

# Evidensbasert praksis i psykolog

Variert forskningsdesign, klinisk ekspertise og en bred og fordypet kunnskap om klienter i kontekst er byggesteiner i den vide definisjonen av evidensbasert praksis i psykologi som Norsk psykologforening nå har sluttet seg til.

## TEKST

**Michael Helge Rønnestad**

**PUBLISERT 1. april 2008**

## ABSTRACT:

### **Evidence-based practice in psychology**

After a brief resyme of the recent Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (American Psychological Association), this article provides a historical perspective on important events, empirical findings and perspectives leading up to this landmark report. The following events/findings/perspectives are presented: 1) the bio-medically inspired Boulder model; 2) American health and social security legislation; 3) the early meta-analyses; 4) Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Treatment by Div. 12/APA (1995); 5) Knowledge of comparative treatment-effects; 6) knowledge of the relationship between researcher's theoretical allegiance and therapy outcome; 7) knowledge of therapist effects; 8) central sources of empirical knowledge. Finally, some implications for the Norwegian Psychological Association are suggested.

Keywords: evidence-based practice, research methods, clinical expertise

## EMNER

Evidensbasert praksis

Undersøkelser

Klinisk ekspertise

Denne artikkelen er basert på et foredrag om Amerikansk psykologforenings (APAs) *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* (Levant, 2005) som ble holdt på NPFs kickoff-konferanse på Vetre konferansesenter 10. mars 2006.

Lutz og medarbeidere beskriver dette også mer detaljert: «In this large, real-world data set our multi-level dataanalytic approach showed that about 8 % of the variance in the intensity of patients' symptoms, as measured before each session, and 17 % of the variance in estimated rates of patient improvement (log-linear MHI slopes) was explained by therapist differences» (s. 36).

Forskningen synes ikke å bekrefte dette, i hvert fall ikke når analysene foretaes på gruppenivå. Beutler et al. (2005) viser til en mega-analyse av 302 metaanalyser av forskjellige former for psykoterapi utført av Lipsey og Wilson (1993). Beutler et al. (2005)

skriver om denne analysen: » (they)...also found very similar outcomes between highly structured research treatments and the usual treatments applied in naturalistic settings» (s. 246).

Den amerikanske psykologforeningen (APA) formulerte for to år siden sin definisjon av evidensbasert praksis («American Psychological Association Policy Statement on Evidence-Based Practice in Psychology»). Definisjonen er publisert i *American Psychologists* (APA, 2006). Til grunn for denne ligger *Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* (Levant, 2005), som også er gjengitt i septembernummeret (9/2007) av *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Norsk psykologforening har valgt å slutte seg til denne rapporten (Aanonsen, 2007). Det er viktig at praktikere, forskere og andre er informert om hva dette innebærer, og har kunnskap om den historiske bakgrunnen for APAs forståelse av evidensbasert praksis. Slik kunnskap vil tjene en videre debatt om dette viktige temaet. Jeg har selv i lengre tid vært aktiv deltager i *Society for Psychotherapy Research*, hvor temaet evidensbasert praksis har vært inngående drøftet. Mye av det konseptuelle og empiriske fundamentet for APAs forståelse er summert og formulert av medlemmene av denne foreningen nedfelt i eksempelvis *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Bergin & Garfield, 1971, 1978, 1994; Garfield & Bergin, 1986; Lambert, 2004) og av forfatterne som har bidratt til antologien *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions* (Norcross, Beutler & Levant, 2006).

Hvilken kunnskap skal ligge til grunn for profesjonell praksisutøvelse? I hvilken grad skal praksis være forskningsbasert? Hva slags forskning skal praksis være forankret i? Er profesjonell (klinisk) ekspertise en legitim kunnskapsbase? Disse og lignende spørsmål er relevante for mange fagområder som helsefag, utdanningsfag og sosialfag. Hvordan spørsmål som dette besvares, har betydning for utdanning, profesjonsutøvelse, forskning (herunder også forskningsbevilgning) og for forholdet mellom profesjoner. Fagområdet medisin har lenge vært en premissleverandør for definisjoner av kunnskapsgrunnlaget for profesjonell utøvelse. En flora av begreper, som har forskjellige betydninger, omhandler temaet. Noen av de engelskspråklige behandlingsegrepene er: «research-based treatment», «research-supported treatment», «evidence-supported treatment», «evidence-based treatment» (som alle refererer til behandling) og «evidence-supported practice» (som viser til en mer generell psykologisk praksis).

For seks år siden formulerte den prestigetunge institusjonen *Institute of Medicine* en bred forståelse av evidensbasert medisin (Sackett et al., 2000). *Evidence based practice* ble der definert «...as being the integration of the best research evidence with clinical expertise and patient preferences and values» (Barlow, 2004:871). Ifølge denne definisjonen har evidensbasert praksis tre fundament: den beste forskningsevidensen, klinisk ekspertise og pasientens preferanser. Bredden i denne formuleringen er dessverre svekket ved at kriteriene for den beste forskningsevidensen ble formulert etter den biomedisinske modellen hvor den eksperimentelle designen ble tildelt en særstilling. Selv om denne tildelingen var begrenset til spørsmål som

omhandlet kausalitet, får en likevel inntrykk av at fortolkninger av Institute of Medicines definisjon ofte blir forstått som om det i bunn og grunn kun er eksperimentell forskning som er gyldig. Forestillingen om eksperimentelle designs ureserverte særstilling er en hardprogrammert forestilling hos noen.

Som nevnt vedtok Norsk Psykologforening å slutte seg til APAs *Policy Statement*. Aanonsen redegjør for dette i en leder i juninummeret av tidsskriftet (Aanonsen, 2007). Her fremheves flere forhold ved *The Policy Statement* som betydningsfulle. Det konstateres at ulike former for forskning gir verdifull kunnskap. Det understrekes at forskning om psykologiske metoders effektivitet må suppleres med forskning om den psykoterapeutiske prosessen (ibid. s. 802). Betydningen av allianse og empati understrekes også. Videre fremheves behovet for kunnskap om pasientens ressurser og nettverk (herunder resiliens) og kunnskap om terapeuter som oppnår spesielt gode resultater. Aanonsen skriver (ibid. s. 802):

«Et viktig budskap vi vil formidle, er at evidens må være knyttet til forskning både på metode og relasjon, og rettet både mot forhold ved terapeuten, pasienten og de kulturelle sammenhenger pasienten og deres pårørende befinner seg i» (ibid. s. 802). Debatten om hvordan vi skal forstå evidensbasert praksis og hvilke implikasjoner vi skal trekke av denne forståelsen, vil sannsynligvis fortsette i lang tid. Debatten vil formes av den *tidsånd* som råder, og av de kulturelle forestillinger som hentes fram når temaet drøftes. Norsk psykologforenings tilslutning til APAs definisjon av evidensbasert praksis er en milepel i denne debatten, men også et fundament for en videreføring av den.

