Behandlingsmetoders rolle i evidensbase psykologisk praksis

TEKST
Andreas Høstmælingen

PUBLISERT 31. mars 2023

DOI https://doi.org/10.52734/z236YHd9

ABSTRACT:

In 1995 the report from the American Psychological Association on empirically supported treatments (EST) boosted the understanding that evidence-based practice rested on the premise of matching treatments with diagnoses. Evidence-based psychological practice (EBPP) was developed partly as a response to this premise and described a broader foundation for good practice. However, EBPP did not give clear answers on the role and significance of treatment methods in evidence-based practice. The question remains an issue and has implications for the organization of service delivery to people with mental disorders. The goal of this article is to explore how clinicians could reason when faced with the question of which treatment method to choose. Even though different treatment methods may not differ notably in outcomes, there is still a need to establish their efficacy through research before integrating them in service delivery systems. Moreover, uncertainties exist regarding what the healing elements of psychotherapy are, as do challenges regarding the classification and conceptualization of mental disorders. Individual adaptation is an essential feature of EBPP, which implies that EBPP should be conceptualized as a dynamic process of hypothesis-based testing of methods in consultation with the client.

Keywords: diagnoses, psychotherapy, treatment methods, evidence-based practice

EMNER diagnoser psykoterapi behandlingsmetoder Evidensbasert praksis

I 2007 fikk norske psykologer en ny definisjon av evidensbasert psykologisk praksis (EBPP): «integreringen av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, s. 273; Norsk psykologforening, 2007, s. 1127). Den ga et bredere og mer komplisert utgangspunkt for å vurdere hva som er god praksis. Før hadde forståelsen av evidensbasert praksis blitt dominert av rapporten *Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments* (Division 12 Task Force, 1995) og de to påfølgende oppdateringene (Chambless et al., 1996; Chambless et al., 1998). Rapportene dokumenterte hvilke behandlingsmetoder som hadde effekt på spesifikke psykiske lidelser (f.eks. kognitiv atferdsterapi for panikklidelse), og disse kunne dermed beskrives som «empirisk støttede behandlingsmetoder» (EST; Satterfield et al., 2009).

Rapportene bidro til forståelsen av at evidensbasert praksis handlet om å tilby den behandlingsmetoden som hadde best empirisk støtte for pasientens diagnose, og rapportene ble raskt brukt som et grunnlag for offentlig og private tjenestetilbydere i beslutninger om hvilken behandling som skulle tilbys og finansieres (Norcross et al., 2006). Det førte til en «ildstorm» av kritikk mot grunnlaget denne evidensforståelsen hviler på (Levitt et al., 2005). Ett premiss som har skapt mye debatt, er antagelsen om at det er behandlingsmetoden som skaper endring, og at fellesfaktorer som allianse, relasjon og generelle terapeutferdigheter er underordnet. Et annet debattert premiss er antagelsen om at man kan utvikle behandlingsmetoder for spesifikke psykopatologier. Dette plasserer psykiske lidelser innenfor rammene av en medisinsk sykdomsforståelse (Wampold & Imel, 2015), der sykdom ses som forårsaket av spesifikke problemer som krever behandling spesielt utviklet for det problemet (Hyland, 2011).

