

Grunnlaget for psykiatrisk behandling - fra tro til vitenskap

Ted Reichborn-Kjennerud Erik Falkum

Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1148-52 ut

I likhet med andre kliniske disipliner er psykiatrien i tiltakende grad blitt konfrontert med kravet om å dokumentere det vitenskapelige grunnlaget for behandlingsvirksomheten. Introduksjonen av kunnskapsbasert medisin (evidence-based medicine) har, blant annet, bidratt til dette. Psykiatrien står i en særstilling sammenliknet med andre medisinske fag fordi den ikke bare beskjeftiger seg med rent fysiske eller biologiske forhold, men også mentale eller meningsbærende fenomener. Den vitenskapelige og kliniske tilnærmingen til faget må derfor kunne ivareta begge disse aspektene. Dette vil ikke være mulig innenfor en rent hermeneutisk eller en relativistisk posisjon. Slike tilnærminger vil ikke kunne bidra til å bygge bro mellom forskning og klinisk praksis. Den kunnskapsbaserte medisin, gjennom en sterkere vektlegging av vitenskapelig empirisk evidens som grunnlag for våre behandlingsmetoder, vil være det beste utgangspunkt for en vedvarende utvikling av faget. En spørrende og kritisk holdning til etablerte «sannheter» vil kunne forhindre stagnasjon i statiske eller dogmatiske posisjoner. Den vil også gi oss mulighet til å skape et solid fundament som både sikrer våre pasienter et bedre og tryggere behandlingstilbud og styrker psykiatriens stilling utad. Spørsmålet om kvalitetskontroll og vitenskapelighet er i siste instans et spørsmål om etikk, og er derfor noe vi ikke kan unnlate å forholde oss til.

In the absence of science, opinion prevails (1)

Både psykiatriens og den somatiske medisins historie inneholder mange eksempler på behandlingsmetoder som ikke bare har vært fullstendig uvirksomme, men også til tider farlige (2). Mangel på vitenskapelig dokumentasjon både av effekt og bivirkninger er et karakteristisk fellestrekk ved dem alle. I løpet av de senere år har behandlere, myndigheter, forsikringsselskap, pasienter og den generelle offentlighet i økende grad begynt å stille spørsmål ved det vitenskapelige grunnlaget for behandlingsmetodene innenfor de fleste klinisk-medisinske disipliner (3 - 5).

Diskusjonen om grunnlaget for psykiatrisk behandling skjøt for alvor fart i USA i begynnelsen av 1990-årene i kjølvannet av den såkalte Oscheroff-saken, der det psykoanalytisk orienterte sykehuset Chestnut Lodge ble dømt til å betale erstatning til en pasient for å ha unnlatt å behandle ham medikamentelt for en svært alvorlig depresjon. I den påfølgende faglige og offentlige debatten ble det tatt til orde for at pasienter burde ha rett til mest mulig effektiv behandling, og at praktiserende psykiatere burde ha plikt til å velge vitenskapelig validerte behandlingsmetoder fremfor terapier hvor effekten ikke er blitt dokumentert (6). Senere har introduksjonen av offisielle retningslinjer for behandling av ulike lidelser og den såkalte kunnskapsbaserte medisin (evidence-based medicine) (7) bidratt til å skjerpe søkelyset på disse problemstillingene.

To typer vitenskap

Mange vil hevde at psykiatrien står i en særstilling blant medisinske fag fordi den ikke bare omhandler rent fysiske eller biologiske forhold, men i stor grad beskjeftiger seg med mentale eller meningsbærende fenomener. Selv om få av oss vil forfekte et dualistisk syn når det gjelder forholdet mellom hjerne og bevissthet, er det sannsynligvis heller ikke mange som mener at mentale fenomener kan reduseres til ren biologi eller fysikk.

Tradisjonelt skiller man i vitenskapsfilosofien mellom nomotetisk vitenskap, som har til formål å avdekke universelle lovmessigheter, og ideografisk vitenskap, som tar sikte på å beskrive

individuelle, unike aspekter ved virkeligheten som mening og intensjonalitet (8). I den første tilnærmingen legges det vekt på å forklare fenomener gjennom årsaksanalyse. Til dette formål anvendes den hypotetisk-deduktive metode. Ideografisk vitenskap søker på den annen side å forstå fenomenene gjennom meningsanalyse. Til dette formål anvendes den hermeneutiske metode. Den første metoden danner grunnlag for generalisering gjennom kvantifisering og statistisk bearbeiding av data. Den andre tilnærmingen er kvalitativ og rettet inn mot forståelse av enkeltindivider eller enkelthendelser, noe som innebærer at kunnskapen ikke uten videre kan generaliseres, dvs. antas å være gyldig for andre personer i andre situasjoner. Innenfor vårt fag skilte Karl Jaspers allerede i 1913 mellom en forstående (verstehende) og en forklarende (erklærende) psykiatri (9). Ofte kombineres de to metodene i psykologisk og psykiatrisk forskning. Også klinisk virksomhet baseres vanligvis på begge disse tilnæringsmåtene.