I denne artikkelen formulerer jeg min forståelse av den historiske bakgrunnen og de forskningsresultatene som ligger til grunn for APAs arbeid om evidensbasert praksis i psykologi. Noe av bakgrunnen som det redegjøres for, er hentet fra Levants (2005) beskrivelse, mye fra egen forståelse. Mange beretninger kan fortelles om det kunnskapsgrunnlaget og de perspektivene som lå til grunn for den endelige formuleringen av *The Task Force Report* og *The Policy Statement*. Komiteen var bredt sammensatt og besto av til sammen 18 forskere, praktikere og andre med svært variert bakgrunn og varierte preferanser. Min beretning begrunner to viktige poengteringer i APAs *Presidential Report*, nemlig behovet for bredde i forskningstilnærminger og vektleggingen av klinisk ekspertise og kunnskap om klientens egenskaper, kultur og preferanser. Behovet for å presisere bredden i forskningstilnærminger er i hvert fall delvis en reaksjon på en tidligere ensidig vektlegging av randomiserte kontrollerte forsøk («randomized controlled trials-RCT») som *eneste* gyldige tilnærming for å oppnå valid kunnskap om hva som er virksomt i psykoterapi. Som det vil fremgå under punkt 4 nedenfor, var *Division of Clinical Psychology (Div. 12)/APA Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Treatment* (1995) basert på en slik forståelse.

Forskning som har anvendt RCT-design («randomized controlled trials»), har spilt en viktig rolle i å etablere psykoterapi som en vitenskapelig fundert behandlingsform også overfor miljøer som er skeptiske til slik behandling. Dette har vært spesielt viktig for å

etablere psykoterapi som et alternativ til farmakologisk behandling. RCT-forankret forskning har videre gitt verdifull kunnskap om hvilke behandlingsformer som er effektive i behandlingen av klienter med spesifikke psykiske plager, samtidig som det vil bli argumentert for at forskjellene i behandlingsresultatene mellom behandlingsformer (komparativ effekt) generelt sett er forbausende små. Videre har forskning som har anvendt RCT-design, dokumentert vesentlige terapeuteffekter, dvs. at terapeutens bidrag til resultatet er betydelig. Til slutt har sammenhengen mellom forskernes teoretiske orientering og hvilke resultater som oppnås, blitt dokumentert nettopp gjennom forskning som har anvendt denne type forskningsdesign. Vi kan altså konkludere med at forskning utført innenfor en slik design har spilt en betydelig rolle i psykoterapiforskningens historie, og det forventes at RCT-design vil spille en viktig rolle i psykoterapiforskningen også fremover. Men gitt at metodeeffektene er så beskjedne som de synes å være, vil nytten av slik forskning være begrenset dersom data om psykoterapiprosess ikke registreres. I den fremtidige drøftingen av evidensbasert praksis blir det viktig å ha kunnskap om forskjellige designs muligheter og begrensninger. The Task Force Report oppfordrer nettopp til dette.

En gjennomgang av forskningen som har studert sammenhengen mellom prosess og resultat (prosess–utfall-forskning) i de siste 50 år, har vist at i løpet av årene 1991–2003 har det skjedd en markant økning av studier som kombinerte eksperimentelle forskningsdesign med prosess–utfall-design (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Mange av disse var publisert i *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (JCCP), et høystatustidsskrift med en eksperimentell profil. Jeg tolker denne økte forekomsten av studier som kombinerer eksperimentelle design med prosess–utfall-design, som en følge av at mange har sett hvor lite varians som forklares ved tradisjonelle pre–post eksperimentelle design. Tidligere hadde eksperimentelle design, med noen unntak, i stor grad studert metodeeffekter.

I den resterende delen av artikkelen redegjøres det først for innholdet i *The Task Force Report*. Deretter formidler jeg min forståelse av den historiske bakgrunnen for *The Task Force Report* og *Policy Statement*, før jeg avslutningsvis foreslår noen implikasjoner av disse for Norsk Psykologforening.

### **Definisjonen av «Evidence-Based Practice»**

APA-komiteen definerer evidensbasert praksis slik: *Evidensbasert praksis i psykologi (EBPP) er integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientens egenskaper, kultur og preferanser* (Levant, 2005, min oversettelse). Selv om ordlyden i denne formuleringen er nesten identisk med Institute of Medicines formulering, med unntak av at «pasientpreferanser og verdier» er erstattet med «pasienters egenskaper, kultur og preferanser», så representerer likevel APA-arbeidet et brudd med den biomedisinske modellen som en grunnleggende epistemologi for definisjonen av hva som er evidensbasert. I redegjørelsen for hva som ligger i «beste tilgjengelige forskning», utvides det spektrum av forskningstilnæringer som inngår som legitime kunnskapsbaser. Den løfter frem den erfaringbaserte

kunnskap, nedfelt som klinisk ekspertise, som en av tre legitime baser for kunnskap. Til slutt, og som tredje fundament, impliserer denne forståelsen at den nosologiske klassifikasjon (for eksempel DSM-IV, ICD-10) ikke i tilstrekkelig grad ivaretar hva som er nødvendig kunnskap om klienten for å utøve profesjonell psykologisk praksis. Den fremhever betydningen av kunnskap fra et bredt spektrum av fagområder. I dette tredje fundamentet inngår også kunnskap *om* og vektlegging *av* klientens preferanse for behandling. Brukermedvirkning inngår således i forståelse av evidensbasert praksis.

### **Den beste tilgjengelig forskningen**

Som nevnt består forståelsen av tre deler som integreres. Den første, prinsippet om bredde i forskningstilnæringer og anvendelse av multiple forskningsdesigner, innbefatter (Levant, 2005:6–7, min oversettelse og kursivering):

- *Klinisk observasjon* (som innbefatter individuelle kasusstudier) og basalpsykologisk vitenskap er verdifulle kilder for innovasjon og hypotesedannelse.
- *Kvalitativ forskning* kan anvendes for å beskrive den subjektivt opplevde virkelighet hos deltagerne i psykologisk praksis.
- *Systematiske kasusstudier* er spesielt nyttig ved aggregering, som i nettverk av praksisforskere som sammenligner individuelle pasienter med andre med lignende karakteristika.
- *Enkeltkasus eksperimentelle design* er spesielt nyttig for å etablere kausale forhold i en individuell kontekst.
- *Offentlig helse og etnografisk forskning* er spesielt nyttig for å vurdere tilgjengelighet, bruk og aksept av behandlinger innenfor psykisk helse og for å kunne foreslå måter å forandre behandlingene på for å maksimere anvendelse i en gitt sosial kontekst.
- *Prosess-utfall-forskning* er spesielt verdifull for å identifisere forandringsmekanismer.
- *Studier av intervensjoner i en naturalistisk setting* («effectiveness research») er velegnet for å vurdere behandlingers økologisk validitet.
- *Randomiserte kontrollerte forsøk* og deres logiske ekvivalenter («efficacy research») er standarden for å trekke kausale slutninger om intervensjoners effekt (kontekst av vitenskapelig verifisering).
- *Meta-analyser* er en systematisk tilnærming for å sammenfatte forskning fra multiple studier, teste hypoteser og estimere kvantitativt effektstørrelser.

Å forankre sin praksis også i forskning innebærer at den profesjonelle kjenner fortrinnene og begrensningene ved forskjellige typer undersøkelser. Levant (2005) skriver at forskning har vist at behandlingsmetoder, den individuelle terapeuten, behandlingsrelasjonen og klienten alle er vitale bidragsyttere til vellykket psykologisk praksis, og videre: «En omfattende forståelse av evidensbasert praksis vil vurdere alle disse determinantene enkeltvis og i sine optimale kombinasjoner» (s. 8, min oversettelse). Levant presiserer videre betydningen av at den profesjonelle er seg bevisst at det finnes mange slags psykiske plager, konstellasjoner av problemer og kliniske situasjoner hvor forskningen er begrenset: «I slike tilfeller anvender klinikere

sine beste kliniske vurderinger og kunnskap om den beste tilgjengelige forskningsevidensen i utviklingen av en helhetelig behandlingstrategi» (s. 8, min oversettelse).