Behovet for et mer nyansert evidensbegrep som favnet kompleksiteten i både behandlings- og lidelsesforståelse førte til nedsettelsen av en gruppe som jobbet fram et nytt rammeverk og en ny definisjon av evidensbasert praksis (Rønnestad, 2009). Der EST tok utgangspunkt i en behandlingsmetode og spurte hvilke lidelser den virker for, tok EBPP utgangspunkt i pasienten og spurte hvilke kunnskapskilder som kan hjelpe behandleren i å oppnå best mulig utfall i hvert enkelt tilfelle (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Men når man skal integrere ulike kunnskapskilder er utfordringene mange. For eksempel kan ulike forskningskilder gi motstridende svar, forskningen kan gå på tvers av pasientens ønsker og behov, eller behandlingsapparatet kan mangle nødvendige ressurser eller ferdigheter for å levere det forskning og pasienten ønsker. Kunnskapsgrunnlaget i EBPP gir ikke klinikeren klare svar på hva som skal gjøres (Haynes et al., 2002). Kjernen i EBPP handler derfor om selve prosessen, hvor behandler og pasient gjennom å veie de ulike elementene opp mot hverandre bestemmer hva som er det riktige å gjøre (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Formålet med artikkelen er å utforske hvordan klinikeren kan gjøre gode valg av behandlingsmetode innenfor rammene av EBPP. Jeg vil først drøfte noen teoretiske forutsetninger og argumentere for at spørsmålet om effekten av tiltak står sentralt i EBPP. Deretter vil jeg diskutere hvordan manglende kunnskap om psykoterapiens virksomme elementer, og utfordringer i å danne gode klassifikasjonssystemer for psykiske lidelser, gjør det vanskelig å etablere kunnskap om hva som har effekt. Jeg argumenterer for at usikkerhet om virksomme elementer og klassifikasjon fører til at individuell tilpasning står sentralt i EBPP, og at implikasjonen er at EBPP bør konseptualiseres som en hypotesebasert utprøving av metoder sammen med pasienten.

Teoretisk grunnlag for EBPP

I 1870-årene skilte psykologien lag fra filosofien, inspirert av ideen om at naturvitenskap og objektiv laboratorieforskning kunne fortrenge religionens dominans over sinn og ånd (Nilsen, 2014). Psykologi vokste raskt til en stor kunnskapsbase, men manglet overordnede teorier som kunne binde verdifulle enkeltresultater sammen (Schjelderup, 1927). I andre vitenskapelige disipliner kan teorier ofte kombineres og

plasseres inn i overordnede forklaringsmodeller. Teoriens rolle blir da å beskrive lovmessige forhold mellom allerede påviste fenomener (Spence, 1944). Men psykologiens tenkere formulerte aldri teorier som kunne integreres til en sammenhengende helhet (Koch, 1993). I stedet vokste det fram biologiske, kognitive, psykodynamiske, behavioristiske, humanistiske og sosiokulturelle retninger som ga ulike og ofte uforenelige forklaringer på spørsmålene om hva som driver menneskers tanker, følelser og atferd (Grennes, 2009). Ingen har vist at noen av teoriene er mer gyldige enn andre, eller har forent dem under en felles teoretisk overbygning (Alexander & Shelton, 2014; Hillix & L'Abate, 2012; Melchert, 2016). Som vitenskap ble psykologien en nokså løs sammenfatning av studier og teorier snarere enn et enhetlig fag (Saugstad, 2009).

Mangelen på teoretisk enhet reflekteres også i mangfoldet av behandlingstilnærminger i den kliniske psykologien. De fleste behandlingsmetoder er forankret i en eller flere grunnlagsteorier som gir ulike svar på spørsmålet om hva som utløser og opprettholder psykiske lidelser (Alexander & Shelton, 2014; Sauer-Zavala et al., 2016). For eksempel legger humanistisk-eksistensiell teori til grunn at mennesker fundamentalt sett er motivert av selvaktualisering, og at psykiske problemer utvikler seg når livshendelser og relasjonserfaringer skaper et gap mellom den man opplever at man er, og den man burde vært (Maslow, 1962). Uavhengig av problem vil terapi i dette perspektivet handle om å skape en helende kontekst og relasjon som gjør pasienten bedre i stand til å skape personlige vekst (Rogers, 1951). I psykodynamisk teori forstår man psykiske lidelser som uttrykk for at sunne følelser som sinne eller seksuell lyst utløser negative følelser som angst, skam og selvbebreidelse, og at en utvikler forsvarsmekanismer for å unngå indre konflikt (McCullough et al., 2003). Dette konflikttriangelet (sunne følelser → negative følelser → forsvarsmekanismer; Malan, 1979) utgjør et universelt rammeverk for psykodynamisk terapi (McCullough et al., 2003). Uavhengig av hvilke konkrete problemer pasienten presenterer, vil terapi handle om å identifisere og håndtere forsvarsmekanismer, å oppleve følelser uten medfølgende negative følelser, å forbedre kvaliteten på relasjoner med andre og å oppnå mer positive følelser om seg selv (McCullough et al., 2003).