Innenfor psykoanalysen har det i mange år vært en diskusjon om vitenskapsteoretiske spørsmål. Freud, som selv var oppdratt i en naturvitenskapelig, nomotetisk tradisjon, var opptatt av å avdekke universelle lovmessigheter, og foretok etter manges mening i den hensikt generaliseringer uten tilstrekkelig empirisk grunnlag (10). Freuds senere kritikere, ofte med ståsted innenfor psykoanalysen, har på den annen side kritisert ham for det de kaller en «scientistisk selvmisforståelse», og hevdet at psykoanalysen først og fremst må oppfattes som en hermeneutisk virksomhet i likhet med historie og litteraturvitenskap (11, 12).

Relativisme

En annen, mer fundamental kritikk av nomotetisk vitenskap har i de senere år vokst frem innenfor de akademiske miljøene i Vesten under navn som postmodernisme, poststrukturalisme og sosialkonstruksjonisme. Karakteristisk for disse retningene er en relativistisk posisjon. Den grunnleggende tesen er at det ikke finnes universelle sannheter, bare lokal kunnskap som er sosialt eller språklig betinget. I de mest ekstreme variantene benektes muligheten for «objektiv» kunnskap på noe felt, inkludert naturvitenskapene. Vitenskapen sees på som en av mange mulige «narrativer», myter eller sosiale konstruksjoner. Særlig i USA har dette ført til en intens debatt som er blitt kalt vitenskapskrigen (13).

Også innenfor psykiatri og psykologi har dette satt sine spor. Et sitat hentet fra boken *Psychology and postmodernism* er karakteristisk både i form og innhold: «Postmoderne tenkning erstatter forestillingen om en virkelighet uavhengig av observatøren med ideen om at språket faktisk konstituerer strukturene i en perspektivisk (perspectival) sosial virkelighet. Den moderne dikotomien med en objektiv virkelighet distinkt fra subjektive bilder bryter sammen og blir erstattet med en hypervirkelighet av selv-refererende tegn» (14). Innenfor terapifeltet finner vi tilsvarende syn spesielt innenfor systemisk familierapi (15) og deler av psykoanalysen (16).

Med et slikt utgangspunkt er nomotetiske ambisjoner åpenbart utelukket. Teoretisk sett er dette etter vår mening en umulig posisjon fordi den er det som i filosofien kalles selvrefererende inkonsistent (17). Dette blir innlysende hvis vi for eksempel formulerer den grunnleggende tesen slik: «Det er en universell sannhet at universelle sannheter ikke finnes.» Posisjonen er imidlertid først og fremst uholdbar på grunn av de praktiske (kliniske) og etiske konsekvenser den medfører. Den mest alvorlige er at det med et relativistisk utgangspunkt ikke blir mulig å skille mellom effektive og ineffektive behandlinger. Tro og retorikk vil erstatte vitenskap som basis for en klinisk virksomhet som det vil bli svært vanskelig å legitimere. Hvis man ikke vet hva som virker og hva som ikke har effekt, blir det heller ikke lett å forholde seg til etiske problemstillinger i klinisk praksis. En relativistisk posisjon er i seg selv svært problematisk etisk sett fordi normsystemet nødvendigvis også vil bli relativisert, noe som gjør det vanskelig å skille mellom gode og dårlige handlinger (17).

Et slikt syn er neppe utbredt blant psykiatere. De fleste mener trolig at både det nomotetiske og

ideografiske perspektivet er nødvendig. Med dette som utgangspunkt vil det sentrale spørsmålet bli hvordan de to tilnærmingene skal avbalanseres. Dette er en langt mer fruktbar diskusjon som i dag bl.a. føres i forbindelse med introduksjonen av kunnskapsbasert medisin.

Kunnskapsbasert medisin

Denne tenkemåten er delvis vokst frem som svar på krav fra en kritisk offentlighet som forlanger at fag og profesjoner skal kunne dokumentere sin forståelse av årsakssammenhenger og sin sannsynlige suksess i behandlingsmessig sammenheng. Dette gjelder for alle de medisinske disiplinene. Det er slett ikke bare innenfor psykiatrien man har ansett intuisjon, mer eller mindre usystematisk klinisk erfaring og patofysiologisk rasjonale som gyldig grunnlag for diagnostiske, terapeutiske og prognostiske vurderinger. Eksempler på dette fra vår tid er den omfattende bruken av tonsillektomi hos barn i 1950-årene og lidokainbehandling ved akutt hjerteinfarkt, en intervensjon som sannsynligvis kostet en rekke mennesker livet (18).

Kunnskapsbasert medisin er blitt definert som «samvittighetsfull, eksplisitt og skjønnsom bruk av den til enhver tid beste foreliggende evidens når man gjør beslutninger om behandling av individuelle pasienter» (7). Intensjonen er å bygge bro mellom forskning og klinisk praksis for å gi pasientene et bedre og mer konsistent tilbud. I praksis betyr det å integrere individuell klinisk ekspertise med de best begrunnede resultater fra systematisk klinisk forskning. Begge elementer er nødvendige, mens ingen av dem er tilstrekkelige alene. Uten klinisk ekspertise vil praksis kunne bli stereotyp og rigid, for selv utmerket generell kunnskap vil kunne være vanskelig å tilpasse den individuelle pasient. Uten bruk av de beste foreliggende forskningsresultater vil man på den annen side risikere at praksis blir basert på feilaktig eller foreldet kunnskap. Pasientene får da ikke nytte godt av fagets utvikling.

