

# Klinisk kunst og vitenskap må blandes

To foregangspersoner innenfor moderne psykoterapi. Begge har utviklet evidensbaserte terapiformer: emosjonsfokusert terapi for depresjon og kognitiv terapi for tvangslidelser. Begge er sentrale i debatten om kunnskapsbasert psykologisk praksis - og de er uenige på viktige punkter.

TEKST:

**Hanne Weie Oddli**

TEKST

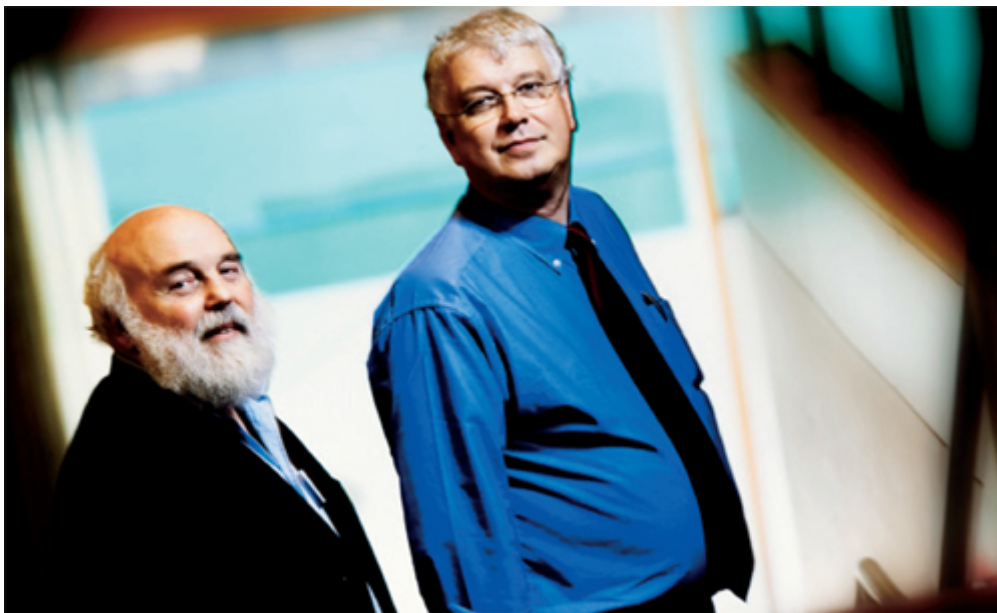
**Peder Kjøs**

FOTO:

**Bo Mathisen**

PUBLISERT 10. oktober 2006

---



Norsk Psykologikongress hadde i år overskriften *Kunnskapsbasert psykologisk praksis – nye utfordringer*. De internasjonalt sentrale forskerne Leslie Greenberg (York University, Toronto) og Paul Salkovskis (University of London) var invitert til å snakke om henholdsvis «Change process research» og «Empirically grounded psychological treatments for anxiety disorders: The excitement of blending clinical art and clinical science when helping people to change». I løpet av foredragene blir det klart for oss at

de «nye utfordringene» ikke er knyttet til grunnpremissene for klinisk forskning. Premissene for forskningen diskuteres ikke, men forutsettes lagt. Fokus nå er implementering.

I samtale med Greenberg og Salkovskis forsøker vi å ta opp at klinikere ofte opplever terapiforskning som lite klinisk relevant, samtidig som praksisen i økende grad forventes å være evidensbasert. Men vår innledning om problemene med å oppfylle kravene til vitenskapelighet i en alminnelig praksis gir lite gjenklang. – Det er den gamle diskusjonen om terapi som kunst og terapi som vitenskap, sier Salkovskis. Heller ikke Greenberg virker særlig interessert i denne diskusjonen.

Vi spør om hvordan de selv ble interessert i forskning for terapeutisk praksis.

