

# Evidensbasert psykoterapi

I dagens situasjon utkjempes faglige “slag” i evidensbaseringens navn - mens faglige, metodiske og forskningsstrategiske uenigheter om *hva som skal anses som evidens skjules* - man snakker som om evidens var et evident begrep!

Siri E. Gullestad

Ingen kan være uenig i at psykiatrisk og psykologisk behandling – likesom øvrige helsetjenester – må underlegges kvalitetskontroll. Behandlingen må systematisk dokumenteres og evalueres. Det dreier seg om et profesjonelt ansvar såvel overfor pasientene som overfor samfunnet, som i siste instans er *etisk* begrunnet. Kravet om validering er nedfelt som en fagetisk norm for leger og psykologer om å arbeide på grunnlag av ”vitenskapelig erkjennelse og underbygget erfaring” (Ethiske prinsipper for nordiske psykologer, Norsk Psykologforening, 1987). Denne norm har fulgt profesjonene fra begynnelsen av. *Tanken* om ”evidensbasering” er således ikke ny. Det som er nytt - i tillegg til selve *betegnelsen* ”evidensbasert” – er lansering av et *hierarki* av metoder for evidensbasering. Det som er problematisk er at det randomiserte, kontrollerte forsøk – RCT designet - plasseres øverst i dette hierarkiet, som ”gullstandarden” i evalueringsforskning. Nøkkelproblemet er om det *fenomen* som skal undersøkes, adekvat kan fanges inn med dette designet.

I mitt innlegg skal jeg kritisk vurdere RCT-designet som metodeparadigme for evaluering av psykoterapi utfra fire vinkler: 1) beskrivelse av psykopatologi; 2) manualisering; 3) randomisering og 4) kriterieproblemet. Derneft skal jeg argumentere for et utvidet evidensbegrep når det gjelder psykoterapi. Mine synspunkter har bakgrunn i dynamisk psykopatologi- og psykoterapiforståelse. Jeg presiserer dette, fordi det innenfor psykoterapiforskningen er ulike oppfatninger om hva som skal være kravene til evidens, og hva som utgjør relevante forskningsstrategier i denne forbindelse.

## 1. Beskrivelse av psykopatologi

Når det gjelder spørsmålet om hva slags behandling som hjelper hvilke pasienter – ”What works for whom?” (Roth & Fonagy, 1996) - er det et premiss i RCT at ”hvem” kan defineres på en utvetydig måte. Kontrollgruppedesignet forutsetter diagnostisering av pasienten i henhold til etablerte diagnostiske systemer (ICD-10, DSM-IV), hvor diagnosene representerer *distinkte* patologigrupper og der tilhørighet i en gruppe utelukker tilhørighet i en annen. Diagnostisk klassifisering finner sted i henhold til pasientens presenterte symptomer, i tråd med medisinsk-nosologisk tankegang. Her gis prioritet til de kjennetegn personen har felles med en gruppe. Individuelle særtrekk underordnes og perspektivet innsnevres. Dette er den klassiske medisinske sykdomsmodellen. Ved lesning av de behandlingsveilederne som nylig er utgitt av Statens helsetilsyn (1999; 2000), er det denne sykdomsmodellen som slår en mer enn noe.

Det snakkes om ”sykdomsdebut”, ”lidelsen debuterer fra tenårene til 40 årene”; det snakkes om angstlidelser som en tilstand som ofte har ”psykiatriske komplikasjoner”.

I en mer dynamisk forståelsesmåte blir symptomet tvert om integrert i et psykologisk meningsunivers. Det forstås i lys av individets bredere livskontekst, som uttrykk for konfliktstrukturer, aktiverte tap og savn, utilstrekkelighetsfølelse, relasjonsproblemer etc. I kontrast til ”sykdomsmodellen” forstås psykisk lidelse som ”livsvansker”. Det er en interessant klinisk erfaring at pasienter selv ofte endrer sin oppfatning av hva som er deres problem i løpet av en psykoterapeutisk prosess. En pasient kan for eksempel starte med å presentere en såkalt ”sosial fobi”. I løpet av behandlingen reformuleres problemet som en engstelse for å si fra. Pasienten kommer til å oppleve at han er redd egen aggresjon, og at han trekker seg fra sosiale sammenhenger som ubevisst betyr konkurranse.