Mange vil hevde at kunnskapsbasert medisin ikke er noe nytt, og at det bare er en beskrivelse av måten god klinisk praksis alltid har vært drevet på. Hvis dette er riktig, blir det vanskelig å forstå at medisinen fortsatt praktiseres svært forskjellig på ulike steder. Sannsynligvis er det i større grad sosialpsykologiske faktorer som hvor og når man har fått sin utdanning, det kliniske miljø man arbeider i, skoleretningen man tilhører og ens forhold til autoriteter snarere enn kunnskap fra vitenskapelige studier som forklarer denne variasjonen. På den annen side er det muligens å ta for hardt i å hevde at kunnskapsbasert medisin, gjennom sin vekt på evidens fra klinisk forskning som grunnlag for beslutninger i praksis, representerer et paradigmeskifte, slik Evidence-Based Medicine Working Group gjør (19). Det er imidlertid viktig å understreke at den grunnholdningen kunnskapsbasert medisin representerer, gjennom stadig å stille spørsmål ved begrunnelsen for vår virksomhet, sikrer at faget ikke blir statisk og defensivt, men fortsetter en vedvarende utvikling styrt av vitenskapelige fremskritt. Slutter vi å være kritiske til etablerte «sannheter» og dogmer, vil stagnasjon være en uunngåelig følge.

Den informasjonsteknologiske utvikling, kombinert med stadig forbedring og utvikling av både terapeutiske tilnærminger og vitenskapelige metoder for evaluering av effekt, muliggjør en forskyvning av perspektivet som det ikke tidligere var grunnlag for. Klinikere har i dag en enestående mulighet til å kunne følge med i forskningen gjennom elektroniske kilder som f.eks. Medline (20). Et problem er imidlertid at det publiseres så mye forskningslitteratur at det blir vanskelig for de fleste å følge med. Et annet problem er hvordan man skal kunne bedømme artiklenes kvalitet. Som grunnlag for slik vurdering bruker man i kunnskapsbasert medisin et kvalitetshierarki (21) som er gjengitt i tabell 1.

Tabell 1 Hierarki av evidens for behandlingseffekt (21)	
Evidens fra	
Ia	En metaanalyse av randomiserte kontrollerte studier
Ib	Minst en randomisert kontrollert studie
IIa	Minst en kontrollert studie uten randomisering
IIb	Minst en annen type kvasiekperimentell studie
III	Ikke-eksperimentelle deskriptive studier
IV	Ekspertkomitérapporter og/eller klinisk erfaring fra respekterte autoriteter

Ofte vil man ikke finne studier som tilfredsstillende de strengeste kravene til design. Man velger da den behandlingsmåte som støttes av de beste tilgjengelige forskningsresultatene. For å hjelpe klinikere å følge med i publikasjonsstrømmen, finnes det, i tillegg til systematiske oversiktsartikler, institusjoner som fortløpende gjennomgår og vurderer forskningslitteraturen, f.eks. Cochrane Collaboration, som utgir oversikter regelmessig (22). En annen kilde er tidsskrifter som fortløpende evaluerer nye forskningsresultater, f.eks. Evidence-Based Medicine. Fra 1998 har vi fått en publikasjon spesielt rettet inn mot psykisk helse, Evidence-Based Mental Health (23), som utgis av British Medical Journal i samarbeid med Royal College of Psychiatrists og British Psychological Society. Nok et alternativ er behandlingsveiledninger, som gjennomgår den empiriske forskning knyttet til diagnose og behandling av ulike lidelser. Den amerikanske psykiaterforening har fra 1993 publisert behandlingsveiledninger for en rekke lidelser, bl.a. alvorlig depresjon (24) schizofreni (25) og panikkklidelse (26). Norsk psykiatrisk forening har under utgivelse kliniske retningslinjer for utredning og behandling av stemningslidelser, angstlidelser og schizofreni. Den amerikanske psykologforening, som har vært svært aktiv når det gjelder å dokumentere effekten av psykologisk behandling, offentliggjorde i 1995 en rapport (27) som inneholdt en liste over empirisk validerte terapier. På basis av eksplisitte kriterier for vitenskapelig evidens skilte man mellom «vel etablerte behandlinger» og «sannsynligvis effektive behandlinger». Listen ble oppdatert året etter (28), og intensjonen er å følge opp med regelmessig oppdatering. Det finnes etter hvert også god de håndbøker eller systematiske oversikter over validerte terapier (1).

Alternative grunnlag for klinisk praksis

De viktigste begrunnelsene for klinisk virksomhet har tidligere vært konvensjoner etablert gjennom laug, faglige autoriteter, klinisk erfaring og teori.