## **Klinisk ekspertise**

Om betydningen av klinisk ekspertise skriver Levant (2005):

«Klinisk ekspertise er vesentlig for å identifisere og integrere den beste forskningsevidensen med kliniske data (for eksempel informasjon om pasienten oppnådd gjennom behandlingen) i kontekst av pasientens karakteristika og preferanser, for å kunne yte tjenester som best mulig sikrer at terapiens målsetting kan oppnås» (s. 9–10, min oversettelse).

I klinisk ekspertise inngår (Levant, 2005, s. 10–14):

- Å foreta vurderinger og formulere diagnostiske konklusjoner, systematiske kasusformuleringer og behandlingsplaner
- Å ta kliniske avgjørelser, iverksette intervensjoner og overvåke («monitor») behandlingsprosessen
- Å kunne bruke interpersonlig ekspertise, som blant annet innebærer å være i stand til å skape en allianse med pasienten og formidle en realistisk men positiv forventning til klienten
- Å opprettholde kontinuerlig selvrefleksjon og tilegnelse av ferdighet, som blant annet innebærer å være bevisst sine begrensninger og «biases», forstå deres innvirkning i arbeidet og endre dette
- Å evaluere og benytte kunnskap om forskning i både teoretisk og klinisk sammenheng.
- Å forstå den påvirkning som pasientens individualitet, kultur og kontekst vil ha på behandlingen
- Å søke etter tilgjengelige ressurser (for eksempel konsultasjon, assistanse eller alternative tilbud) ved behov
- Å inneha et troverdig og overbevisende rasjonale for kliniske strategier

## **Pasientkarakteristika, kultur og preferanser**

Standpunktet her er som følger: I tillegg til bidraget fra normative data om pasienter (for eksempel uttrykt ved bøker som *What works for whom* (Roth & Fonagy, 2005) og *A guide to treatments that work* (Nathan & Gorman, 2002), antas det at psykologiske tjenester er mer effektive når psykologen vurderer og «...tilpasser seg pasientens spesifikke problemer, ressurser, personlighet, sosiokulturelle kontekst og preferanser» (Norcross, 2002, referert i Levant, 2005:14, min oversettelse). Følgende fremheves (Levant, 2005:14–17, min oversettelse):

- Variasjoner når det gjelder klienters problemer/lidelse, etiologi, sammenfallende symptomer eller syndromer, og atferd

- Kronologisk alder, utviklingsstatus, utviklingshistorie, og livsstadium
- Sosiokulturelle faktorer og familieforhold (for eksempel kjønn, kjønnsidentitet, etnisitet, opprinnelse, sosial klasse, religion, evnenivå, familiestruktur og seksuell orientering)
- Miljømessig kontekst (for eksempel institusjonell rasisme, helsetilbud) og stressorer som arbeidsledighet og betydelige livshendelser
- Personlige preferanser, verdier, livsoppfatning, og preferanser knyttet til behandlingen; behandlingens målsetting, tro [på hva som virker] og forventninger til behandling

Levant (2005:16) viser til spørsmål om hvorvidt individuelle pasientforhold modererer empirisk utprøvde intervensjoner, om begrensningene i studier av majoritetspopulasjoner for minoritetsgrupper, om begrensninger i «vanlige» intervensjoner er egnede for barn og ungdom, og til slutt om begrensningene i den kunnskap som foreligger om behandling ved komorbiditet og sammensatt symptomatologi. Alle disse spørsmålene gjelder forholdet mellom intern og ekstern validitet. Sentralt i dette er spørsmålet om i hvilken grad kunnskap generert fra kontrollerte studier kan generaliseres.

### **Bakgrunnen for forståelsen av evidensbasert praksis i psykologi: noen historiske betraktninger**

Redegjørelsen for den historiske bakgrunnen er organisert i åtte punkter: 1) Den medisinsk inspirerte «Boulder-modellen»; 2) den amerikanske helselovgivning; 3) de tidligste meta-analysene; 4) Division of Clinical Psychology's (division 12/APAs) «Task Force Report» (1995); 5) kunnskap om psykologiske behandlingsformers komparative effekt; 6) kunnskap om betydningen av forskernes teoretiske posisjon; 7) kunnskap om terapeuteffekter i psykoterapiforskningen; 8) sentrale kunnskapskilder.

Gjennomgangen som følger er kun delvis kronologisk organisert, da temaene som presenteres, overlapper hverandre i tid.

#### **1. Den medisinsk inspirerte «Boulder-modellen»**

Et naturlig sted å begynne beretningen er formuleringen av den såkalte Boulder-modellen som retningsgivende for utdanninger av psykologer. Den har fått sitt navn fra en APA-konferanse om *utdanning i klinisk psykologi* i Boulder, Colorado i 1947. Denne konferansen har forløpere i flere konferanser tidligere på 1940-tallet i USA (Baker & Benjamin, 2000). Modellen omhandler utdanning av psykologer på doktorgradsnivå, og går i korthet ut på at kunnskapsbasen i utdanningen av psykologer skal være vitenskapelig. Det er uproblematisk å slutte seg til det prinsipielle i denne modellen, derimot er det kontroversielle at modellen støtter opp under den medisinske tankemodellen. Som George Albee (2000) skrev i artikkelen *The Boulder Model's Fatal Flaw*: «Boulder-modellen inneholdt en skjebnesvanger svakhet som har forvrengt og skadet utviklingen av klinisk psykologi siden. Svakheten var *ikke* kravet om vitenskapelig utdanning for kliniske psykologer, men den ukritiske godtakelsen av den

medisinske modellen, den organiske forklaringen av mentale forstyrrelser, med psykiatrisk hegemoni, medisinske begreper og språk» (s. 247, min oversettelse). Det må føyes til at det finnes flere «medical models», eksempelvis den biopsykososiale modellen formulert av Engel (1977). Hva Albee kritiserer APA for, er Boulder-modellens ensidige forankring i hva vi senere forstår som den *bio*-medisinske modellen.

## 2. Den amerikanske helselovgivningen

Den amerikanske helselovgivningen og spesielt *Health Maintenance Organization Act of 1973* førte til en fremvekst av *Managed Health Care* og *Managed Health Organization (MHOs)*. Dette omhandler reorganiseringer av helsetjenester som følge av en industrialisering av disse og var et forsøk på å begrense de raskt økende helsekostnadene i samfunnet (Wampold & Lichtenberg, 2005). Som en viktig del av dette ble prinsippet om «diagnostic related groups» (DRGs) formulert (Social Security lovgivning av 1983). Dette kategoriseringssystemet var basert på diagnose, alder, behandlingsprosedyrer og behandlingens lengde, og spesifiserte maksimum kostnad for hver kategori for pasienter innenfor Medicare, et føderalt helseforsikringsprogram. Mange vil hevde at dette fungerte godt for medisinske behandlinger av somatiske plager. Det bidro til å standardisere og effektivisere behandlingene og til kostnadsreduksjon. Det ble formulert forskjellige kriteriesett for forskningens vitenskapelige kvalitet. I tråd med det naturvitenskapelige forskningsidealet ble det eksperimentelle forskningsdesignet bekreftet som den optimale modellen og det randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) stadfestet som gullstandarden for vitenskapelighet.