Når man anvender en «behandlingsmetode» i psykoterapeutisk forstand, bruker man altså teori til å lage en fortelling om hva pasientens problemer handler om, for så å benytte problemløsningsstrategier som er i tråd med teorien (Truscott, 2010). Ved å velge en behandlingsmetode gir man med andre ord indirekte støtte til en teoretisk forklaringsmodell om hva som utløser og opprettholder psykiske lidelser, og skyver andre teorier i bakgrunnen (Allport, 1961). Dette kan være en grunn til at spørsmålet om valg av behandlingsmetoder har utløst uforsonlige «kulturkriger» i psykoterapiforskningen (Norcross et al., 2006; Ryum & Halvorsen, 2014). William James foreslo i 1907 en inngang til å mekle mellom teorier som gir motstridende svar om hva som er sant. Med *pragmatisme* (James, 1907/2012) utfordret han tanken om at det eksisterte en objektiv sannhet om menneskers psyke som lå omsluttet av mørke og ventet på at den rette teoretiske lyskasteren skulle avdekke den. I stedet for å prøve å

bevise at noe var objektivt sant, burde man heller vise til om det var nyttig: «Ideer blir sanne idet de hjelper oss å håndtere virkeligheten» (James, 1907/2012, s. 28, min oversettelse). Videre mente James at kriteriet for å bedømme om noe er sant, burde vurderes ut fra konsekvensene av å velge det ene foran det andre: «Hvis det ikke er mulig å spore noen forskjell mellom de ulike alternativene, betyr de i praksis det samme, og all konflikt vil være fånyttes» (James, 1907/2012, s. 22, min oversettelse). I et pragmatisk perspektiv kan man fokusere mindre på om humanistisk eller psykodynamisk teori gir det sanne svaret om utvikling av psykopatologi, og heller legge arbeid i å avdekke om metodene som er avledet av teoriene, fungerer for folk.

Klinisk psykologi opererer altså med flere og ulike universelle forklaringsmodeller for psykiske lidelser, og ingen av dem kan vise til å være mer valide enn andre (Melchert, 2016). Da blir valg av behandlingsmetoder basert på teori mer et spørsmål om forankring i fortolkningstradisjon enn vitenskapelig fundament: Teoriene fungerer som et grunnlag for å forstå og tolke pasienters problemer, men ingen av dem kan påstås å være mer objektivt sanne enn andre. Grunnlagsrapporten for EBPP tar ikke stilling til spørsmål om psykologiske teorier. I stedet stadfester den at formålet med evidensbasert praksis er å fremme *effektiv* psykologisk praksis gjennom å lære *hva som virker for hvem* (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Dette kan forstås som *ny-pragmatisme*, hvor man legger til grunn at hovedoppgaven til den psykologiske vitenskapen er å dokumentere hvilke praksiser som produserer ønskede resultater, framfor å identifisere universelle sannheter (Messer & Wachtel, 2009). I likhet med EST er altså spørsmålet om hva som «virker», grunnleggende i EBPP. Når EBPP allikevel har dreid fokuset vekk fra spørsmålet om hvilke behandlingsmetoder som virker for spesifikke lidelser, handler det i stor grad om utfordringene som oppstår når en skal studere effekt av behandling.

