

- Mer nøytral forskning



«Evidensbasert praksis» er lite verdt når ikke forskningen som underbygger praksisen, er til å stole på, mener spesialist i klinisk psykologi Johan Sigveland.

TEKST OG FOTO

Per Olav Solberg

PUBLISERT 1. juli 2016

- Er det noe råttent i hele psykologiforskningsfeltet, Johan Sigveland?

- Det er vel å ta hardt i. Men feltet har noen åpenbare svakheter som må tas på alvor. Det alvorligste er det som på engelsk kalles «undisclosed conflict of interest». (På norsk: «ikke oppgitt interessekonflikt».) De som forsker på om en terapeutisk metode har effekt, er ofte de samme personene som har deltatt og investert i selve utviklingen av metoden. Forskeren har dermed sterke personlige interesser, og noen ganger økonomiske interesser, i å dokumentere en effekt. I enkelte tilfeller er det de samme folkene som oppsummerer denne forskningen, som igjen gir grunnlag for politikkutforming. Hvor troverdig er det?

- Hva viser egentlig den mer nøytrale forskningen om terapeutisk effekt ved ulike typer lidelser?

- Her er det mange svar avhengig av hvilke lidelser, metoder og forskning man tar utgangspunkt i. Vi kan ta to eksempler: For depresjon viser ulike metastudier at du må behandle mellom 5 og 7 pasienter med psykoterapi for at én skal bli bedre. For ME-pasienter som får kognitiv atferdsterapi (KAT), er forholdet 1 til 10. Du må altså behandle 10 personer for at én skal bli bedre. Spørsmålet er om dette er bra eller dårlig.

Det kommer litt an på øyet som ser. Problemet er at vi på forhånd ikke kan vite hvem som blir bedre av den samme behandlingen, og det gjelder i grunnen all behandling vi holder på med. Er dette effektivt? Hvordan formidler vi denne kunnskapen til pasientene våre? Har terapi andre, positive effekter for pasientene, men som ikke effektforskningen klarer å fange inn? Denne typen spørsmål må vi ha større debatt rundt.

– Hvor troverdig er evidensparadigmet når forskningen som underbygger evidensen, er såpass svak?

– Jeg tenker at psykologer i større grad bør forholde seg konstruktivt kritisk til evidensparadigmet. Jeg ser tendenser til at psykologer havner i hver sin grøftekant: Enten oppfatter de evidens som helt irrelevant for det de holder på med, eller de har klokketro på evidensen vi har per i dag. Det finnes en middelvei her. Jeg tror evidensparadigmet i seg selv er lovende for å informere om psykologisk behandling, men det undervurderes hvor kort vi egentlig har kommet i den kliniske forskningen. Dette er ikke et problem som er unikt for klinisk psykologi, det gjelder også klinisk medisin i større grad enn vi liker å tro. Vi kaster også bort store ressurser på forskning som fører oss lite videre. Konsekvensen er at framgangen i forskningen er mye mer langsom enn det vi kunne håpet på. En av de fremste forskerne som har studert dette nærmere, er John Ionnandis, professor i medisin ved Stanford University. Han hevder at hele 85 % av biomedisinsk forskning er bortkastet på grunn av grunnleggende problemer med «conflict of interest» og sviktende metoder.

– Hva må endres i terapiforskningen for at resultatene skal bli mer troverdige og til å stole på?

– Mer nøytral forskning er det enkle svaret. Men det er mye upløyd mark i måten det forskes på, selv om forskningen i utgangspunktet er nøytral. Randomiserte, kontrollerte studier er gullstandarden. Det betyr at behandlingseffekten av en metode i en gruppe, blir sammenlignet med en annen type behandling i en tilfeldig kontrollgruppe. I svært mange studier betyr annen behandling «treatment as usual». Men hva er «treatment as usual»? Det kan være alt fra å stå på venteliste for å få en type støttesamtaler til en veldig uspesifikk form for oppfølging som det ikke er grunn til å tro er virksom. Problemet er at «treatment as usual» kan variere svært mye fra studie til studie. Resultatene man da får, vil alltid være relative til hva «treatment as usual» er i hvert enkelt tilfelle. Dette gir ikke god og troverdig forskning. I studier bør man heller sammenligne ulike behandlinger mer eksakt mot hverandre. KAT sammenlignet med dynamisk psykoterapi, for eksempel. Det er oppsiktsvekkende få studier som gjør dette – og det er et stort problem.

– Et funn er altså nødvendigvis ikke et funn, blant annet på grunn av «treatment as usual»-problemet. Men nullfunn er det ingen som vil ha, verken forskere eller publiseringskanalene?

– Dette er en annen utfordring i forskningen. Iveren etter å finne noe – og publisere – som utgjør en signifikant forskjell. Det har tradisjonelt vært mindre krav til

forskningsmessig stringens i psykoterapiforskning sammenlignet med medisinsk forskning. For eksempel har det vært vanlig å ikke på forhånd registrere forsøket og heller ikke oppgi hvordan man skal måle utfall. Det betyr at det er enkelt å manipulere med tall og kun ta med de utfallene som ser ut til å være signifikante, selv om det kan være tilfeldige funn. Denne typen forskningsfeil kan mye lettere avsløres hvis forskningen er gjennomiktig, og hvis man på forhånd vet hvilke variabler forskerne skal måle effekten av. Det er flere store kontroverser gående på dette feltet for tiden. Et konkret eksempel er den såkalte PACE-studien, publisert i tidsskriftet *Lancet* i 2014, som viste effekt av kognitiv atferdsterapi på ME-lidelsen. Den studien er det flere som krever skal bli trukket tilbake fra tidsskriftet på grunn av manglende forskningsmessig skikkelighet.

Hvorfor NÅ?

- «Evidensbasert praksis» er mantraet psykisk helsefeltet lener seg på. Johan Siqveland er kritisk til hvordan begrepet brukes.
- Siqveland mener terapeutiske metoder overselges uten at effekten av metodene kan dokumenteres godt nok.
- Siqveland er spesialrådgiver og ph.d-kandidat ved Akershus universitetssykehus, der han blant annet forsker på posttraumatisk stress og kroniske smerter.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 53, nummer 7, 2016, side 508-509

TEKST OG FOTO

Per Olav Solberg, redaksjonssjef