Etter hvert ble det et press på å utvide dette til mental helse. Psykofarmakologisk behandling passer godt inn i det tenkesettet som preger DRG og MHO, og det skjedde en favorisering av biologisk psykiatri i helsevesenet. Mye energi ble lagt ned i å spesifisere hvilke psykofarmaka som var best egnet til behandlingen av pasienter med spesifikke psykiatriske diagnoser. Man fikk en behandlingsrettighetstenkning basert på DSM-systemet. Psykologer fikk et betydelig press på seg fra biologisk psykiatri til å begrunne empirisk effektiviteten av psykososiale intervensjoner for pasienter med forskjellige diagnoser. (Se del 4 nedenfor om hvordan Division 12/APA håndterte dette.)

Orlinsky, Rønnstad og Willutzki (2003) kommenterer denne tematikken slik:

«Kontroversene rundt empirisk støttede behandlinger i USA må forstås innenfor en bred kontekst av omfattende omlegginger av helsetjenester («managed care»). Denne *revolusjonen* har forsterket den tradisjonelle konkurransen mellom psykiatri, psykologi og andre disipliner innenfor mental helse om profesjonell jurisdiksjon (Abbott, 1988) og knappe økonomiske ressurser. Psykiatrien har blitt presset av ressursforvaltere og av den farmakologiske industri til å bli avhengig av farmakologisk behandling og til å minimalisere den tiden som anvendes sammen med pasienter. Med få unntak har akademisk psykiatri praktisk talt sluttet å tilby psykoterapi som behandlingsform, og det gis heller ikke formell psykoterapiutdanning til



psykiatriske utdanningskandidater (Luhmann, 2000). Uten støtte fra en sterk industri er profesjoner som psykologi, sosialt arbeid og rådgivning tvunget til å forsvare sin legitimitet innenfor helsevesenet ved å dokumentere effekten av korttidsbehandlinger både overfor seg selv og i forhold til farmakologisk behandling. Et ytterligere uttrykk for den betydning som økonomiske forhold har for psykoterapipraksis og forskning, ser en i den vekt som tillegges kostnadsvurderinger generelt og «cost-benefit»-analyser i vurdering av terapiutfall (for eksempel Miller & Magruder; 1999; Yates, 1994)» (s. 25, min oversettelse).

### **3. De tidligste meta-analysene**

For over 50 år siden konkluderte Eysenck feilaktig om psykoterapiens ikke bare manglende, men også negative effekt (Eysenck, 1952). Omfattende metodiske svakheter diskvalifiserer denne studiens resultater. Studien førte til en omfattende debatt, og ikke før publiseringen av meta-analysen til Smith og Glass i 1977, og reanalysene av denne studien, ble det allment akseptert at «psychotherapy works». Wampold (2001) summerer denne diskusjonen og viser at effektstørrelsene fra de forskjellige meta-analysene som regel varierer mellom .75 og .85. Denne summeringen er i overensstemmelse med meta-analysene til Lipsey og Wilson (1993), Lambert og Bergin (1994) og Grissom (1996), som rapporterte effektstørrelser på henholdsvis .81, .82 (for kontrollerte studier) og .75. Det er selvfølgelig ikke vanskelig å finne analyser som rapporterer høyere effektstørrelser. Gitt svakheter ved de fleste forskningsdesign (se feilkilder ved studier av komparativ effekt i neste del) er det grunn til å følge en god akademisk tradisjon med nøkterne estimater. Et nøkternt estimat anslås til .80, som ifølge konvensjonen ansees å være en stor effektstørrelse (Cohen, 1988), og som gir grunnlag for å konkludere som Wampold (2001) gjorde: «Simply stated, psychotherapy is remarkably efficacious» (s. 70–71).

### **4. Division of Clinical Psychology's (division 12/APAs) Task Force Report (1995) og diskusjonen som fulgte**

Division of Clinical Psychology (Division 12) innenfor APA tok imot utfordringen fra medisin ved å anvende RCT-design. Hensikten var god. Man ønsket å dokumentere på overbevisende måter at psykologiske behandlingsformer var like effektive som, eller mer effektive enn, farmakologisk behandling for pasienter med psykiske lidelser. Det ble nedsatt et utvalg: (Empirically validated treatments, EVT) The Task Force on the Promotion and Dissemination of Psychological Treatments tidlig på 90-tallet. Dette utvalget anvendte de samme kriteriene for å definere empirisk validerte behandlinger (og senere empirisk støttede behandlinger) som var formulert etter retningslinjene fra Food and Drug Administrations krav til godkjenning av medikamenter. The Task Force mente at dersom man «snakket dette språket», så ville man kunne konkurrere med biologisk psykiatri og demonstrere vitenskapeligheten (Wampold & Lichtenberg, 2005). Mange kjenner til deres differensiering mellom «scientifically well established» og «probably efficacious». Selv om konsekvensene av Division 12 sitt arbeid på kort sikt var

negative, så bidro debattene om resultatene til å intensivere et raffinement i begrepsbruken i psykoterapiforskningen; vi fikk distinksjonen mellom «efficacy»-, «effectiveness»- og «efficiency»-forskning, og en nyansert debatt om fordeler og ulemper ved forskjellige forskningstilnæringer. I denne perioden økte nok avstanden mellom forskeren og klinikerens. Kritikken førte til at Division 12 nedsatte en ny «task force» for å komme en del av kritikken i møte (Chambless, et al., 1996; Chambless et al., 1998). Dette var bare delvis vellykket, og Division 12 fremstår nå som den delen av amerikansk psykologi som kanskje er sterkest forankret i en tradisjonell biomedisinsk tankemodell.

## **5. Psykologiske behandlingsformers komparative effekt**

Med komparativ effekt menes sammenligning av forskjellige behandlingsformers effekt. Vi snakker om behandlingsformer i betydningen «behandlingspakker» som for eksempel kognitiv, interpersonlig eller psykodynamisk terapi. Denne debatten fikk et kraftig oppsving etter publiseringen av meta-analysen til Smith og Glass (1977). De fant i sine opprinnelige analyser at kognitive og adferdsorienterte terapier oppnådde høyere effektstørrelser enn andre terapiformer. Dette utløste en skarp metodisk kritikk av deres arbeid, som førte til en rekke reanalyser og refortolkninger av det samme datamaterialet som Smith og Glass hadde anvendt. Et viktig grep i disse reanalysene var at studier som ikke tilfredsstilte stringente krav til eksperimentell kontroll, ble ekskludert. Det ble etter hvert klart at konklusjonene til Smith og Glass om komparativ effekt ikke holdt mål. Feilkildene ved meta-analysene var for mange og for substansielle. Her er noen av dem (modifisert etter Wampold, 2001):

- Varierende patologi, varierende komorbiditet i de studiene som sammenlignes
- Variasjon i måleinstrumentenes sensitivitet og reaktivitet
- Varierende tidsrammer for behandling
- Forskjellige håndtering av frafall
- Variasjon i terapeutbakgrunn og kompetanse
- Forskeres teoretiske preferanse («allegiance»)
- Varierende håndtering av feilvarians