Virkning, effekt og evidensbasert praksis

Spørsmålet om hva som virker for noe, blir ofte formulert som et spørsmål om effekt. Effekt handler om å avdekke årsakssammenhenger og hvilke forutsetninger som må være til stede for at vi kan si at noe (f.eks. behandling) forårsaker noe annet (f.eks. mindre sykdom / bedre helse). For å kunne snakke om virkning må noen forutsetninger være på plass. Man må kunne beskrive hva det er som forårsaker endring, og man må kunne beskrive hva det er som endres.

Spørsmålet om hva som skaper effekt, blir raskt komplisert selv for enkle årsakssammenhenger. En tent fyrstikk forårsaker brann. Men den kan ikke bli en årsak om den mangler et lag av hjelpende faktorer som gjør det mulig å skape effekten (oksygen, brennbart materiale). Oksygen og brennbart materiale kan ikke lage brann uten tennmiddelet. Derfor er fyrstikken en nødvendig, men ikke tilstrekkelig årsak til brann. Fyrstikken sammen med et støttende lag av andre faktorer kan altså skape en effekt, men det finnes også andre mulige årsaker med sine egne lag av støttende faktorer som kan føre til brann (f.eks. elektrisk kortslutning). Hvis vi trekker en parallell til årsaker i klinisk psykologi, kan flere ulike behandlingsmetoder skape endring for de

samme problemene gitt at visse støttefaktorer er til stede. Imidlertid blir spørsmålet om effekt mye mer komplisert å svare på fordi man verken har kontroll på hva problemene man behandler egentlig er, eller hvilke støttefaktorer som er nødvendige for at behandlingen skal kunne virke.

Effekt *av* behandling

Når man snakker om effekt i klinisk psykologi, handler det ofte om antagelsen at psykoterapi er årsaken til at noe endrer seg. En forutsetning for denne antagelsen er at konteksten rundt behandlingssituasjonen gjør det mulig å «hente ut» det behandlingen forsøker å oppnå. For eksempel vil psykoterapi som fokuserer på å skape bedre relasjoner, være avhengig av at pasienten har nære andre i livet sitt. Tilsvarende er man avhengig av at pasientene har økonomi og levevilkår til å sette av tid og krefter til å jobbe terapeutisk med å skape endring. Med andre ord trenger man ofte å ha på plass noen fundamentale kontekstuelle støttefaktorer om psykoterapeutisk behandling skal ha mulighet til å gi effekt (Cartwright & Hardie, 2012). I tillegg består selve behandlingen både av strategier og teknikker som er spesifikke for en definert behandlingsmetode, og av faktorer som all god behandling har til felles, som allianse, uttrykt empati og systematisk feedback (Cuijpers et al., 2019). Selv om det er uenighet om bedring i psykoterapi primært kan tilskrives metode (Barlow, 2004) eller fellesfaktorer (Wampold, 2015), er man stort sett enige om at begge deler er nødvendige ingredienser (Mulder et al., 2017). Imidlertid har ikke forskningen klart å svare på hvordan fellesfaktorer og metodefaktorer hver for seg bidrar til at psykoterapi virker (Cuijpers et al., 2019). I alle spørsmål om virkning av behandling vil man med andre ord ha et tolkningsproblem om man finner en effekt: Du kan ikke være sikker på om det er metoden eller fellesfaktorer som bidro til effekten, og du kan heller ikke være sikker på hvilket lag av støttefaktorer som var nødvendige for å sikre at behandlingseffekten skulle komme til uttrykk (Cartwright & Hardie, 2012; Shadish et al., 2002). Selv om man statistisk sett kan vise at en behandling har effekt, kan vi ikke vite konkret hvilke deler av behandlingen eller konteksten rundt som faktisk skapte endringen.