Greenberg var ingeniør, men rundt 1970 ble han opptatt av den tause kunnskapen han brukte i faget. – Jeg merket at jeg kunne mer enn jeg var i stand til å uttrykke. Jeg ville lære mer om hvilken rolle følelsene har i den tause kunnskapsprosessen. Dette ble min vei inn i psykologien. Jeg studerte under Laura Rice, som i sin tur var student under Carl Rogers. Jeg var opptatt av matematisk modellering av samspill. Men etter hvert fant jeg ut at utfallet av analysen var altfor avhengig av hva vi puttet inn i modellen – «garbage in, garbage out». Jeg ble mer interessert i nøkkelhendelser, hva klienter faktisk gjør når de forandrer seg. Det fungerte ikke å analysere dette matematisk. Jeg gikk derfor over til «moment-by-moment»-studier av nøkkelhendelser. Hva skjer med klienten når terapeuten gjør slik eller slik? Det ble klart at terapeuten er bakgrunn og klienten forgrunn i endringsprosessen.

Salkovskis beskriver sin vei som mer konvensjonell: – Jeg studerte psykologi, og var metodologisk behaviorist, men ikke radikal behaviorist. Det var en sterk anti-kognitiv holdning på studiet. Jeg møtte David M. Clarke, og sammen hadde vi en hemmelig kollokvie rundt en tidlig bok av Aaron Beck. Dette var mitt opprør, i tiden rundt 1977.

## **Nyttig forskning**

Vi spør om terapiforskning noen gang kan bli en virkelig anvendt vitenskap.

– Ja, til en viss grad, sier Greenberg. – Vi må forsøke å identifisere og måle grunnleggende endringsprosesser. Dette kan ta 100 år til.

Salkovskis mener vi er der allerede: – Terapiforskning er allerede en anvendt vitenskap. Vi kjenner spesifikke sammenhenger mellom lidelse og behandling ved angst. Så langt har det vært vanskeligere å påvise spesifikke behandlingseffekt ved depresjon. Det er antakelig ingen spesiell grunn til at det skal være vanskeligere å finne sammenhenger ved depresjon enn ved angst. Forskning på bipolar lidelse har endret dette bildet noe.

Greenberg mener derimot at forskjellene i spesifisitet henger sammen med forskjeller ved selve fenomenene: – Det kommer an på hva man tenker at terapi er. Depresjon har å gjøre med ting som går dypere enn det som kan mestres ved hjelp av lærte mestringsferdigheter. Det er noe underliggende i depresjon som man ikke fjerner med kognitiv atferdsterapi, selv om man fjerner symptomene. Det er noe mer også i angst, men forskningen viser det ikke. Dette handler om hva man studerer og hva man er

opptatt av. Hvordan man ser på symptomer, pasienter og endring. Mens Salkovskis vil hevde at kognitiv atferdsterapi fjerner lidelsen, vil jeg si at man fjerner symptomer, men at klientene forblir kompliserte mennesker.

## **Uenige**

– Det er her vi er uenige, svarer Salkovskis. Han mener at kognitiv atferdsterapi fjerner den faktiske lidelsen ved for eksempel tvangshandlinger og tvangstanker. – Det er ikke snakk om at dette bare er å lære seg ferdigheter. Det er riktig at vi ikke bearbeider noen underliggende konflikt, men hva så, hvis symptomene er borte?

Greenberg: – Jeg tror at klientene ofte fortsatt lider under det som ga dem den spesifikke lidelsen. Det kan være et affektreguleringsproblem, relasjonsproblem eller noe annet.

Salkovskis er ikke enig: – Jeg mener det er irrelevant å lete etter underliggende konflikter.

Greenberg: – Jeg mener ikke en underliggende konflikt, men at klienten er komplisert. Det er faktorer i personen, en slags væremåte eller personlighet, som fører til lidelse. Det er variabelt hva det er som forårsaker lidelsen, men det vil forbli der som et tema. Kognitiv atferdsterapi kan hjelpe på for eksempel tvangslidelse, men det kan fortsatt være vansker i ekteskapet eller med andre ting. Mange klienter er faktisk opptatt av årsakene til at de har problemer.