Medisinens historie inneholder en rekke eksempler på at de to første er utilstrekkelige. Semmelweis' skjebne illustrerer hvordan medisinske autoriteter kan bidra til å opprettholde dårlige behandlingsmetoder og hindre fremskritt (29). Postmodernistene er kritiske til opplysningstidens idealer, men kan neppe unnlate å akseptere at vitenskapen har bidratt til å bekjempe negative maktstrukturer og fremme mer rasjonell behandling.

Klinisk erfaring er blitt brukt og brukes stadig som legitimering for en rekke ulike metoder fra alternativ medisin til kirurgi. Men selv den mest iherdige og seriøse klinikers erfaring er begrenset og i tillegg til dels farget av personlig overbevisning. Derfor vil den være et utilstrekkelig grunnlag for terapeutisk virksomhet. Den vil også nødvendigvis være subjektiv og umulig å validere annet enn gjennom kontrollerte studier, noe som bringer oss tilbake til kunnskapsbasert medisin.

Teorier om årsaksforhold i naturen skiller seg fra filosofiske teorier ved at de er knyttet til empiri. Vanligvis vil man bedømme kvaliteten av en teori i forhold til dens evne til å predikere observerbare fenomener. Forutsetningen for at den skal kunne kalles vitenskapelig, er at den er utformet slik at

dens forklaringskraft kan undersøkes på denne måten (hypotetisk deduktiv metode). Resultatene av en behandlingsmetode utviklet fra en teori kan således bidra til validering av teorien. Å snu argumentasjonsrekkefølgen ved å hevde at behandlingen kan valideres med teorien den er avledet fra, er imidlertid ikke holdbart, og representerer logisk sett en sirkelslutning. Psykoanalytisk behandling kan for eksempel ikke legitimeres gjennom henvisning til teorien, fordi også den i liten grad er empirisk validert (30, 10). Selv om de færreste vil hevde at psykoanalysen er formulert på en måte som gjør dette umulig (30, 31), har interessen for forskning, inntil for få år siden, vært påfallende liten, både når det gjelder teori og behandlingseffekt. De grunnleggende hypotesene er tilsynelatende blitt akseptert som sannheter hvis innhold det ikke skulle stilles spørsmål ved. Nå ser imidlertid tendensen ut til å ha snudd. Det synes å bli tiltakende enighet om at hvis denne teorien skal kunne overleve, må hypotesene underkastes empirisk evaluering (10, 30 - 32). Her hjemme har viktige bidrag i så måte kommet fra grupper både i Oslo og Trondheim (33, 34). Også Norsk psykoanalytisk forening har nå etablert et eget forskningsutvalg.

Det finnes imidlertid fremdeles eksempler på at teori, mer eller mindre blottet for empirisk belegg, gis en ekstremt privilegert posisjon og fullstendig erstatter vitenskapelig evidens som grunnlag for behandling. Dette gjelder bl.a. tilnærmingen til den franske psykoanalytiker Jacques Lacan. Enkelte psykoanalytikere har stilt spørsmål om hvorvidt den i det hele tatt kan betraktes som en psykologisk teori og ikke heller burde vurderes som et filosofisk bidrag (35). Når det i tillegg påvises en rekke feil, meningsløsheter og fullstendig ubegrunnede og arbitrære analogier i Lacans skrifter (36), står hans disipler utelukkende igjen med troen på mesterens ord som begrunnelse for klinisk virksomhet. Dette gjelder dessverre også innenfor flere andre skoleretninger som for eksempel den kleinianske (37).

Innvendinger mot kunnskapsbasert medisin

Moderne psykoterapiforskning baserer seg nødvendigvis på bruk av manualer eller tilsvarende strenge retningslinjer for hvordan terapien skal utøves. Mange har hevdet at dette ikke gir rom for terapeutens kliniske erfaring, intuisjon og kreativitet. Intuitivt virker dette fornuftig, men i en metaanalyse av psykodynamisk korttidsterapi ble det funnet at bruk av manualer førte til bedre resultater (38). Andre studier har imidlertid funnet at slavisk innordning under terapimanualer kan gi dårligere behandlingsresultat (39). Per Høglend, psykoterapiforsker og musiker, minner om at det ikke er noen uforenelighet mellom jazzimprovisasjon og omfattende skalaøvelser, og mener at det heller ikke skal være noen motsetning mellom å lære å bruke manualiserte teknikker og utviklingen av klinisk fleksibilitet og kreativitet (40). Evidence-Based Medicine Working Group understreker at klinisk erfaring og utviklingen av kliniske instinkter er en vesentlig og nødvendig del av det å bli en kompetent lege fordi mange vesentlige aspekter av klinisk praksis aldri vil komme til å bli manualisert (19).

