

# Evidenskravet i psykoterapi

Evidenskravet i psykoterapi er en nødvendig følge av det etisk-relasjonelle forholdet mellom terapeut og pasient. Klinisk meningsfullhet er ikke et tilstrekkelig kriterium for å vurdere gyldigheten av en behandlingsmodell.

TEKST

Asle Hoffart

PSY  
KOL  
OGI

PUBLISERT 1. februar 2005

I siste innlegg i vår diskusjon (Binder, Holgersen, & Nielsen, 2001, 2004a; Hoffart, 2003, 2004) hevder Binder, Holgersen og Nielsen (2004b) at faglig og teoretisk pluralisme er en positiv verdi innenfor psykoterapiområdet. Dette er jeg enig i. Jeg tenker at pluralisme er viktig fordi psykoterapi primært er en praktisk virksomhet. Nye prinsipper og skjemaer vil først og fremst oppstå og vise seg under *utøvelsen* av terapi. For å komme fram til et mangfold av mulige «løsninger» av psykoterapiens utfordringer, er det viktig at ulike psykoterapiretninger får utfolde og utvikle seg. Det er imidlertid uheldig at Binder et al. setter prinsippet om pluralisme opp mot kravet om at terapimodeller skal legitimere seg gjennom empirisk testing av deres virkning. De synes faktisk å hevde at dette kravet er uviktig (eventuelt umulig å tilfredsstille?), og har negative virkninger ved at det skaper splid mellom psykoterapeutiske retninger. Som en reaksjon på mitt forrige innlegg, søker de å vise hvordan moderne psykoanalytiske og psykodynamiske perspektiver gir en bedre mulighet for forståelse og utforskning av panikk lidelse enn tradisjonell psykoanalyse. Samlet sett ser de dermed ut til å hevde at *klinisk meningsfullhet* er et tilstrekkelig kriterium for å vurdere gyldigheten av en behandlingsmodell. Videre hevder de at «deler av kognitiv terapi» søker «å legitimere seg gjennom sine prosedyrer eller teknikker, *heller enn* som en måte å forstå og samhandle på» (s. 483–484, min uthevelse). Det er vanskelig å forstå hva denne påstanden går ut på. For det første gir ikke Binder et al. (2004b) noen referanser til kognitiv terapi-studier som kan tjene til å klargjøre hva de mener og dokumentere at deler av kognitiv terapi gjør dette. For det andre er det overraskende at de ikke drøfter sin påstand i forhold til mitt forrige innlegg. Dette dreide seg vesentlig om å vise at bruken av teknikker i psykoterapi innebærer en merforståelse/ekspertforståelse. Teknikkbruken utgjør en kompleks samaktivitet der terapeuten vedvarende må regulere sin aktivitet ut fra en forståelse av pasientens reaksjoner.

I dette innlegget vil jeg forsøke å vise nødvendigheten av kravet om empirisk evidens for virkningen av behandlingsmodeller. Jeg vil også imøtegå påstanden hos Binder et al. om at deler av kognitiv terapi søker å legitimere seg gjennom sine prosedyrer og teknikker *heller enn* som en måte å forstå og samhandle på.

## En modell for å vurdere gyldigheten av behandlingsmodeller

For å vise betydningen av evidenskravet, vil jeg gjenta noen hovedpunkter i Habermas sin kommunikasjonsmodell. Den overordnede strategien i min første artikkel (Hoffart, 2003) var å tenke at de prinsipper og normer som Habermas (1984, 1987) framstiller som almene for kommunikasjon, også må gjelde for den psykoterapeutiske samtalen.

Samtaler består av talehandlinger der subjektene fremmer visse gyldighetskrav. Disse gyldighetskravene dreier seg om sannhet, relasjon/legitimitet og autentisitet. I og med at psykoterapeuten tar på seg å hjelpe pasienten, så fremmer han eller hun et etisk-relasjonelt gyldighetskrav om at terapien skal være til hjelp for de problemer pasienten presenterer. Dette vil si at terapiens prinsipper er virksomme, gyldige og sanne. Terapiens forventede virkning legitimerer terapeutens utøvelse i forholdet til pasienten. Gyldighetskravet om sannhet følger altså av det etisk-relasjonelle kravet som fremmes. Videre fremmer terapeuten et autentisitetskrav om at han eller hun tror på nytten av behandlingen.