Effekt *på* psykiske lidelser

For å kunne svare på spørsmålet om hvorvidt behandling virker forutsetter det at det finnes problemer som den virker for. Hvis man for eksempel prøver å vise at behandling virker for fenomenet vi kaller «depresjon», må man anta at symptomene – selv om de kan variere noe fra pasient til pasient – forårsakes av underliggende mekanismer som oppfører seg omtrent på samme måte hos alle som har symptomene (Rawlins, 2008). Dette er i tråd med en medisinsk modell for sykdomsforståelse, hvor man antar at observerbare eller selvrapporterte problemer skyldes en underliggende tilstand, og at det er denne tilstanden som blir påvirket av behandling (Hyland, 2011). Når man innenfor EST har forsøkt å finne ut hvilke metoder som virker for ulike lidelser, baserer man seg på en slik grunnleggende sykdomsforståelse (Wampold & Imel, 2015). Imidlertid bryter de aller fleste psykiske lidelser med dette premisset, og det har ikke vært mulig å identifisere underliggende årsaker for psykiske lidelser basert på

diagnostisk klassifikasjon (Bentall, 2004; Kendler et al., 2011). Når symptomene ikke kan knyttes til en underliggende årsak, betyr det at det i hvert enkelt tilfelle kan være mange mulige grunner til at man opplever dem (Kendler et al., 2011). Når en behandling viser seg å ha effekt for visse typer diagnoser, kan vi dermed anta at vi har gjort noe som skaper symptomlette, men når det gjelder årsakene til at symptomene oppstår og opprettholdes, vet vi ikke helt *hva* vi har behandlet, og hva behandlingen har virket *for*.

Hvis man forsøker å basere metodevalg på empirisk kunnskap om hva som virker, har man altså store problemer med å tolke slike funn, siden vi ikke er i stand til å klart definere verken hva det er som virker (behandlingen), eller hva det virker på (lidelsen). Så hvordan kan klinikeren da legge til rette for at man velger behandlingsmetoder som er i tråd med EBPP? I det følgende vil jeg presentere og diskutere noen forslag.

Behandlingsmetoders rolle i EBPP

Over 40 år med effektforskning indikerer at psykoterapi basert på et bredt spekter av ulike teorier virker for et bredt spekter av ulike lidelser (Barkham & Lambert, 2021). Selv om vi ikke kan si hva i psykoterapien som virker, eller spesifikt hva det virker på, så kan vi med rimelig sikkerhet si at psykoterapi virker for noe. Forskningen har også vist at det er minimale forskjeller i virkningen av ulike psykoterapeutiske metoder (Barkham & Lambert, 2021; Wampold & Imel, 2015). Dette kan være et argument for at man verken trenger å være opptatt av metode eller problemklassifikasjon, og at «alle former for psykoterapi er like gode hvis de utføres på en kompetent måte» (Rosenzweig, 1936, s. 413, min oversettelse). Evidensbasert praksis ville da primært handlet om å identifisere hva som gjør en terapeut kompetent, og øve inn slike ferdigheter. For eksempel kan behovet for å oppleve en tillitsfull relasjon til hjelperen være et universelt behov uavhengig av problem eller symptom. Det samme kan gjelde behovet for å erfare mestring og positive følelser som kan skape håp om at endring er mulig, og motivasjon til å jobbe mot det. Eller behovet for å ha en trygg arena for å øve på det som må endres (Frank & Frank, 1991). Hvis en terapeut skaper en empatisk tillitsfull *relasjon*, håp og *positive forventninger* om at behandlingen vil bidra til endring, og tilbyr *spesifikke strategier eller handlinger* for å bryte dysfunksjonelle tanke-, følelses- eller atferdsmønstre, vil altså psykoterapi være virksom (Wampold & Imel, 2015). Disse elementene omtales som *fellesfaktorer*: aspekter som uavhengig av teoretisk og metodisk orientering er sentrale for å skape bedring i all psykoterapi (Wampold, 2015). Noen fellesfaktorer handler om egenskaper eller ferdigheter som ikke er direkte knyttet til behandlingsmetode, slik som interpersonlige ferdigheter (Anderson et al., 2009), allianse (Flückiger et al., 2018), empati (Elliot et al., 2018) eller ubetinget positiv anerkjennelse (Farber et al., 2018). Men det er også verdt å legge merke til at fellesfaktormodeller beskriver eksplisitt at det er nødvendig å bruke en terapeutisk metode som innebærer spesifiserte terapeutiske strategier eller handlinger (Mulder et al., 2017). Uten kunnskap om og trening i en metode er det vanskelig å se for seg at terapeuten konsekvent kan tilby en forklaringsmodell (det vil si teori) for pasientens problem som kan danne grunnlag for en felles forståelse av hva man skal jobbe med, og følgelig bidra til håp og positive forventninger om endring. Og uten trening i en eller