Mens effektstørrelsene for absolutt effekt som nevnt vanligvis var rundt .80, varierte ifølge Wampold (2001) effektstørrelsene for komparativ effekt mellom 0 og .20. Uttrykt annerledes, at forskjellene på behandlingspakkenivået forklarte mellom 0 og 1 % av variansen i det terapeutiske resultatet. I en kommunikasjon med Bruce Wampold i april 2006 opprettholder han sin formulering fra tidligere. Han var for øvrig medlem av APAs «Task Force». Han skriver:

«You have my claim correct. At most, 1 % of the variance in outcomes due to the type of treatment delivered – compare that to about 5 to 8 % due to therapist – one realizes that having a good therapist is much more important than what type of therapy is delivered (as we know, of course). While this conclusion seems more palatable perhaps for the treatment of depression

than for some specific disorders such as OCD, PTSD, or externalizing disorders for children, I can find no evidence that the equality of treatments does not hold for most disorders. We are completing studies of childhood disorders and find almost identical results as those for adult disorders» (Wampold, 6. april, 2006).

Det er gledelig at feltet i økende grad dokumenterer at psykologiske behandlingsformer er virksomme. Det synes å være mest forskningsaktivitet innenfor de kognitive og kognitive/adferdsorienterte behandlingsformene, noe som i hvert fall delvis kan forklares ved at disse behandlingsformene er lettere å manualisere og derfor lettere lar seg undersøke med kontrollerte design. Det oppfordres til flere studier også av andre behandlingsformer. De siste tiårs forskning med randomiserte kontrollerte design har også dokumentert at spesifikke behandlingsformer er virksomme i behandlingen av pasienter med spesifikke diagnoser. Men det er ikke gitt at disse behandlingsformene kan påberopes en komparativ fordel. Lebow (2007) har nylig summert sin forståelse av den kunnskap som er generert ved kontrollerte design:

«Examples of particularly well established treatments include Beck's Cognitive Therapy and Wiessman and Klerman's Interpersonal therapy for depression; David Barlow and Michele Craske's Panic Control Treatment for panic disorder; Edna Foa's exposure and ritual-prevention therapy for obsessive-compulsive disorder; Tom Borkovec's Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for generalized anxiety disorder; and 12 step and CBT treatments for substance-use disorders» (s. 45).

Det er positivt at forskning med eksperimentelle design har frembrakt denne kunnskapen. Men Lebow (2007) fremhever også følgende: «Under rigorous examination, no one therapy has ever been demonstrated to achieve results that are consistently better than those of any other»(s. 45). Det er ikke grunnlag for å tolke resultatene over som en devaluering av andre behandlingsformer. *Absence of evidence is not evidence of absence*, som det ble uttrykt ved Society for Psychotherapy Research in Montreal i 2005. Roth og Fonagy (2005) påpeker også dette i kapittelet *Issues in evidence-based practice: Can absence of evidence be taken as evidence for ineffectiveness?* Istedenfor å fremheve én behandlingsforms fortrinn fremfor andre nøyer mange seg nå med å formidle at en definert behandling har vist seg virksom, uten å fremheve en komparativ fordel i forhold til annen psykologisk behandling. Dette er for eksempel tilfellet med den summering som Hollon og Beck (2004) foretar i sin gjennomgang av kognitive og kognitive/adferdsterapier i et kapittel i Bergin and Garfields *Handbook of Psychotherapy and Psychotherapy Research* (Lambert, 2004). De retter den komparative argumentasjonen i hovedsak mot medikamentell behandling. Dersom man har en intensjon om å studere komparativ effekt, kan dette ikke etableres ved meta-analyser av studier med varierende innhold og kvalitet. Selv om RCT-studier av forskjellige behandlingsformer har gitt forbausende lite ny kunnskap, er likevel denne type design å foretrekke ved etablering av komparativ effekt.

## 6. Betydningen av forskeres teoretiske posisjon

Feltet har i de senere år blitt klar over den betydelige innflytelse som *forskeres* teoretiske posisjon synes å ha for det terapeutiske resultatet. Dette er spesielt interessant for vurdering av komparativ effekt. Som Lester Luborsky har påpekt, finnes det ikke et eneste eksempel i psykoterapiforskningens historie hvor grunnleggeren av en terapiretning har deltatt i psykoterapiforskning som førsteforfatter, hvor egen terapiform ikke har oppnådd de beste resultatene (Luborsky et al., 1999). Mange fremtredende forskere har tatt selvkritikk, bl.a. Steven Hollon og Aaron Beck (Hollon & Beck 2004), som skriver i siste utgave av Bergin and Garfields's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2005:450): «Det har lenge vært kjent at preferanse («therapy allegiance») predikerer differensielle effekter i kontrollerte forsøk; mye av den fordel som kognitiv terapi hadde sammenlignet med andre intervensjoner, forsvant når forskeres teoretiske preferanse («allegiance») ble tatt med i vurderingen» (Robinson, Berman & Neimeyer, 1990).

Lester Luborsky et al. (1999) viser i ett av sine arbeider til en rekke studier som dokumenterer at behandlingsformer har forskjellig effekt, men også at resultatene ofte er svært mostridende. Luborsky og medarbeidere har undersøkt om og i hvilken grad forskeres teoretiske preferanse kan forklare dette. Deres analyser viser at hele 69 % av variansen i komparativ effekt kan forklares ved forskerens teoretiske tilhørighet. Noen av forklaringene forfatterne foreslår, er:

- at mindre effektive behandlinger velges for sammenligning
- «file drawer effect» (at noen funn ikke forsøkes publisert)
- feilaktig definisjon av forskeres teoretiske preferanse
- utvalgte terapeuter kan variere i dyktighet
- subtile forsker-terapeut-allianser som befordrer økt entusiasme hos noen terapeuter

Den siste begrunnelsen omhandler en Rosenthal-type-effekt, hvor bekreftelsen ved å bli utvalgt øker engasjement og prestasjon.

## 7. Terapeuteffekter i psykoterapiforskningen

Terapeuteffekter viser til andelen av de terapeutiske resultatene som kan forklares ved terapeutens bidrag (til forskjell fra eksempelvis bidraget til den terapeutiske metode eller klient). Terapeuteffekter studeres vanligvis ved anvendelse av såkalte «nested designs», eller flernivåanalyser. For å sortere ut terapeuteffekter må studien bestå av flere terapeuter som hver må ha et minimum antall klienter. En vanlig konvensjon er minst fem. I løpet av de senere årene har det vært publisert flere arbeider som har dokumentert betydelig variasjoner i de resultatene som kan tilskrives terapeutene. Huppert, Bufka, Barlow, Gorman, Shear & Woods (2001) fant at effektstørrelsene for terapeuteffekter varierte fra 0 til 18 %. Denne studien er interessant fordi den er utført i Barlows laboratorium og går imot forestillingen om at terapeuteffekter forekommer kun i naturalistiske og ikke i manualiserte behandlinger. De skrev: «Resultatene tilsier