I praksis viser det seg også at det nosologisk-klassifikatoriske systemet har et problem når det gjelder validitet. Tanken om at gruppetilhørighet entydig nok definerer patologi, viser seg ikke å holde stikk. Et nylig gjennomført forsøk med bruk av medikamentell behandling for panikkangst kan tjene som illustrasjon. I denne undersøkelsen ble pasienter med tilleggsdiagnoser, som personlighetsforstyrrelse, alvorlig depresjon eller andre angstforstyrrelser, utelukket. Problemet er bare at i klinisk praksis møter vi sjelden panikkangst uten noen av disse tilleggsdiagnosene. I litteraturen snakkes det i denne sammenheng om pasienter med et sammensatt symptombylle eller *komorbiditet*. I virkeligheten kan komorbiditetsbegrepet ses som uttrykk for gruppetenkningens fallitt. ”Terrenget” – individet – stemmer ikke med kartet. Den omfattende bruken av DSM-IV som utgangspunkt for forskning, gir en ”illusjon av klarhet”, sier den kjente psykoterapiforskeren Peter Fonagy, fordi diagnoser bare i liten grad er relatert til terapeutisk resultat (Fonagy, 1999). Problemet er at psykiatriske diagnoser fortsatt sliter med marginal reliabilitet og validitet, og at for eksempel DSM-systemet gir rom for betydelig heterogenitet når det gjelder symptomer og kliniske atferdsytringer.

Diagnostisk kategorisering er helt utilstrekkelig når det gjelder valg av terapeutisk fremgangsmåte. Alternativet er en *individuell personlighetsbeskrivelse* i henhold til psykologisk relevante dimensjoner som realitetstesting, selvfølelsesregulering, forsvarrets avtrapping osv. Gjennom en slik individualisert beskrivelse fremtrer *hin enkelte* med sin spesifikke personlighetsstruktur, sin individuelle

kontekst og sin personlige livshistorie. En forskningsmessig konsekvens av denne tenkemåten er at pasienter grupperes ikke utfra deskriptive kriterier, som symptomer, men utfra psykologisk struktur, som bedre predikerer respons på behandling. Konklusjonen må være at den forenklete ”sykdoms”beskrivelse som ligger til grunn for tanken om atskilte patologigrupper, representerer en inadekvat fenomenforståelse for psykoterapifeltet. Derved bortfaller en vesentlig forutsetning for RCT-designet.

## 2. Manualisering

RCT-designet forutsetter for det andre at ”hva” som tilbys pasienten, kan spesifiseres og kontrolleres. Standardisering av hvordan ulike psykoterapier skal gjennomføres gjennom såkalte *manualer*; er et svar på dette problemet.

En hovedinnvending mot manualer er at det vanskelig lar seg gjøre å definere intervensjoner uavhengig av den spesifikke kontekst som den individuelle terapiprosess utgjør til enhver tid. Terapeutisk fremgangsmåte i psykodynamisk tradisjon består ikke i et sett av løseveve ”teknikker”. Det dreier seg ikke om å administrere forhåndsdefinerte intervensjonstyper, men om å utlede intervensjoner ut fra en forståelse av det affektive samspillet i den terapeutiske dialogen til enhver tid. Derfor utgjør manualisering et paradigme som er inadekvat for dynamisk psykoterapi. I dynamisk perspektiv innebærer manualisert behandling et ”utvendig” forhold mellom lidelse og behandlingsmåte.