flere metoder kan man vanskelig foreslå konkrete fremgangsmåter for å løse problemene, i henhold til forklaringsmodellene man legger til grunn. En sentral pilar i EBPP er altså at terapeuter i tillegg til å tilegne seg generelle terapeutisk ferdigheter også må lære seg en (eller flere) behandlingsmetode(r).

Metodens innvirkning på problemer

Man kan betrakte hvordan ulike psykoterapeutiske behandlingsmetoder virker, som strategier der en utnytter den allmennmenneskelige egenskapen et subjektivt opplevd «selv» har til å gjenkjenne, forstå og endre andre aspekter av seg selv. For å kunne observere sine egne tanker og følelser har mennesker også en opplevelse av et ikke-reduserbart selv som foretar denne observasjonen (Skjervheim, 1976). Et fellestrekk ved flere terapeutiske metoder er bruken av teoretiske konsepter for å hjelpe pasienter til å skille dysfunksjonelle tanker, følelser og atferd fra de sunne, og deretter endre dem. For eksempel bruker metakognitiv terapi (MCT) «metatanker» som en inngang til å kontrollere og styre andre dysfunksjonelle tanker (Nordahl, 2014). I aksept- og forpliktelsesterapi (ACT) bruker man konseptet «kognitiv fusjon» for å belyse hvordan man kan få problemer med å skille mellom opplevelsen av følelser versus det å vurdere hvor sann denne faktisk er (Holden & Lenndin, 2014). I mentaliseringsbasert terapi (MBT) bruker man konseptet «psykisk ekvivalens» for å belyse hvordan pasientens opplevelse av verden rundt ikke nødvendigvis er det samme som hvordan den faktisk oppfører seg (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Ved å bruke en psykologisk behandlingsmetode tolker altså terapeuten pasientens problemer ved å bruke de teoretiske konseptene knyttet til metoden, og slike tolkninger fungerer som et skjema som bidrar til at pasienten kan organisere og forstå sine problemer (Hoffart, 1997; Rosenzweig, 1936). Et slikt skjema kan videre ses som en av flere måter å formulere en problemforståelse på, hvor alle alternativene inneholder ulike, men likevel potensielt nyttige innganger til å nøste i de komplekse psykologiske fenomenene som skal behandles (Rosenzweig, 1936). Grunnen til at ulike skjemaer kan være likeverdige innganger, kan forstås i lys av at psykiske lidelser som regel består av mange forskjellige problemer, og at disse igjen påvirker og opprettholder hverandre i gjensidig forsterkende nettverk (Borsboom & Cramer, 2013). For eksempel kan søvnproblemer bidra til redusert konsentrasjon og kognitiv fungering, mens grubling og bekymring kan føre til søvnproblemer (Fried & Nesse, 2015). At symptomer påvirker hverandre gjensidig, kan forklare at mellom 73,8 % og 98,2 % av pasienter som har en psykisk lidelse, også har minst en annen (Gadermann et al., 2012), og at det å ha en psykisk diagnose på ett tidspunkt medfører en risiko for å få andre på et senere tidspunkt (Plana-Ripoll et al., 2019). Videre kan det bety at hvis man klarer å påvirke noen symptomer i positiv retning, vil det kunne skape positive ringvirkninger også for andre symptomer som den spesifikke behandlingen *ikke* direkte adresserer. Det vil da spille liten rolle om behandlingen kommer fra «høyre eller venstre, topp eller bunn, siden en endring for hele systemet vil komme uavhengig av hvilket punkt man angriper fra» (Rosenzweig, 1936, s. 414, min oversettelse). En terapeutisk problemformulering trenger derfor ikke være fullstendig dekkende for totaliteten av vansker pasienten

