selv om «some do and some don't», fjerner det ikke retningslinjenes potensielle verdi i vår virksomhet.

## **Profesjonsbegrensning som motsvar**

I sitt motinnlegg poengterer Kennair (2009) at forskning gir psykologisk kunnskap en avgjørende samfunnsmessig legitimitet for psykologers innflytelse innenfor og utenfor terapirommet. Psykologstandens troverdighet avhenger av å kunne vise til et empirisk kunnskapsgrunnlag for å synliggjøre prinsipielle forskjeller mellom psykoterapi og alternative behandlingsformer, og for å avgrense psykologers kompetanse i forhold til andre yrkesutøvere.

**«Flere studier har vist at manuabaserte behandlingsmodeller er mer effektive enn «treatment as usual»»**

Kennair gir klart uttrykk for å stille seg avvisende til behandlingstilnærminger som ikke er vitenskapelig dokumentert som effektive når han argumenterer for at «vi holder igjen våre mest effektive metoder» og «problemet er at for mange [...] bruker treatment as usual på for mange tilstander». Vi anerkjenner betydningen av vedvarende forbedring av klinisk praksis gjennom videre empirisk forskning, men vil understreke at det er for tidlig å fastslå at norske psykologer ikke bruker kunnskapsbaserte behandlingsmodeller, eller at udokumenterte behandlingsmodeller ikke virker.

## **Å forene motsetninger er psykologiens styrke**

Selv om man kan påpeke begrensninger ved taus kunnskap, empirisk kunnskap, manualer eller retningslinjer, følger det ikke at man bør avvise mulighetene som ligger der. Da risikerer vi å kaste babyen ut med badevannet. Om psykologer og psykoterapifeltet skal ha innflytelse i samfunnet og i offentlige helsetjenester, er det visse forpliktelser og interesser vi er nødt til å ivareta. For det første er vi som del av en vitenskapelig disiplin avhengig av å ivareta vitenskapelig legitimitet i virksomheten vår. For det andre er vi nødt til å synliggjøre overfor investorene våre, og da særlig klienter og pasienter, at vi forvalter ressursene deres på en ansvarlig måte. For det tredje er vi nødt til å ivareta en nødvendig grad av faglig selvstendighet til å kunne gjøre behandlingsvurderinger. Dette krever imidlertid en mer balansert forståelse av forholdet mellom vitenskapelig forskning og klinisk praksis:

De viktige begrensningene ved kontrollerte kliniske studier betyr ikke at empirisk forskning ikke har noe å bidra med i psykoterapeutisk praksis. Likeledes, å anta at empiriske metoder kan bidra til å fremme kliniske resultater betyr ikke at erfarne klinikere ikke vet hvordan de kan praktisere effektivt. (Ablon & Levy, 2006, s. 216, vår oversettelse.)

For å konkludere vil vi hevde at Oddli og Kjøs fortjener honnør for å reise viktige spørsmål knyttet til det vitenskapelige kunnskapsgrunnlaget for psykologisk virksomhet

og psykologenes fremtidige samfunnsrolle. Kennairs (2009) poeng er også verdt å fremheve ettersom både vitenskap og forskning har en sentral rolle i å gi psykologer legitimitet og troverdighet innenfor både helsevesen og samfunnsliv. Vi skulle imidlertid ønske at debatten ble mer nyansert og mindre polarisert. Fremfor å skape dikotomier mellom autonomi kontra empirisisme vil vi argumentere for en integrasjon av disse motsetningene i all vår faglige virksomhet; gjennom å skape rom for autonomi, innovasjon og fagutvikling, gjennom respekt for hver behandlers unike relasjon til hver eneste pasient – men også gjennom vitenskaplig utforskning – for å skape en mer helhetlig måte å fremme vårt eget fagfelt og virke på.

Vi håper at våre kommentarer kan gi støtte til en slik samlende målsetning.

[leigh@hms.harvard.edu](mailto:leigh@hms.harvard.edu)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 46, nummer 5, 2009, side*

**TEKST**

**Leigh McCullough**

**Aslak Hjeltnes**, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT: [Aslak.Hjeltnes@psykp.uib.no](mailto:Aslak.Hjeltnes@psykp.uib.no)

**Pål Ulvenes**, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo og Modum Bad

KONTAKT: [elisabeth.schanche@psykp.uib.no](mailto:elisabeth.schanche@psykp.uib.no)

**Tomas Formo Langkaas og**

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

KONTAKT: [asle.hoffart@modum-bad.no](mailto:asle.hoffart@modum-bad.no)