Salkovskis: – Vi foreslår for klienten å fokusere på vansken, ikke på en eventuell årsak. Det går an å diskutere klientens forståelse og foreslå et alternativ. «Ok, du ser det slik. Hva om vi ser det på en annen måte?» Hvis du for eksempel våkner om morgenen med beinbrudd og kul i hodet, er det ikke nødvendigvis viktig for behandlingen å vite hva som har skjedd. Du vil uten videre si at du har hatt uflaks, og ikke spørre hvorfor. Jeg tror uflaks er en sterkt undervurdert årsak til psykiske lidelser.

– Mulig det, men for de fleste handler det likevel ikke om uflaks,» mener Greenberg. «Det kan finnes årsaker som vansker med tilknytning og andre ting. Mange ønsker hjelp med lidelse og smerte på dette planet. Det er ofte viktig å gå videre etter at symptomet er borte. Den medisinske modellen har for mye fokus på symptomer.

## **Tilbakefall og beinbrudd**

– *Hva med de som brytter beinet tre eller fire ganger? spør vi Salkovskis. – Er det ikke da rimelig å finne ut om det er noe med personen?*

Salkovskis: – Det er det som er så overraskende. Vi finner ikke tilbakefall på den måten.

Greenberg: – Selv om de kanskje ikke får den samme lidelsen igjen, kan det være andre ting som skjer. For å holde oss til metaforen kan det for eksempel være at beinbruddene skyldes at personen er underernært, og at dette også gir andre vansker. Det kan være faktorer ved personen som fører til ulike lidelser.

Salkovskis og Greenberg står langt fra hverandre på dette punktet. Begge presenterer likevel forskning som er innrettet på økt spesifisering. Vi spør om hvordan dette stiller seg i forhold til forskningen som viser at de effektive komponentene i terapi er felles på tvers av de enkelte terapimodellene – fellesfaktorforskningen.



FELLES MÅL: Vitenskapen kan forsterke det kunstneriske elementet i terapien, mener Salkovskis (t.v.) og Greenberg

### **Felles faktorer**

Salkovskis: – Det finnes både spesifikke og felles faktorer.

Greenberg tar tak i relasjon som en viktig fellesfaktor: – Effektiv terapi handler mye om å komme i relasjon, og altså om relasjonelle ferdigheter.

Salkovskis: – Relasjon er viktig. Forskning viser at selvhjelpsbøker er effektivt, men mindre effektivt enn en relasjon. Mye av terapi ligner på det å bare være et anstendig

menneske.

Greenberg: – Relasjonen understøtter engasjement i det samarbeidet terapeuten og klienten har.

Salkovskis mener imidlertid at engasjement i endringsprosessen ikke i seg selv forutsetter en relasjon: – Også en PC kan gi engasjement rundt et problem, for eksempel ved seksuelle problemer som det kan være lettere å «diskutere» med en datamaskin enn med en terapeut. Uansett er engasjement mer en personlig ferdighet enn en terapeutferdighet. Jeg vil kalle det interpersonlige ferdigheter.

Greenberg er enig i at det godt kan kalles interpersonlige ferdigheter: – Dette er like fullt spesifikke terapeutferdigheter som det er nødvendig å lære. Det er viktig å fokusere på, trene på og forske på det. Jeg legger nok mer vekt på dette enn Salkovskis. Jeg mener at metoden kommer «oppå» relasjonen.

Salkovskis og Greenberg er enige om at de interpersonlige ferdighetene er nødvendige, men ikke tilstrekkelige – og at de kan læres. Salkovskis understreker imidlertid at dette er generelle menneskelige ferdigheter som de fleste har uten opplæring: – Dersom man valgte ut tilfeldige personer på gata, ville 9 av 10 hatt de nødvendige relasjonelle ferdighetene.