Fra en metodisk synsvinkel er det en avgjørende innvending at manualisert behandling vanskelig lar seg generalisere til psykoterapi i naturlig klinisk sammenheng. Manualisert terapeutatferd er kort og godt ikke representativ for hvordan terapeuten uttrykker seg i dialogen med pasienten. Manualisert behandling har derved liten *ytre* eller *økologisk validitet*; den interfererer med vanlig klinisk praksis. Det er vanskelig å tenke seg at en terapimanual skulle kunne kontrollere for den store variasjonen i terapeuters personlige forutsetninger som uunngåelig vil påvirke behandlingsresultatet. Manualer gir ingen garanti for at terapien er virksom uavhengig av den konkrete terapeut.

Samtidig ble manualisering utviklet nettopp for å kontrollere varians. Forsøket på å kontrollere terapeutvariens kan også sies å være direkte på kollisjonskurs med resultater nettopp fra empirisk psykoterapiforskning. Et dominerende funn i forskningsfeltet er at kvaliteter i den terapeutiske relasjonen forklarer en lang større del av variansen i

behandlingsresultater enn spesifikke teknikker. Det er på mange måter et paradoks at det nye evidensparadigmet forutsetter spesifikke behandlinger for spesifikke lidelser, i en tid der forskningen finner liten forskjell mellom ulike terapiformer, og der relasjonen mellom terapeut og pasient fremstår som den viktigste terapeutiske faktor. En konklusjon er at *relasjonen* mellom terapeut og pasient gis forskningsmessig prioritet.

### 3. Randomisering

Behandling i randomisert form innebærer at pasienter av samme kategori tilfeldig fordeles til henholdsvis behandling og kontrollgruppe, eller mellom ulike behandlingsformer som skal sammenliknes. En innvending her er at dynamisk psykoterapi, ifølge sin egenart, ikke er noe som kan tildeles, men er noe som *velges*. Et grunndrag ved dynamisk psykoterapi er selverkjennelse. Derfor må slik terapi være basert på en personlig motivasjon, og en kontrakt som uttrykker pasientens valg. Ved evaluering av en pasient med henblikk på psykoterapi dukker ikke sjelden spørsmålet opp om *hvem* det er som ønsker at pasienten skal gå i behandling? Er det for eksempel pasientens henvisende lege, eller vedkommendes kone, som mener at ektefellen trenger å bli mer ”åpen”? Er det en institusjon innen psykisk helsevern, som automatisk forutsetter at psykoterapi er en del av behandlingstilbudet? Implisitte premisser av denne type må utforskes før terapien starter, for å gi pasienten en opplevelse av at det å gå i psykoterapi er noe man gjør for sin egen skyld, og ut fra egen beslutning. Tildelingstanken, derimot, er uttrykk for det Shapiro kaller en ”medikamentmetafor” (Stiles & Shapiro, 1994): Pasienten er passiv mottaker av en behandling som administreres av terapeuten. Derved står psykoterapi i fare for å bli en del av den *medikalisering* av menneskenes livsvansker som utgjør en fremherskende tendens i dagens samfunn.

### 4. Kriterieproblemet

Et siste problem vedrører valg av kriterier for å vurdere terapeutisk resultat og spørsmålet om sammenlikning mellom terapiformer. For at et resultatmål skal være valid, må det være *relevant* i forhold til den behandlingsformen som skal undersøkes. Dette innebærer at det defineres innenfor samme teoretiske nettverk som behandlingsformen. Avgrensning av endringskriterier vil avhenge av den forståelse av lidelse som legges til grunn. Hva som utgjør relevante endringsmål, vil derfor variere

innen ulike terapitradisjoner. Innen kognitiv terapi kan for eksempel endring i negativ selv-verbalisering representere et mål og et relevant evalueringskriterium. Ved behandling av edderkoppfobi gjennom eksponering-desensitivering vil bortfall av symptomet være kriterium på effektiv behandling. Inngående dynamisk psykoterapi innebærer en målsetting om økt selvbestemmelse og følelsesmessig modning, dvs. mål som bare kan vurderes i forhold til personlighetsstrukturen.