Habermas framhever at det er et indre forhold mellom gyldighetskrav og grunner. Gyldighetskrav kan bli akseptert eller avvist bare ved henvisning til grunner. Spørsmålet blir da hva slags grunner som er relevante ved gyldighetskravet om at en terapiform virker på visse problemer eller lidelser. Jeg vil bruke den relasjonelle psykodynamiske modellen for panikklidelse som Binder et al. (2004b) skisserer, som eksempel.

Binder et al.s psykodynamiske modell er klinisk meningsfull fordi den peker ut gjenkjennelige fenomener ved panikklidelse, for eksempel at personen forholder seg til sine katastrofetanker som virkeligheten, og at mange har en tendens til å tro at andre personer ikke er i stand til panikkregulerende atferd. Modellen er også sympatisk fordi den knytter panikkangst til grunnleggende menneskelige fenomener som tilknytning og selv-refleksjon. Men dette er ikke nok til å godtgjøre at behandlingsformen virker. Det fins mange ulike modeller for panikklidelse, det vil si mange måter å organisere, forklare og påvirke panikklidelse på, og flere av disse modellene er helt eller delvis *uforenlige*. Dermed kan de ikke være like gyldige, sanne og virksomme. Hvordan kan sannheten av en behandlingsmodell undersøkes? Teorier eller modeller kan i sin alminnelighet vurderes etter kriterier som forklaringsbredde, enkelhet og prediktiv nøyaktighet (Dilworth, 1981; Kuhn, 1962). Denne listen av kriterier er ikke ment å være uttømmende, og forholdet mellom kriteriene vil ikke bli behandlet.

### Forklaringsbredde

I forbindelse med behandlingsmodeller kan kriteriet om forklaringsbredde dreie seg om i hvilken grad en modell angir opprettholdende årsaker til alle de empirisk gitte trekkene ved lidelsen. Dette bestemmer omfanget av hva som kan fokuseres i behandlingstilnærmingen. Den relasjonelle psykodynamiske modellen gir en global forklaring bare på ett aspekt ved lidelsen, det vil si katastrofetankene: På grunn av «utrygg tilknytning» er pasientene «redd for mye» og «tror ikke at andre kan regulere og dempe angsten». Modellen forholder seg altså knapt til den indre dynamikken *mellom*

aspekter ved selve panikkopplevelsen, slik som kroppsfornevelser, tanker, følelser og atferd. Eksempelvis viser kliniske eksperimentelle studier at når pasienter med panikk lidelse oppgir sin trygghetsatferd i en angstskapende situasjon, så reduseres angsten og troen på katastrofetankene (Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells & Gelder, 1999). I og med at slike indre sammenhenger ikke forklares, har modellen en begrenset forklaringsbredde som medfører en vesentlig begrensning i mulige terapeutiske grep. Med så liten oppfatthet av panikkanfallenes indre dynamikk, kan en bli bekymret for at den relasjonelt psykodynamisk orienterte terapeuten – i samsvar med pasientens frykt – ikke vil være i stand til panikkregulerende atferd. Utelukkelsen av anfallenes indre dynamikk synes ikke å være tilfeldig. Det psykodynamiske begrepsapparat hevdes primært å rette seg mot kontekstuelle forhold: «...den enkeltes forhold til andre, seg selv og karakteristiske måter å fortolke og forholde seg til sine ønsker, følelser og behov på» (Binder et al., 2004b, s. 485).

Dermed står panikk lidelsen i fare for å bli redusert til kontekst.