Slik vi forstår Greenberg og Salkovskis, er de begge opptatt av spesifisitet i terapiforskningen, men de tenker seg ulike områder forskningen skal være spesifikk på. For Salkovskis er målet å finne match mellom problem og teknikk. For Greenberg er det selve endringsprosessen og hvordan terapeuten ved hjelp av interpersonlige ferdigheter kan understøtte denne, som er i fokus. Funnene fra prosessutfallsstudiene er ment å bli brukt til å manualisere disse terapeutferdighetene.

### **Vitenskapen kan forbedre det kunstneriske**

Vi tar opp undersøkelsene som viser at svært mange klinikere leser lite terapiforskning og synes den er lite relevant for deres daglige kliniske arbeid. *Hva kan gjøres for at klinikere skal bli mer opptatt av forskningen? Hvordan vil det eventuelt skje en dreining i retning av økt bruk av terapiforskning?*

Salkovskis har tro på markedskreftene: – Pasientenes valg vil tvinge fram en endring. Klienter bør få tilgang til kunnskapen om hvilke terapiformer som er empirisk underbygget, og vil da velge det de tror har virkning, ut fra hva de har lest. Det er en forutsetning at folk tilbys god nok informasjon til å kunne velge. De terapeutene som ikke henger med, vil da bli valgt bort.

Greenberg: – De spesifikke terapiformene vil ikke fungere for alle. Klienter vil velge terapeut og terapi på mer komplekse måter. Mange vil gå til flere terapeuter, og kanskje bli hos den de opplever som menneskelig, særlig ved ikke-spesifikke lidelser. Mange terapeuter frykter forskning fordi det står verdier på spill. Noen frykter at det «kunstneriske» ved terapi vil bli borte, men det vil alltid være der. Jeg mener at vitenskapen kan forbedre det kunstneriske. Terapiforskningen vil gi mer spesifisitet, vi vil få vite mer om hva som virker for hvem. Det vil hele tiden være en interaksjon

mellom det personlige ved klienten og det personlige ved terapeuten. Med tiden vil vi få vite mer om disse sammenhengene. Terapien vil være informert av både forskning og erfaring. Målet er manualisering av terapeutens rolle i endringsprosessen.

– *Hvordan bør vi som psykologer forholde oss? Har dere et råd?*

Salkovskis: – Klinisk kunst og vitenskap må blandes. Veiledning hjelper. Selv ser jeg mye på mine egne terapier på video. Grensesnittet mellom terapeuten og klienten er et valgøyeblikk. Her er det betydelig rom for personlige strategier og måter å få til det tekniske målet. Den personlige stilen betyr mye.

Greenberg sier seg i hovedsak enig i dette: – Oppdraget og bestillingen styrer også valget. Klienten bør være henvist til en som kan det som er bestilt. Men klientene har ofte ikke bare ett problem. Terapeuter trenger klinisk erfaring. Erfaring gjør det lettere å finne hovedfokus, ved hjelp av vitenskap. Mitt syn har i seg en motstand mot et mekanistisk syn på mennesker som forutsigbare. Klinisk arbeid innebærer en integrering av å følge og å lede. Jeg har selv en aktiv stil. Hvis vi sier at Carl Rogers styrer 10 prosent av prosessen, og Fritz Perls 90 prosent, styrer jeg selv ca. 50 prosent.

### **Rettelse - feil fotograf**

På side 953 i forrige nummer av Tidsskriftet var Elisabeth Schanche kreditert for fotografiene av Daniel Stern og Per-Einar Binder. Dette er ikke riktig. Bildene er tatt av Marit Råbu. Vi beklager feilen.

Redaksjonen

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 10, 2006, side 1052-1055*

#### **TEKST:**

**Hanne Weie Oddli**

#### **TEKST**

**Peder Kjøs**, psykolog

#### **FOTO:**

**Bo Mathisen**