Selv om dynamiske resultatmål utgjør komplekse enheter som representerer store metodologiske utfordringer i forskningssammenheng, er det i prinsippet mulig å inkludere slike komplekse mål i kontrollerte design. I praksis har imidlertid kontrollgruppedesignene vanligvis operert med enklere resultatmål - mål som er lettere å kvantifisere enn dynamiske endringsmål. I praksis har det også vist seg at de lister over såkalte empirisk validerte terapiformer som er utarbeidet, er dominert av studier som anvender symptomorienterte bedringskriterier. De lister over validerte terapimetoder som er presentert til nå, domineres av atferdsorienterte og kognitive terapiformer, mens psykodynamiske og mer eksistensiell/humanistiske terapiformer er underrepresentert. Derved favoriseres visse terapiformer på bekostning av andre. En forutsetning for at inngående dynamisk psykoterapi skal få sin egenart presisert innenfor sammenlignende forskning, er at den vurderes på egne premisser. Hvis ikke, blir sammenlikning umulig. Dette betyr selvfølgelig ikke at ikke dynamisk psykoterapi skal underkastes mer ”objektive” mål knyttet f.eks. til bedret arbeidsevne o.l., som all behandling som inngår i offentlig helsevesen. Men, det betyr at kriterier også må inkludere strukturelle mål (se Gullestad, 2001).

Sammenfattende kan vi si at psykoterapifeltet i dag er mangfoldig – ”lidelse” og ”endring” forstås på ulike måter – det dreier seg om terapier av helt ulikt omfang og varighet, og med vesensforskjellige målsettinger. En kan stille spørsmål om det å definere den ”beste” behandlingsform langs én og samme skala, i det hele tatt gir mening. På denne bakgrunn fremstår selve prosjektet ”komparativ psykoterapiforskning” som problematisk. Videre kan det ikke sterkt nok understrekes at kunnskap som er fremskaffet gjennom randomiserte og kontrollerte gruppestudier ikke nødvendigvis er gyldig overfor enkeltpasienten i hans eller hennes livssituasjon. Det er forskjell på statistisk og individuell prediksjon, og en kopling mellom diagnose og behandlingsvalg ut fra en liste over evidensbaserte terapier kan derfor i enkelttilfellet representere et alvorlig feilgrep. Mitt utgangspunkt når jeg skal vurdere en pasient med henblikk på psykoterapi er ikke

psykiatriske diagnoser. Disse kutter forbindelsen til den indre biografi, og gir informasjon som er lite relevant for behandling. Snarere spør jeg meg om jeg som terapeut evner å "treffe" pasienten emosjonelt. Diagnostikk blir et spørsmål om og hvordan jeg kan tre i kontakt med akkurat denne pasienten, og om jeg kan klare å engasjere pasienten i en samtale jeg tror kan hjelpe ham eller henne. Mitt utgangspunkt er dialogisk. Og dialogen er individuell.

## Hva slags evidens?

De metodiske innvendingene som kan rettes mot RCT-designet, innebærer selvsagt ikke at designet er ubrukbart ved alle former for psykoterapiforskning. Designet har vært avgjørende for eksempel for å dokumentere at psykoterapi har effekt, sammenliknet med ikke-behandlet gruppe, og for å undersøke den relative effekt av ulike variabler for behandlingsresultat. Når *relasjonen* mellom terapeut og pasient i dag fremstår som den viktigste terapeutiske faktor er det blant annet utfra kontrollerte studier. Det er også grunn til å understreke at mine kritiske innvendinger er spesielt rettet mot bruk av RCT-designet innenfor behandlingsforskning. Innenfor generell psykologisk forskning har metoden sin selvsagte plass. Den inngår i den gradvise akkumulering av allmenngyldig – eller såkalt nomotetisk – kunnskap, som utgjør et vesentlig grunnlag også for den praktiserende kliniker. Det dreier seg om generell kunnskap i utviklingspsykologi, personlighetspsykologi og kognitiv psykologi – som ligger til grunn for psykoterapeutisk forståelse og intervensjon. Det kan være grunn til å understreke dette for å unngå en dikotomisering av debatten der RCT-kritikere fremstår som postmodernistiske konstruktivistiske som underkjenner gyldigheten av generell psykologisk viten.