at teapeutene bidrar til resultatet i «CBT» for [pasienter med] panikk lidelser, selv når pasientene er forholdsvis likeartede, behandlingen er strukturert, og resultatene er positive» (s. 747, min oversettelse). I en studie av 6146 pasienter og 581 terapeuter fant Wampold og Brown (2005), etter å ha kontrollerte for klientpatologi, at terapeuteffektene utgjorde 6 % av variansen i det terapeutiske resultatet. Tilsvarende resultater fremkom i en annen studie utført i det samme forskningsmiljøet. Kim, Wampold og Bolt (2006) modellerte terapeuteffekter i en reanalyse av *The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program*. De fant at 8 % av variansen i det terapeutiske resultatet kunne forklares som terapeuteffekter, mot 0 % som metodeeffekter. Denne reanalysen bekreftet terapeuteffektene som Blatt, Zanislow, Zuroff og Pilkonis (1996) også dokumenterte i sin reanalyse av samme studie. Men analysen til Blatt og medarbeider er kontroversiell og kan ikke tillegges samme vekt som den Kim et al. utførte (2006). Lutz, Leon, Martinowitz, Lyans og Stiles (2007) har utført en grundig og sofistikert studie og fant betydelige terapeuteffekter i sin studie av nesten 1200 pasienter og 60 terapeuter. De skrev: «Resultatene tilsier at ca. 8 % av totalvariansen og ca. 17 % av variansen i pasientforbedringen (patient improvement) kan tilskrives teapeutene» (s. 32) (min oversettelse).<sup>2</sup> I denne studien foreligger ikke entydig informasjon om teapeutenes teoretiske orientering, men Lutz skrev «... but I can confirm to you, that indeed about 50 % of the therapists are following a cbt orientation – I come to this conclusion because this is a representative sample of outpatients as well as therapists from that insurance company –» (Lutz, 6. juni 2007, personlig e-postmeddelelse). På bakgrunn av de studiene som er referert, synes det altså som at terapeuteffektene generelt sett er betydelig større enn metodeeffektene, og at dette gjelder for terapeuter med forskjellige teoretiske orienteringer. Etter hvert som metodene og de statistiske analysene for estimering av terapeuteffekter blir mer avanserte (Minami, Wampold, Serlin, Kircher & Brown, 2007), kan vi ha større og større tillit til denne konklusjonen. The Task Force Report (Levant, 2005) henviste til terapeuteffekter som en begrunnelse for variasjon i design. De nyere studiene om terapeuteffekter forsterker dette. Det er verdt å merke seg at terapeuteffekter synes å være robuste. Selv i studier hvor man bestreber seg maksimalt på å redusere den effekt den enkelte teapeut har (ved manualisering, vurdering av manualetterlevelse mv.), ser det altså ut til at terapeuteffekter ikke oppheves.

## 8. Sentrale kunnskapskilder

*Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* representerer et betydelig kunnskapsfundament for den forståelse APA har lagt til grunn for sin definisjon av evidensbasert praksis i psykologi. Inntil siste utgave har dette verket vært redigert av Allen Bergin og Sol Garfield, vekslende som 1. og 2. redaktør. De første utgavene ble publisert i 1971, 1978, 1986, 1994 og 2004. Siste utgave er redigert av Michael Lambert. Verket er kjennetegnet ved en betydelig faglig bredde, og det er interessant å merke seg at de faglige diskusjonene om komparativ effekt som regel *ikke* omhandler effektforskjeller mellom psykologiske behandlingsformer, men om psykologisk

intervensjon sammenlignet med medisinsk (som i det store og hele betyr farmakologisk) behandling. Begrunnelsen for dette er ikke profesjonspolitisk, men empirisk.

Sentrale premissleverandører i den debatten som lå til grunn for APAs Policy Statement- antologien, er også forfattere av antologien *Evidence-Based Practices in Mental Health: Debate and Dialogue on the Fundamental Questions*, redigert av Norcross, Beutler og Levant (2006).

I løpet av de siste 50 årene, og spesielt de siste 20, har det skjedd en eksplosjon av aktivitet i psykoterapiforskningen hvor vi også ser en økning i metodisk godt utførte studier som anvender kvalitative design. Se Rennie (2004) for en oversikt over og sammenligning av kvalitativ psykoterapiforskning i Nord-Amerika og Anglo-Europa. Å avgrense seg fra den kunnskapen som i flere tiår er akkumulert gjennom varierte design, deriblant både eksperimentelle og naturalistiske prosess-utfall-studier, er ikke bare kritikkverdig, men uvitenskapelig (Orlinsky et al., 2004). En slik avgrenset posisjon står i kontrast til den åpenhet som kjennetegner APAs forståelse av evidensbasert praksis i psykologi.

## Noen bemerkninger

Det er verdt å merke seg at APAs Policy Statement *ikke* begrunner empirisk støttet terapi (Empirically Supported Treatment) med RCT-design. APAs forståelse er bredere. Det er mange innvendinger mot å begrunne empirisk støttet terapi (EST) ved RCT-design. Innvendingene er av forskjellig karakter: epistemologisk, teoretisk og empirisk. Det er flere krav som må tilfredsstilles for å validere EST ved anvendelse av RCT. Westen, Novotny og Thompson-Brenner (2004) summerer manges oppfatninger når de hevder at flere krav verken er validert eller anvendelige for de fleste psykiske forstyrrelser eller behandlinger. Unntakene er ifølge denne gruppen kanskje eksponeringsbehandling av spesifikke angstsymptomer. De hevder at forskere og konsumenter av forskning må kjenne til betingelsene for å vurdere om kravene er tilfredsstillt.

Diskusjonene i feltet tilsier at begrepene evidensbasert praksis (Evidence-Based Practice – EBP) og empirisk støttede terapier (Empirically Supported Therapies – EST) blandes sammen. Westen og kolleger påpeker den forvirring som følger av *ikke* å skille mellom de to forskjellige formålene ved randomiserte kontrollerte forsøk: 1) det pragmatiske og politiske formålet, som hadde til hensikt å sette korttidsterapier på kartet som et vitenskapelig basert alternativ til medikamentell behandling, og 2) den mer stringente kliniske og vitenskapelige hensikten, å identifisere de mest effektive behandlingene (s. 427). Levant (2005) klargjør distinksjonen mellom EST og EBPP (Evidence-Based Practice in Psychology) når han påpeker at EBPP er et mer overordnet begrep. EST-er («empirically supported treatments»)

«...starter med *behandlingen* og spør om den er virksom for en viss forstyrrelse eller et visst problem under spesifikke betingelser. EBPP starter

med *pasienten* og spør hvilken forskningsevidens (inklusive relevante resultater fra randomiserte kontrollerte forsøk) som kan bistå psykologen med å oppnå det beste resultatet. I tillegg utgjør EST-er spesifikke psykologiske behandlinger som har vist seg å være effektive i kontrollerte kliniske forsøk, mens EBPP omfatter et bredere tilfang av kliniske aktiviteter (for eksempel psykologisk vurdering, kasusformulering og terapirelasjoner» (s. 6, min oversettelse og mine uthevninger).