En annen innvending, som først og fremst har kommet fra psykoanalytisk hold, er at de standardiserte målemetoder som brukes bl.a. i psykoterapiforskningen ikke passer for alle behandlingsformer. Det er uten tvil riktig at f.eks. atferdsterapi og kognitiv terapi, som er relativt lette å formalisere og som definerer relativt enkle mål for suksess, vil kunne favoriseres i den kunnskapsbaserte medisins paradigme. Med henvisning til komparative studier av ulike behandlingsmetoder er det blitt hevdet at resultatene som kommer frem når prosessforløpet analyseres over tid, er ulike for de ulike terapiene, med forskjellig terapeutisk gevinst for de ulike metodene. Dette vil vanskelig kunne fanges opp av enkle symptomorienterte spørreskjemaer. Derfor bør enhver behandlingsmetode studeres på egne premisser. En omfattende begrepsavklaring må til hvis metodene skal kunne sammenliknes på en meningsfylt måte (35). Disse refleksjonene er både relevante og interessante, men representerer ikke noen reell innvending mot kravet om å demonstrere effekt. De kan derimot sees på som utfordringer som de berørte skolene bør ta med seg inn i et felles arbeid for å etablere empirisk vitenskapelig

dokumentasjon.

Forskning koster penger og kan derfor styres av utenforliggende interesser, som f.eks. farmasøytisk industri. Ikke minst er det dyrt å drive psykoterapiforskning av høy kvalitet. Det er åpenbart et problem at mektige legemiddelfirmaer er i stand til å finansiere store multisenterundersøkelser og derigjennom fremskaffe bevis for effekten av sine produkter, mens psykologiske tilnærminger, som kan være vel så virksomme, ikke blir testet. Dette er imidlertid ikke en innvending mot kunnskapsbasert medisin, men snarere et politisk eller etisk dilemma som vi har stått overfor i lengre tid. I Norge har myndighetene et spesielt ansvar for å styre utviklingen fordi de samtidig finansierer behandlingen og store deler av forskningen innenfor psykiatrien.

Det er blitt uttrykt bekymring for at kunnskapsbasert medisin vil kunne bli brukt som en unnskyldning for å redusere behandlingstilbudet og begrense den klinisk friheten. Hvis en slik begrensning medfører at pasientene får et dårligere tilbud, har man oppnådd det motsatte av hva man ønsket med kunnskapsbasert medisin. Hvis det derimot fører til at vi blir kvitt uvirksomme terapier som opprettholdes først og fremst av hensyn til behandlerne, er det ikke særlig betenkelig.

Det er viktig å huske at det tar tid å etablere empirisk vitenskapelig dokumentasjon. Psykiatrien må derfor motsette seg premature, økonomisk betingede, forsøk på å innskrenke muligheten til å praktisere innenfor en tradisjon hvor dette ikke foreligger, så lenge seriøse forsøk på evaluering pågår.

Psykiatriens vitenskapelige basis

Enkelte har hevdet at det ikke finnes tilstrekkelig vitenskapelig forskning når det gjelder psykiatriske behandlingsmetoder, til at det gir mening å anvende kunnskapsbasert medisin. Intensjonen i kunnskapsbasert medisin er imidlertid at man skal velge den behandlingsmetode hvor det foreligger best evidens for effekt. Som det fremgår av hierarkiet i tabell 1, kan kunnskapsbasert medisin prinsipielt anvendes uansett kvalitet på den underliggende forskning. Psykiatriens vitenskapelige status er for øvrig atskillig bedre enn mange synes å mene. Andelen av behandlingsbeslutninger som er basert på resultater fra randomiserte kontrollerte studier i psykiatrien, er tilsvarende den man observerer i den generelle medisin (41). Faget var faktisk en av de første medisinske spesialiteter som tok i bruk denne type studier, og statistiske metoder som metaanalyser ble brukt for første gang i helseforskningen i en undersøkelse av effekten av psykoterapi (42).

Allerede i 1960-årene kom multisenterstudier som dokumenterte effekten av antidepressiver og antipsykotiske midler (43, 44). Somatiske behandlingsmetoder i psykiatrien er i dag først og fremst farmakologiske, og således underlagt generelle retningslinjer som tilsvarende standarder brukt i kunnskapsbasert medisin.

Når det gjelder psykologiske behandlingsmetoder kan det i dag med sikkerhet hevdes at psykoterapi virker (40, 45). Det er imidlertid først de siste 10 - 20 år at man har hatt vitenskapelig dekning for en slik påstand. Psykoterapiforskningen er knapt 50 år gammel. Den dystre konklusjonen som ble trukket av de første to tiårs systematiske studier, var at psykoterapiene som var i mest utbredt bruk rundt 1950 stort sett var ineffektive (45). Etter hvert som både kvaliteten på undersøkelsene og de psykoterapeutiske teknikkene bedret seg, ble resultatene mer oppløftende. Fra slutten av 1970-årene har metaanalyser konkludert med at psykoterapi generelt er en effektiv behandlingsmåte. Så sent som i 1994 var det derimot ikke mulig å hevde at én psykoterapeutisk tilnærming hadde vist seg mer effektiv andre (46). I dag kan man imidlertid dokumentere at spesifikke behandlinger virker bedre enn andre ved en rekke tilstander (1, 40). Vi har også fått økt innsikt i hvilke spesielle karakteristika ved pasient og terapeut som påvirker utfallet av behandlingen (40). Med andre ord kan man nå i større grad angi hvilken type terapi som er mest effektiv for hvilke pasienter med hvilke problemer. Det er derfor ikke lenger holdbart å

hevde at enhver form for terapi, uansett teoretisk fundament, er like bra som enhver annen. Denne spesifisiteten utgjør et sterkt argument for innføring av kunnskapsbasert medisin i psykiatrien.