Hva skal vi forstå med begrepet evidens? Ved å knytte evidens til randomiserte og kontrollerte forsøk, knyttes begrepet samtidig til et bestemt vitenskapsteoretisk paradigme. Det avgjørende er imidlertid at evidensbegrepet ikke bindes til en bestemt vitenskapforståelse. Historisk er den heller ikke det. David Sackett, en pionér innen feltet, definerer evidensbasert medisin som en livslang selv-læringsprosess der behandleren forsøker å fremskaffe den beste tilgjengelige evidens, enten denne er hentet fra forskning eller fra klinisk praksis (Sackett, Rosenberg, & Gray, 1996). Sackett presiserer at eksterne evidens kan informere, men aldri erstatte klinisk skjønn. Å utvikle evidensbasert behandling er således ikke å utarbeide en medisinsk

kokebok. Vi kan slå fast at det ikke er noe galt med evidensstanken. Det gale er at evidens er blitt knyttet til et bestemt metodeparadigme. Galt er det også når begrepet "empirisk" knyttes til RCT paradigmet, slik det ofte skjer i uttrykket "empirisk validerte terapiformer". "Empirisk" anvendes da med referanse til undersøkelser med gruppedesign, der resultatene lar seg kvantifisere og bearbeide statistisk, dvs. begrepet knyttes til en viss type databearbeiding. Etymologisk betyr "empirisk" "erfaringsbasert" – en term som er langt mer inklusiv, og som vil omfatte også kliniske kassustudier.

Jeg skal avslutningsvis peke på noen forskningsstrategier som synes relevante for evidensbasering av psykoterapi. Distinksjonen mellom "efficacy" og "effectiveness" er viktig i denne sammenheng. "Efficacy" er svar på om behandlingen er *virksom* - besvart utfra eksperimentelle design. "Effectiveness" dreier seg om behandlingen *i praksis*. Det er ingen nødvendig logisk forbindelse mellom svarene på de to spørsmålene. En behandling som ikke er dokumentert virksom ("efficacious"), kan allikevel være effektiv ("effective") eller omvendt. Slik jeg ser det, må psykoterapiforskningen vektlegge studier av "effektivitet" i betydning "klinisk virksom". Ifølge Fonagy (1999) er det en tendens til at "effectiveness research" i økende grad prioriteres, f.eks. av National Institute of Mental Health (USA). Bakgrunnen er en bekymring over at funn fra behandlingsforskning til nå bare i liten grad er omsatt i klinisk praksis. I lys av dette er det bemerkelsesverdig at Statens helsetilsyn i mange av sine anbefalinger har lagt til grunn en "efficacy"-modell.

Å undersøke hva som er klinisk virksomt innebærer å studere psykoterapeutiske prosesser i *naturalistiske sammenhenger*, altså slik disse faktisk finner sted i den kliniske hverdag. Den klassiske metodiske innvendingen mot naturalistiske studier er at det er vanskelig å trekke entydige konklusjoner om årsak, dvs. om det faktisk er behandlingen som virker. Innvendingen representerer, etter min mening, en metodepurisme som er forfeilet i forhold til sakens natur. I psykoterapiforskning må vi operere med *probabilistiske* konklusjoner, snarere enn definitive konklusjoner. Dette innebærer å argumentere for *sannsynlighet* når det gjelder tilskrivning av terapeutisk resultat. Et eksempel gir Schjelderups etterundersøkelse av psychoanalytisk behandling (Gullestad, 1996). Schjelderup argumenterer langs tre linjer for at det er behandlingen selv som har virket: 1) *Arten av pasientmateriale*. Det er usannsynlig at kroniske lidelser av denne type spontant blir bedre. 2) *Arten av bedring*, nemlig varige personlighetsforandringer. 3) *Arten av bedringspro-*

sess, som er annerledes enn ved spontanbedring. Selv om dette er en gammel undersøkelse, demonstrerer den en resonnementsform i forhold til validitet som fortsatt kan tjene som retningsgivende.