Til grunn for den brede forståelsen av evidensbasert praksis som APA nå kommuniserer, ligger en langvarig debatt. Diskusjonen om empirisk validerte (senere empirisk støttede) behandlinger skulle begrunnes i kun RCT-design har dominert diskusjonen. Elliott (1998, min oversettelse) har summert argumentene for og imot den forståelsen av «empirisk validering» (senere empirisk støttet behandling – ESB) som Division of Clinical Psychology (div. 12/APA) la til grunn for sin formulering av empirisk validerte behandlinger (Division 12/APA Task Force. 1966). Som man vil se, viser argumentene hvor sammensatt, motsetningsfullt og spisset diskusjonen har vært. Argumentene *for* å begrunne empirisk validert/støttet behandling ved RCT design er, slik tilhengerne selv vil formulere det, stikkordsmessig som følger: 1) det foreligger mye kunnskap om spesifikke behandlinger for spesifikke plager; 2) kvaliteten i behandlingen vil øke; 3) beslutningstakeres holdning til psykoterapi vil påvirkes positivt; 4) psykoterapiutdanningene vil bli bedre, 5) psykoterapiforskningen vil stimuleres; 6) det vil være mer rettferdig, og 7) det vil ha en kunnskapsstimulerende effekt (s. 117–118). Argumentene *mot* slik evidensbasert praksis, slik motstanderne formulerte det, er mer omfattende (s. 118–121). Det er to hovedargumenter, som hver kort begrunnes.

Det første hovedargumentet er som følger: 1) Tiden er ikke moden for å lage slike lister av validerte/støttede behandlingsformer, og begrunnelsene for dette er forskjellige: a) den dokumentasjonen som foreligger, er utilstrekkelig (s. 119); det er ikke en tilstrekkelig god ekstern validitet eller klinisk relevans for de behandlingsformene som er valgt ut; b) behandlingsformene har begrenset effekt; her vises det spesielt til høyt tilbakefall; c) listen over «støttede behandlinger» viser et systematisk mønster av diskriminering mot visse former for forskning, behandlinger og pasienter; d) listene synes å reflektere tilfeldige, politiske prosesser; e) listene kan hemme klinisk innovasjon.

2) Det andre hovedargumentet mot ESB-kriteriene er at de ikke er valide og er til liten hjelp. Begrunnelsene for dette er som følger: f) ESB-kriteriene er for restriktive; g) ESB-kriteriene er samtidig for «slappe» (dette er metodisk kritikk som omhandler «power-analyser», feilaktig statistikk med videre); h) ESB-kriteriene dreier oppmerksomheten vekk fra viktige forskningsfunn; i) ESB-kriteriene vil hemme forskning (kun større sentre kan drive forskningen); j) RCT-design er metodologisk sett svake; k) de forutsetningene som ligger til grunn for diagnostisk spesifisitet, er ugyldige; l) kravet til diagnostisk spesifisitet og objektivisering av klient er potensielt skadelig; m) kravet til behandlingsmanualisering kan føre til at behandlingene blir mindre effektive og til og

med skadelige<sup>3</sup>; n) kravet om at behandlinger må manualiseres, kan føre til at terapeutene omformes til teknikere (med den konsekvens at behandlingene kan utføres av personer med lavere utdanning, eksempelvis BA- eller MA-grad). Det gjentas at dette er Elliotts summering av momenter i en debatt. I dette sammensatte og motsetningsfylte landskapet har APA klart å enes om en bred og inkluderende forståelse av evidensbasert praksis i psykologi. Jeg håper at den norske debatten kan romme mangfoldet i perspektiver og synspunkter på en tilsvarende måte.

## **Implikasjoner for Norsk Psykologforening**

Til slutt vil jeg fremme noen forslag til vurdering for Norsk Psykologforening. Jeg formidler først noen generelle implikasjoner og deretter implikasjoner for spesialistutdanningen, med vekt på fordypningsprogrammet i klinisk voksenpsykologi.

### **Generelle implikasjoner**

1. Psykologforeningen bør fortsette den prioritering som nå er gitt til temaet kunnskapsbasert praksis, og bør stimulere til en videre debatt om temaet innad i foreningen. Det er viktig for å øke bevisstgjøringen om den forståelsen som psykologforeningen nå har sluttet seg til. Det er et kontinuerlig arbeid å problematisere forenklete forståelser av kunnskapsgrunnlaget for beslutninger innenfor anvendt psykologi.
2. Psykologforeningen bør aktivt formidle sin forståelse av evidensbasert praksis i psykologi til offentlige instanser, helseforetak, profesjonsforeninger og andre som har beslutningsmyndighet eller som kan påvirke psykologers arbeid.
3. Psykologforeningen bør intensivere sitt arbeid med å utarbeide prinsipper for hvordan behandlingsveiledere skal utarbeides. I tillegg til hva som foreligger av retningslinjer her i landet, er gode innspill APAs generelle prinsipper, og arbeidene som er utført spesielt innenfor Div. 17 (Division of Counseling Psychology) og Div. 29 (Division of Psychotherapy).
4. Psykologforeningen bør samle en arbeidsgruppe (gjærne et ekspertpanel) bestående av svært kompetente og respekterte psykologer som får som oppgave å klargjøre en nyansert og godt begrunnet forståelse av hva klinisk ekspertise innebærer. Mandatet bør være bredt, men inneholde kunnskap om hvordan klinikere tilpasser sin behandling til den enkelte klient.

### **Implikasjoner for fordypningsprogrammene**

5. Kunnskap om og evaluering av klinisk forskning er en selvfølgelig del av APAs forståelse av klinisk ekspertise. I dag er dette ivaretatt i fordypningsprogram klinisk voksen med 2 x 2 dager (Samling 1 og 3). Dette bør utvides.
6. En endret pedagogikk for deler av den kliniske opplæring. Det fremgår av APAs forståelse og vurdering av forskjellige forskningstilnæringer at prosess-utfall-forskningen er spesielt egnet til å forstå *forandringsmekanismer*. Psykologforeningen bør vurdere *også* å innføre en pedagogikk som er rettet spesifikt mot opplæring i å utøve



den klinisk rolle i tråd med etablerte forandringsmekanismer og endringsprinsipper. Dette innebærer en opplæring som ikke er behandlingspakke- eller behandlingsskoleorientert, men en opplæring som er integrativ og basert på etablerte forandringsprinsipper. Noen har gjort dette med hell. Før Klaus Grawe i Bern døde i 2005, rakk han å utvikle en utdanningsmodell basert på prinsipper for effektiv forandring formulert som *Psychological Therapy*, en integrativ terapiforståelse (Grawe, 2004). Grawe og hans medarbeidere Caspar og Flückinger presenterte sine resultater på Society for Psychotherapy Research konferanse i Montreal, Juni, 2005. Integrativ terapi ble sammenlignet med resultatene for 20 år siden, hvor studentene var mindre erfarne. Selv om de tidligere resultatene var gode, så oppnådde studentene som var utdannet etter etablerte prinsipper for forandring, effektstørrelser som var betydelig høyere enn hva man oppnådde med en teoribasert terapi. Dette er et sterkt argument for en opplæring som er integrativ og basert på empirisk dokumentert prinsipper for forandring (Rønnestad, 2006). En slik tilnærming henter sin kunnskap fra prosess-utfall-forskningen. Crits-Christoph (2006) har også nylig gjort noe lignende. Han stilte spørsmålet om det er mulig å lære terapeuter opp til å etablere bedre allianser med klientene sine. Svaret er ja. Som gjesteredaktør for et temanummeret i *Psychotherapy Research* om psykoterapiutdanning (Rønnestad, 2006), har jeg hatt muligheten til å vurdere denne tilnærmingen opp mot andre. Tilnærmingen ser ut til å øke kvaliteten på utdanningen.