Hva så med terapier som ikke er dokumentert virksomme? Man kan selvfølgelig ikke slutte at en slik behandlingsmetode nødvendigvis er uvirksom. Den amerikanske psykologforening har kalt terapiformer hvor det ikke foreligger gode studier som viser effekt, «eksperimentelle» for å understreke dette. Flere behandlingsmetoder som er mye brukt i Norge faller i denne kategorien, bl.a. systemisk familierapi, psykoanalyse, gruppeanalyse og flere psykodynamiske tilnærminger (34). Fra et vitenskapelig synspunkt blir det umulig å skille disse tilnærminger fra f.eks. regresjonsterapi, primalterapi og andre mer eller mindre obskure metoder inkludert alternativ medisin. Når det for eksempel gjelder psykoanalysen, konkluderer Fisher & Greenberg med, etter å ha gjennomgått all foreliggende litteratur, at det fremdeles ikke finnes noen studier med tilfredsstillende metodisk kvalitet som viser enten at psykoanalysen virker bedre enn ingen behandling, eller bedre enn andre behandlingsmetoder som korttids psykodynamisk terapi (10). Det er derfor vanskelig å se hvilke begrunnelser man skulle kunne gi for fortsatt å anvende en så tidkrevende og kostbar terapi. Den amerikanske psykologforening tar i sine anbefalinger spesielt opp psykodynamisk terapi og det alvorlige problemet som mangel på empirisk vitenskapelig evidens skaper, ikke minst fordi så mange av medlemmene praktiserer denne type behandling. De konkluderer med at det er svært viktig at det gjøres flere effektstudier av utfallet av psykodynamisk terapi for spesifikke tilstander. Dette er i profesjonens og publikums interesse, og helt nødvendig hvis denne utbredte terapiform skal overleve (27).

Kunnskapsbasert medisin i psykiatrien

Et av formålene med bruk av kunnskapsbasert medisin i psykiatrien er å sikre at pasientene skal nyte godt av fagets forskningsmessige fremskritt. For å oppnå dette må psykiateren sørge for at det stilles en diagnose i henhold til et empirisk validert diagnosesystem. På bakgrunn av den tilgjengelige forskning og pasientens spesielle karakteristika og preferanser velges så den behandling som det foreligger best dokumentasjon for at er virksom. For best mulig å kunne ta hensyn til pasientens ønsker må han/hun gis informasjon om de metoder som forefinnes og om det vitenskapelige belegg for deres effektivitet. Dersom psykiateren ikke behersker den best validerte metoden, bør pasienten henvises til en spesialist som har slik kompetanse. Ideelt sett skal terapivalget således ikke influeres av psykiaterens subjektive preferanser eller behandlingsmessige kompetanse. Vi tror dessverre det er et stykke igjen før et slikt ideal blir realisert i vår kliniske hverdag.

En forutsetning for å kunne praktisere kunnskapsbasert medisin er følgelig at man er oppdatert om resultatene fra behandlingsforskningen, og at man behersker empirisk validerte metoder. Den amerikanske psykologforening anbefaler at studentene får opplæring i minst to empirisk dokumenterte terapier, og at de ved studiets avslutning må ha kompetanse i minst en av disse. Også i videre- og etterutdanningen legges det vekt på empirisk validerte teknikker (27). Deres tidligere nevnte liste over empirisk validerte terapier (28) er dominert av kognitive og atferdsterapeutiske teknikker. Kun to typer korttids psykodynamisk terapi er foreløpig inkludert (for opiatavhengighet og depresjon).

I Norge har den psykodynamiske tenkningen fortsatt en dominerende stilling, og tilnærmingen brukes overfor et mye bredere spektrum av lidelser enn det det er forskningsmessig belegg for. I en spørreundersøkelse fra 1996 over hvilken psykoterapitradisjon som ble foretrukket av psykiatere og psykologer, fant psykolog Haldis Hjort (upubliserte data) at over halvparten av de spurte psykiaterne foretrakk den psykodynamiske retning. Bare i underkant av 7 % foretrakk en kognitiv eller atferdsterapeutisk tilnærming, mens 4 % foretrakk systemisk terapi. En tredel av psykiaterne svarte at de ikke hadde noen spesiell enkeltpreferanse, noe som kan tolkes som en eklektisk tilnærming. Dette viser at flertallet av norske psykiatere driver en type psykoterapi som foreløpig

ikke har noen overbevisende vitenskapelig forankring og dermed for en stor del faller i kategorien «eksperimentell» behandling. Mye av denne virksomheten kan derfor komme til å vise seg å være lite effektiv.