### **Enkelhet**

I forbindelse med behandlingsmodeller kan kriteriet om enkelhet kanskje formuleres i retning av: 1. Anta så få opprettholdende årsaker til lidelsen som mulig. 2. Prøv å forstå så mange kliniske trekk som mulig som deler eller virkninger av lidelsen. 3. Anta først årsaker på lavest mulig abstraksjonsnivå. En slik enkelhet i forklaringsmodellen vil henge sammen med en enklere og mer kortvarig behandling. Den psykodynamiske modellen antar en årsak på et svært høyt abstraksjonsnivå: en generell og grunnleggende disposisjon, «utrygg tilknytning», som omfatter disposisjonene «redd for mye», «sviktende evne til selv-refleksjon», og «tror ikke at andre er i stand til å regulere angsten». Den siste antagelsen knyttes dermed til personens grunnleggende indre selv–andre-modeller, der den andre konstrueres som en som ikke har evne og vilje til å regulere negative eller skremmende tilstander hos selvet. Pasientens forventning kan imidlertid ha et langt enklere grunnlag. Eksempelvis kan pasienten ha erfart at pårørende, venner og hjelpearbeidere er blitt skremt av pasientens angst og foretatt seg katastrofebekreftende handlinger, for eksempel tilkalt ambulanse eller gitt en sprøyte med valium. I følge attribusjonsteori kan pasienten forklare de andres atferd enten med situasjonsfaktorer eller disposisjonelle faktorer. Gitt pasientens egen opplevelse av anfallet som spesielt farlig, så er sannsynligheten stor for at han/hun vil tilskrive andres fryktatferd til situasjonen: De handler slik fordi anfallet er svært farlig, ikke fordi de har disposisjonene å være ufølsomme eller lite i stand til å virke beroligende. Pasientens antagelse har i så fall utviklet seg samtidig med anfallet, og dreier seg om egenskapene ved anfallet og ikke om de andres holdninger og evner.

**«Teorier eller modeller kan i sin alminnelighet vurderes etter kriterier som forklaringsbredde,**

## enkelhet og prediktiv nøyaktighet»

Noe lignende kan gjelde antagelsen om sviktende selv-refleksjon. I stedet for å representere en grunnleggende mangel, så kan den være en tilstandsrelatert virkning av panikkangsten. I samsvar med en slik hypotese rapporterer Salkovskis og Clark (1991) den kliniske observasjonen at pasienten tror langt mindre på at et panikkanfall kan føre til katastrofe når de er rolige enn når de har sterke panikksymptomer.

### **Prediktiv nøyaktighet**

Dette kriteriet dreier seg om i hvilken grad det er samsvar med modellens prediksjoner og fakta. Binder et al.s psykodynamiske modell antar at angsten for kroppslige fornemmelser kan henge sammen med en angst for visse andre følelser. Panikken kan for eksempel oppstå når pasienten er frustrert over en annen, men samtidig føler at han eller hun ikke burde være det. Ut fra disse antagelsene kan en predikere at en empatisk og støttende hjelp til identifisere og bearbeide fryktede og uerkjente følelser og til å mestre de tilhørende interpersonlige situasjonene vil være til hjelp. Emosjons-fokusert psykoterapi av pasienter med panikkklidelse går nettopp ut på dette (Shear, Houck, Greeno & Masters, 2001). En kontrollert sammenligning viste imidlertid at denne behandlingen hadde mindre virkning enn kognitiv atferdsterapi og antidepressiva, og at endringen lå på samme nivå som ved placebo (Shear et al., 2001).

Dersom pasientens antagelse at andre ikke er i stand til panikkregulerende atferd dreier seg om utrygg tilknytning og selv-andre-modeller, vil terapeutens forsøk på regulering være i strid med pasientens grunnsyn om seg selv og andre. En vil følgelig predikere at pasienten i begynnelsen vil være skeptisk til og motsette seg slike forsøk. Vår kliniske erfaring passer ikke med dette. Pasienter med panikkklidelse framtrer umiddelbart mottagelige for hjelp til anfallsregulering ut fra en modell som bygger på anfallenes indre dynamikk (Hoffart, 1996).

### **Forståelse og samhandling i empirisk testet kognitiv terapi**

Hva er rollen til forståelse og samhandling i utfallsstudert kognitiv terapi? I disse studiene er en naturlig nok svært nøye med at terapien blir utført på en kompetent måte. I de fleste blir kompetanse vurdert med Cognitive Therapy Scale (Young & Beck, 1980). I denne dreier fire av de 11 leddene seg primært om relasjon og samaktivitet, det vil si leddene for å søke tilbakemelding fra pasienten, empatisk forståelse av pasienten, mellompersonlig kyndighet og samarbeid. Forståelse av pasientens problemer i form av en overordnet kasusformulering blir vektlagt i leddene for fokus og for strategi for endring. Når det gjelder dyktigheten i å anvende kognitiv terapi teknikker, angis følgende generelle kriterier:

«Terapeuten bør bruke teknikkene på en flytende måte, heller enn å famle og virke ukjent med dem. Teknikkene bør presenteres tydelig i et språk som pasienten lett kan forstå ... Terapeuten bør være sensitiv i forhold til om pasienten faktisk er engasjert i

forandringsprosessen, eller om han eller hun bare later som ut fra føyelighet. Terapeuten bør være oppfinnsom i presentasjonen av ideer slik at pasienten kan begynne å bygge på terapeutens alternative synspunkter. Terapeuten trenger å forutse problemer pasienten kan ha med å endre perspektiver eller atferd utenfor timen. Endelig bør terapeuten samarbeide med pasienten heller enn å debattere med, krysseksaminere, eller presse han eller henne.» (Young & Beck, 1980, s. 76, min oversettelse).

I dette utdraget markeres det at dyktig bruk av teknikker innebærer terapeutens sensitivitet for pasientens tilbakemelding, oppfinnsomhet og at teknikkbruken skjer på en samarbeidende måte. Forståelse og samhandling inngår altså i kriteriene for dyktig teknikkbruk.

## **Sammenfatning**

Jeg har argumentert for at gyldighetskravet om at en psykoterapimodell virker primært er et etisk-relasjonelt tema i forholdet mellom terapeut og pasient. Klinisk meningsfullhet gir ingen garanti for at modellen virker. Som forsøkt illustrert ovenfor, kan klinisk meningsfulle modeller ha lav forklaringsbredde, være lite enkel og ha lav prediktiv nøyaktighet. To av disse kriteriene eller begrunnelsesmåtene dreier seg om å teste modellen mot empirisk evidens. Imot Binder et al. sin påstand om at deler av kognitiv terapi søker å legitimere seg gjennom sine prosedyrer og teknikker, heller enn som en måte å forstå og samhandle på, har jeg påpekt at i kompetansekriterier for empirisk studert kognitiv terapi har samhandling og terapeutens forståelse en sentral rolle.

Asle Hoffart

Forskningsinstituttet, Modum Bad

3370 Vikersund

Tlf 32 74 97 00

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

### **LES OGSÅ**

#### **Hva gjør en psykoterapiform legitim?**

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

### **LES OGSÅ**

#### **Hareides mobbekritikk: Sterke meninger på svakt faglig grunnlag**

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 2, 2005, side 136-145*

**TEKST**

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

KONTAKT: asle.hoffart@modum-bad.no

+ **Vis referanser**

Referanser

- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2001). Relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens. 528-539.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2004a). Relasjon, dialog og meningsskaping er psykoterapiens kjerne. Noen kommentarer til Hoffarts artikkel om intersubjektivitet i kognitiv terapi. 396-399.
- Binder, P. E., Holgersen, H., & Nielsen, G. H. (2004b). Om å bevare psykoterapiens rom for fri intersubjektiv utforskning. 482-486.
- Dilworth, C. (1981).  
Synthese Library, volume 153. Dordrecht: D. Reidel.
- Habermas, J. (1984). (vol. one). Boston: Beacon Press.
- Habermas, J. (1987). (vol. two). Boston: Beacon Press
- Hoffart, A. (1996). In vivo cognitive therapy of panic attacks. 281-289.
- Hoffart, A. (2003). Intersubjektivitet i kognitiv terapi: En vurdering ut fra Skjervheim og Habermas sine teorier om kommunikasjon. 475-488.
- Hoffart, A. (2004). Forståelsens betydning i kognitiv terapi. 400-403.
- Kuhn, T. (1962). Chicago: University of Chicago Press.
- Salkovskis, P., & Clark, D. M. (1991). Cognitive therapy for panic attacks. 215-226.
- Salkovskis, P., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., & Gelder, M. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. 559-574.
- Shear, M. K., Houck, P. H., Greeno, C., & Masters, S. (2001). Emotion-focused psychotherapy for patients with panic disorder. 1993-1998.
- Young, J. E., & Beck, A. T. (1980). Upublisert manus.  
Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Philadelphia.