7. En større vektlegging i undervisningen på utvikling av interpersonlig ekspertise. Sentralt i APAs forståelse av klinisk ekspertise står *interpersonlig ekspertise*. Det vurderes som vesentlig i utøvelse av alle yrkesroller i anvendt psykologi. Begrepsfloraen om dette er rik. Den generelle betegnelsen *kvaliteten på relasjonen* står sterkt i mange psykologers oppfatning. Det er sannsynligvis langt mellom de psykologene som ikke er enige i at en god allianse mellom psykolog og klient er en nødvendig del av profesjonelt klinisk arbeid. Skillet mellom psykologene synes å gå mellom de som ser på relasjonen som *både* en forutsetning for og et virkemiddel for forandring, og de som ser relasjonen *bare* som forutsetning for forandring (von der Lippe & Rønnestad, 2001). Det er kanskje forbausende at en enkel 12 ledds måling av arbeidsallianse som Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1986) forklarer langt mer varians i utfall enn forskjeller i behandlingspakker, men det synliggjør kraften i den interpersonlige ekspertise i klinisk arbeid. En implikasjon av dette er at fordypningsprogrammene legger mer vekt på utvikling av interpersonlig ekspertise i spesialistutdanning. Ifølge Fordypningsprogram Klinisk voksenpsykologi er temaet formulert som «hvordan opprettholde en arbeidsallianse», som i omfang er ett av en rekke temaer på 3. samling. Det foreslås at dette temaet gis mer tid, og at det eksplisitt formuleres som *etablering* av, *oppretholdelse* av og *reparasjon* av brudd på arbeidsalliansen. I tråd med betydningen av interpersonlig ekspertise i psykologisk praksis kan det nevnes at Psykologisk institutt ved UiO nylig har etablert et obligatorisk kurs i grunnleggende relasjonskompetanse som del av en omfattende omlegging av profesjonsstudiet.

8. Tematiser i større grad temaer som identitet, kjønn, trosforhold og kulturelt orienterte temaer i undervisningen. Dette innebærer å hente viten fra kunnskapsområder som krysskulturell psykologi, kulturpsykologi, kulturpsykiatri, psykologisk antropologi og kulturell psykoterapi (Levant, 2005).

Undervisningen bør gjenspeile et interseksjonalitetsperspektiv hvor identitet, etnisitet, kjønn mv. gjøres relevant i forståelsen av fenomenene. Jeg kan her føye til at Society for Psychotherapy Research nylig har etablert en «Special interest group in culture and psychotherapy». Det er nok dette siste temaet (tema 8) hvor behovet for styrket undervisning i Norsk Psykologforening er sterkest. Her har selvfølgelig også universitetene et betydelig ansvar.

Michael Helge Rønnestad

Psykologisk institutt

Universitetet i Oslo

Postboks 1094 Blindern

0317 Oslo

Tlf 22 84 52 34

E-post: [helge.ronnestad@psykologi.uio.no](mailto:helge.ronnestad@psykologi.uio.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 4, 2008, side 444-454*

#### TEKST

**Michael Helge Rønnestad**

+ Vis referanser

#### Referanser

APA Presidential Task Force on Evidence Based Practice (2006). *American Psychologist*, 61, 271-285.

Albee, G. (2000). The Boulder Model's fatal flaw. *American Psychologist*, 55, 247-248.

Baker, D. B. & Benjamin, J. L. T. (2000). The affirmation of the scientist-practitioner: A look back at Boulder. *American Psychologist*, 55, 241-247.

Barlow, D. H. (2004). Psychological treatments. *American Psychologist*, 59, 869-878.

Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (eds.) (1976, 1978, 1994). *The handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Zuroff, D.C. & Pilkonis, P. A. (1996). Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1276-1284.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P. et al. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.

- Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Johnson, S. B., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., et al. (1996). An update on empirically validated therapies. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 5-18.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Elliott, R. (1998). Editor's introduction: A guide to the empirically supported treatments controversy. *Psychotherapy Research*, 8, 115-125.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model. *Science*, 196, 129-136.
- Garett, C. J. (1985). Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 287-308.
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 3. utgave. New York: Wiley.
- Grawe, K. (2004). *Psychological therapy*. Göttingen: Hogrefe Verlag
- Grissom, R. J. (1996). The magical number .7 + -.2: Meta-meta-analysis of the probability of superior outcome in comparisons involving therapy, placebo, and control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 973-982.
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. I: A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., ss. 428-466). Oxford: John Wiley & Sons.
- Horvath., A. O. & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. I: L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (eds.). *The psychotherapeutic process: A research handbook* (ss. 529-556). New York: Guilford Press.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K. & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 5, 747-755.
- Kim, D. M., Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects in psychotherapy: *Psychotherapy Research*, 16, 161-172.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (Fifth edition). New York: Wiley.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. I: A. E. Bergin & S. L. Garfield (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4. utg., ss. 143-189)
- Lebow, J. (2007) A look at the evidence: Top ten research findings of the last 25 years. *Psychotherapy Researcher*, March/April.
- Levant, R. F. (2005). Report of the 2005 Presidential task force on evidence-based practice. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lippe, A.v.d. & Rønnestad M. H. (2001). Forskningens bidrag til kunnskap om psykoterapi. I: M H. Rønnestad & A.v.d.Lippe (Red.). *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological , educational, and behavioural treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Kreuse, E. D., Johnson, S., et al. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A «Wild Card» in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-105.
- Lutz, W., Leon, S. C., Martinovich, Z., Lyons, J. S. & Stiles, W. B. (2007). Therapist effects in outpatient psychotherapy: A three-level growth curve approach. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 32-39.
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Kircher, J. C. & Brown, G. S. (Jeb). (2007). Benchmarks for psychotherapy efficacy in adult major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75, 232-243.

- Nathan, E. N. & Gorman, J. M. (2002). *A guide to treatments that work*. London: Oxford University Press.
- Norcross, J. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., L. E. Beutler & R. F. Levant (eds.) (2006). *Evidence-based practices in mental health : Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2003). Fifty years of psychotherapy process-outcome research. Upublisert manuskript under bearbeiding.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I: M. J. Lambert (ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. utgave, s. 307-389). New York: Wiley.
- Rennie, D. L. (2004). Anglo-North American qualitative counseling and psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 14, 2004, 37-55.
- Ricks, D. D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. I: D. F. Ricks, M. Roff & A. Thomas (eds.). *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford Press.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- Taks Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training in and dissemination of empirically -validated psychological treatment: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 2-23.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (6. april, 2006). Personlig meddelelse.
- Wampold, B. E. & Brown, D. (in press). Estimating therapist variability: A naturalistic study of outcome in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Wampold, B. E. & Lichtenberg, J. W. (2005). A broader perspective: Counseling psychology's emphasis on evidence. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 35, 27-38.
- Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2005). EBP not-equal-to EST: Reply to Crits-Christoph et al. (2005) and Weisz et al. (2005). *Psychological-Bulletin*, 131, 427-433.
- Westen, D., Novotny, C. M. & Thompson-Brenner, H. (2004). The empirical status of empirically supported psychotherapies: Assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin*, 130, 631-663.