Både grunnutdanningen og videreutdanningen i psykiatri har til nå vært nokså ensidig psykodynamisk orientert, og spørsmålet om hvorvidt det finnes dokumentasjon for at en behandling er effektiv eller ei, er ikke blitt viet særlig mye oppmerksomhet i denne sammenhengen. Grunnutdanningen inneholder ukentlig intern undervisning ved de respektive utdanningsinstitusjonene. Det finnes ingen detaljerte retningslinjer for denne undervisningen. Kandidatene kan derfor risikere å få liten eller ingen opplæring i empirisk validerte terapiformer. Så vidt vi forstår arbeider Legeforeningens spesialitetskomité i psykiatri med dette problemet. Videre har kandidaten 70 timers obligatorisk psykodynamisk orientert psykoterapiveiledning. Dette er del av et omfattende system, med utdanning og godkjenning av veiledere, og har som formål å gi kandidatene en dypere forståelse av lege-pasient-forholdet. Det må være legitimt å spørre om en veiledning som er forankret i denne spesielle forståelsesrammen er det best egnede middel til å oppnå et slikt mål. Så vidt vi vet har ordningen aldri vært forsøkt evaluert og fremstår derfor mer som et uttrykk for en sterk tradisjon i norsk psykiatri enn som et vitenskapelig begrunnet undervisningsopplegg. De fleste videreutdanningstilbud har hatt liten eller ingen vitenskapelig forankring (psykodynamisk terapi, psykoanalyse, gruppeanalyse, systemisk familierapi). De siste tre årene har det imidlertid skjedd enkelte gledelige endringer på dette punktet. Norsk psykiatrisk forening har startet et utdanningstilbud i kognitiv terapi, og spesialitetskomiteen synes å ha blitt mer eklektisk orientert og legger større vekt på vitenskapelig dokumentasjon. Hvis man skal nærme seg en mer vitenskapsbasert psykiatri i Norge, er det en forutsetning at utdanningen og videreutdanningen legges opp slik at den i størst mulig grad gjenspeiler den vitenskapelige utviklingen som skjer i faget. Både Norsk psykiatrisk forening og de ulike universitetsenhetene har et ansvar i denne sammenheng.

Fremtidige utfordringer

I Stortingsmelding 35 (1996 - 97) om psykiatrien fremheves det at: «Behandlingen må bygge på faglig anerkjente prinsipper, ha dokumentert virkning, og være av tilfredsstillende karakter» (47). Dersom utviklingen i Norge går i samme retning som i USA (48), vil vi måtte belage oss på å dokumentere resultatene av vår virksomhet i en helt annen grad enn i dag.

Det er blitt hevdet at psykiatrien vil komme til å bevege seg ut av medisinen fordi dens metoder er uforenelige med det medisinske paradigme (49). Andre har fremholdt at faget ikke har noe selvstendig tema som rettfærdiggjør disiplinen, og at dens funksjoner kan overtas av andre fag som somatisk medisin, psykologi og pedagogikk (50). Vi er uenig i begge disse standpunktene. Psykiatriens målsetting, og derigjennom dens berettigelse som eget fag, bør være å integrere det biologiske og psykologiske perspektivet innenfor medisinen. Av denne grunn er vi også motstandere av utviklingen vi i de senere årene har sett bl.a. i USA. Psykiatrien er der i høy grad blitt redusert til en psykofarmakologisk spesialitet gjennom at psykoterapivirksomheten for en stor del er blitt overtatt av psykologer og andre yrkesgrupper.

Psykiatriens fremtid avhenger etter vår mening av at vi, på linje med hva som gjøres i de andre medisinske spesialitetene, er i stand til å dokumentere resultatene av vår virksomhet. Faget står i dag såvidt sterkt vitenskapelig sett at videreutviklingen av et forskningsbasert grunnlag for klinisk virksomhet ikke bør oppleves som en trussel, men snarere som en mulighet til å skape et solid fundament. En ytterligere tilnærming mellom forskning og praksis vil både skape et bedre og tryggere behandlingstilbud for våre pasienter og styrke psykiatriens stilling i forhold til myndigheter og andre yrkesgrupper.

Spørsmålet om kvalitetskontroll og vitenskapelighet er i siste instans et spørsmål om etikk. Det dreier seg om ansvaret overfor pasientene og overfor samfunnet, og det er derfor noe vi ikke kan unnlate å forholde oss til.