Psykoteraiporsknngen i dag står overfor utfordringen å besvare spørsmålet ikke bare om en behandlingsmetode virker, men å avgrense mer spesifikt hva som er klinisk virksomt, dvs. hva som beforder utvikling og vekst hos den enkelte pasient. Spørsmålet er hvordan metoden virker. I denne forbindelse vil det være behov for ulike typer av undersøkelser, med forskjellige design. Vi trenger forskning som er orientert mot prosess-studier og mot sammenheng mellom prosess og resultat. Spesielt synes det å være behov for undersøkelser som kan bidra til å spesifisere den individuelle terapeutens bidrag i den psykoteraiputiske prosessen og betydningen av klient/terapeut "match".

Sammenfattende er min mening at debatten om evidensbasert behandling griper ned i grunnlaget for forståelsen, både av psykopatologi og av psykoteraiputisk virksomhet. Faren i dagens situasjon er at fenomenet psykoteraipi presses inn i en medisinsk modell for evidens. Det er dette som i noen tilfeller er skjedd i de såkalte behandlingsveilederne som er utgitt av Statens helsetilsyn. Behandlingsveilederen for depresjon beskriver for eksempel dynamisk langtidsterapi som uten dokumentert effekt: "Det finnes ikke vitenskapelig dokumentasjon for effekten av langtids dynamisk psykoteraipi ved depresjon. Dynamisk langtidsterapi kan derfor ikke anbefales gitt alene som førstehånds behandling ved depresjon" (Statens helsetilsyn, 2000, s. 24). I retningslinjene for behandling av angstlidelser heter det at det ikke finnes "tilstrekkelig grunnlag til å anbefale psykodynamisk terapi som eneste behandling ved panikkilidelser" (Statens helsetilsyn, 1999, s. 14). Denne type konklusjoner forutsetter at man bygger på et meget snevert begrep om evidens. Når vi tar i betraktning den maktposisjon Statens helsetilsyn har, er retningslinjer av denne type foruroligende.

I dagens situasjon utkjemper faglige "slag" i evi-

densbaseringens navn – mens faglige, metodiske og forskningsstrategiske uenigheter om *hva som skal anses som evidens*, skjules – man snakker som om evidens var et evident begrep! Mitt anliggende er at et begrep om "evidens" må være mer inkluderende enn RCT-designets evidensbegrep.

## Referanser

- Fonagy, P. (1999). Process and outcome in mental health care delivery: A model approach to treatment evaluation. *Bulletin of the Menninger Clinic*. Vol 63(3): 288-304
- Gullestad, S. E. (2001) Hva er evidensbasert psykoteraipi? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 942-951.
- Gullestad, S. E. (1996) Harald K. Skjelderups etterundersøkelse av psykoanalytisk behandling, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 38-46
- Norsk Psykologforening (1987) *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*. Oslo, Norsk Psykologforening.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy* New York, NY, US: Guilford Press.
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M., & Gray, J. A. (1996) Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Statens helsetilsyn (1999) *Angstlidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Utredningsserie 4-1999.
- Statens helsetilsyn (2000) *Stemmingslidelser - kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Utredningsserie 3-2000.
- Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1994) Disabuse of the drug metaphor: Psychotherapy process outcome correlations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 942-948.

**Siri E. Gullestad**  
**Psykologisk institutt**  
**Universitetet i Oslo**