presenterer for å være effektiv (Rosenzweig, 1936). Dette understøttes av nyere forskning, som indikerer at ulike behandlingsmetoder kan ha direkte og indirekte effekter på spesifikke symptomer, og at en bedring i visse typer problemer kan føre til en etterfølgende bedring i andre (Boschloo et al., 2019). Selv om behandlingsmetoder er teoretisk og metodisk ulike, kan de altså ende med å skape omtrent like gode resultater (Boschloo et al., 2019; Dunlop et al., 2018; Stewart & Harkness, 2012).

I et slikt perspektiv er det sentrale for klinikeren at metodens teoretiske forklaringsmodeller og spesifikke strategier gir en inngang for pasienten til å identifisere, forstå og adressere sentrale deler av sitt problemkompleks.

Metodevalg basert på effektforskning

Prinsipperklæringen om evidensbasert praksis legger til grunn at EBPP må ta utgangspunkt i den beste tilgjengelige forskningen (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). På hvilken måte spiller da forskningen inn i valg av metode? Hvis det ikke er så viktig hvilken metode man velger, kan en terapeut velge hvilken som helst av behandlingsformene de liker, og samtidig drive evidensbasert praksis? Et sentralt poeng her er at for å kunne bli ansett som en behandlingsmetode må den som et minimum inkludere en teoretisk modell som forklarer hvordan psykiske lidelser fungerer, og den må beskrive terapeutiske handlinger som samsvarer med en slik forklaring (Wampold et al., 1997; Wampold et al., 2010). Effektstudier viser at slike behandlingsmetoder nesten alltid har en virkning sammenlignet med ingen behandling (Wampold & Imel, 2015). Dette betyr at metoder bør kunne vise til effekt på gruppenivå, noe som kan fungere som en nedre grense for at terapeuter og tjenester skal kunne ta en behandlingsmetode inn i tilbudet sitt. Til tross for at effektstudier ikke gir grunnlag for å konkludere med hva det er i behandlingen som virker, eller akkurat hva den virker for, gir studiene like fullt en robust indikasjon på om metoden skaper bedring. Behandlingsmetoder som ikke klarer å vise til effekt på gruppenivå i effektstudier, vil da antageligvis ikke være hjelpsomme, eller i verste fall skadelige. En implikasjon er at effektstudier bør ligge til grunn før man tar endelige beslutninger om å gjøre spesifikke behandlingsmetoder til en fast del av et tjenestetilbud.

En forutsetning for å gjøre effektstudier er at man prøver ut virkningen av metoden for spesifikke typer problemer, og her er diagnostikk relevant. Selv om man ikke kan si at diagnosene er uttrykk for valide sykdomskategorier, er de fortsatt konkrete beskrivelser av psykiske plager, og forskning på metoders virkning er oftest utført opp mot disse beskrivelsene. Ved å gjøre diagnostiske utredninger kan man konsultere forskningen og finne ut av hvilke behandlingsmetoder som har virket for folk med lignende symptomer. Selv om man ikke kan si at metoden kurerer spesifikke diagnoser, har man likevel kunnskap til å si at visse typer behandlingsmetoder har vist seg virksom for mennesker med lignende plager. På denne måten kan effektforskning og diagnostikk bidra til å snevre inn de behandlingsmetoder det kan være verdt å gjøre til en del av et behandlingstilbud.