Litteratur

1. Nathan PE, Gorman JM, red. A guide to treatments that work. Oxford: Oxford University Press, 1998.
2. Vallenstein ES. Great and desperate cures: the rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness. New York: Basic Books, 1986.
3. Bjørndal A, Flottorp S. Cum scientia caritas. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 981 - 4.
4. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedepartementet og Statens Helsetilsyn, 1995.
5. Hafstad A. Internett-pasienter utfordrer legene. Aftenposten (morgengutgave) 30.11.1999.
6. Klerman GL. The psychiatric patient's right to effective treatment: implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. Am J Psychiatry 1990; 147: 409 - 18.
7. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JAM, Hayenes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71 - 2.
8. Føllesdal D, Walløe L, Elster J. Argumentasjonsteori, språk og vitenskapsfilosofi. Oslo: Universitetsforlaget, 1990.
9. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer, 1913.
10. Fisher S, Greenberg, RP. Freud scientifically reappraised. New York: Wiley, 1996.
11. Habermas J. Knowledge and human interests. Boston: Beacon Press, 1971.
12. Ricoeur P. Hermeneutics and the human sciences. New York: Cambridge University Press, 1974.
13. Epstein B. Postmodernism and the left. New Politics 1997; 6: (suppl 22).
14. Kvale S, red. Psychology and postmodernism. London: Sage, 1992.
15. Anderson H, Goolishian HA. Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. Fam Process 1988; 12: 371 - 93.
16. Sass LA. The epic of disbelief: the postmodernist turn in contemporary psychoanalysis. I: Kvale S, red. Psychology and Postmodernism. London: Sage, 1992.
17. Nagel T. The last word. New York: Oxford University Press, 1997.
18. Hine LK, Laird N, Hewitt Å, Chalmers TC. Meta-analytic evidence against prophylactic use of lidocaine in acute myocardial infarction. Arch Intern Med 1989; 149: 2694 - 8.
19. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. JAMA 1992; 268: 2420 - 5.
20. National Library of Medicine. Medline. Bethesda: Update, 1999.
21. Geddes JR, Harrison PJ. Closing the gap between research and practice. Br J Psychiatry 1997; 171: 220 - 5.
22. Cochrane Collaboration. The Cochrane Library. Oxford: Update Software, 1999.
23. Geddes JR, Reynolds S, Streiner D, Szatmari P. Evidence based practice in mental health. BMJ 1997; 315: 1483 - 4.
24. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of major depressive disorder in adults. Am J Psychiatry 1993; 150 (suppl 4): 1 - 26.
25. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 1997; 154 (suppl 4): 1 - 63.
26. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with panic disorder. Am J Psychiatry 1998; 155 (suppl 5): 1 - 34.
27. Division 12 Task Force. Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. Clinical Psychologist 1995, 48: 3 - 23.
28. Division 12 Task Force. An update on empirically validated treatments Clinical Psychologist 1996; 48: 5 - 17.
29. Porter R. The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity from antiquity to the present. London: Fontana Press, 1997.
30. Grünbaum A. Validation of the clinical theory of psychoanalysis: a study in the philosophy of psychoanalysis. Madison: International Universities Press, 1993.
31. Grünbaum A. The foundations of psychoanalysis. A philosophical critique. Berkeley: University of California Press, 1984.

32. Fisher S, Greenberg, RP. The scientific credibility of Freud's theories and therapy. New York: Columbia University Press, 1985.
33. Høglend Å, Heyerdahl O, Amlo S, Engelstad V, Fossum A, Sørbye Ø et al. Interpretations of the patient-therapist relationship in brief dynamic psychotherapy. *J Psychoter Pract Res* 1993; 2: 296 - 306.
34. Svartberg, M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 704 - 14.
35. Gullestad S. Å si fra. Autonomibegrepet i psykoanalysen. Oslo: Universitetsforlaget, 1992.
36. Sokal A, Bricmont J. Intellectual impostures. London: Profile Books, 1998.
37. Olsen OA, Kjøppe S. Psykoanalysen etter Freud. København: Gyldendal, 1996.
38. Anderson EM, Lambert MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 1995; 15: 503 - 14.
39. Strupp HH. Research, practice and managed care. *Psychotherapy* 1997; 34: 91 - 4.
40. Høglend P. Psychotherapy research. New findings and implications for training and practice. *J Psychoter Pract Res* 1999; 8: 257 - 63.
41. Geddes JR, Game D, Jenkins NE, Petersen LA, Pottinger GR, Sackett DL. What proportion of primary psychiatric interventions are based on evidence from randomised controlled trials? *Qual Health Care* 1996; 5: 215 - 7.
42. Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977; 32: 752 - 60.
43. Clinical Medical Research Council. Clinical trial of the treatment of depressive illness. *BMJ* 1965; 1: 881 - 6.
44. National Institute of Mental Health Psychopharmacology Service Center Collaborative Study Group. Phenothiazine treatment in acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1964; 10: 246 - 61.
45. Nathan PE, Gorman JM. Treatments that work - and what convinces us they do. I: Nathan PE, Gorman JM, red. A guide to treatments that work. Oxford: Oxford University Press, 1998.
46. Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. I: Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 4. utg. Bergin AE, Garfield SL, red. New York: Wiley, 1994.
47. St.meld. nr. 25 (1996 - 97). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.
48. Barlow DH. Psychological interventions in the era of managed competition. *Clin Psychol Sci Prac* 1994; 1: 109 - 22.
49. Haugsgjerd S. Grunnlaget for en ny psykiatri. Oslo: Pax, 1986.
50. Agassi J. Prescriptions for responsible psychiatry. I: O'Donohue W, Kitchner RF, red. The philosophy of psychology. London: Sage, 1996.