Hypotesebasert metodeutprøving

Effektstudier viser at mange behandlingsmetoder er virksomme på gruppenivå, men det er også mange pasienter som *ikke* oppnår varig bedring. For eksempel viser studier at for behandling som statistisk sett har effekt, vil likevel 50 % av pasientene ikke bli bedre (Craighead & Dunlop, 2014; Cuijpers et al., 2021). Effekt på gruppenivå betyr at behandlingen virker for mange, men langt fra alle. Selv om en gitt metode (f.eks. MBT) har vist seg å ha effekt på en lidelse (f.eks. personlighetsforstyrrelse; PF), gir det ikke grunnlag for å slutte at *alle* som har PF, må få MBT. Siden man ikke helt vet hvilke mekanismer som bidrar til endring, og at det kan være relativt ulike problemer som skjuler seg bak diagnosekategoriene, kan man ikke vite om den neste pasienten, vil ha nytte av behandlingen eller ikke. Derfor betinger EBPP at en tilpasser behandlingen til de forutsetningene, preferansene og målene som pasienten har (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Et sentralt grunnlag for bruk av en behandlingsmetode handler derfor om hvordan man går fram i et behandlingsforløp for å vurdere hvorvidt metoden man anvender, faktisk er nyttig for den enkelte pasient. Hvis man antar at behandlingsmetoden virker som et mentalt skjema for problemforståelse med tilhørende strategier for problemløsning, er det en forutsetning for virkning at pasienten forstår, aksepterer og opplever metoden som meningsfull for sine problemer (Wampold & Imel, 2015). Terapeutens evne til å gjøre rede for og forklare rasjonalet for behandlingen på en overbevisende måte er derfor en sentral terapeutisk ferdighet (Anderson et al., 2009). Når pasienter som har blitt eksponert for en behandlingsmetode, vurderer den som logisk, passende og effektiv, får de også bedre utbytte av terapien (Constantino et al., 2018). I tillegg vil behandlingsmetodens forklaringsmodell for psykiske lidelser være sentral når en skal formulere konkrete mål for behandlingen. En viktig forutsetning for å få utbytte av behandling er at pasienten er enig i hvilke mål man skal jobbe mot (Tryon et al., 2018). Dette indikerer at man bør ha jevnlig dialog med pasienten om hvordan de vurderer rasjonalet for behandlingsmetoden, for å etablere en felles forståelse av hvorvidt premissene i behandlingen gir mening for pasienten (Constantino et al., 2018; Hoffart, 2003).

Innenfor det teoretiske rammeverket til en behandlingsmetode finnes det som regel mange muligheter for å tilpasse metoden til pasientens personlige verdenssyn (Truscott, 2010). Men det kan også være at pasienten rett og slett ikke opplever metodens forklaringsmodeller som meningsfylte, hvor forsøk på slik tilpasning blir fremmedgjørende (Flaaten, 2021). Da vil det å gå videre med konkrete terapeutiske handlinger neppe være til nytte, selv om de presenteres på en god måte innenfor det teoretiske rammeverket. Dette understøttes av studier som viser at pasienter har mindre frafall og bedre utfall når de får behandlingsmetoder de har uttrykt preferanse for (Swift et al., 2018).

Den gjensidige påvirkningen mellom psykiske symptomer vil innebære at mange forskjellige metoder kan fungere for ulike plager. For eksempel har 16 forskjellige behandlingsmetoder med ulikt teoretisk grunnlag forskningsmessig belegg for at de har effekt på depresjon (Division 12 of the American Psychological Association, 2021). Samtidig er man avhengig av at rasjonalet for metoden faktisk hjelper pasienten til å

forstå og begynne prosessen mot å håndtere sitt problemkompleks. Dette vet man ofte ikke før man er i gang med behandling. En implikasjon her kan være at psykologisk behandling bør konseptualiseres mer som hypotesebasert utprøving av en metode sammen med en pasient, hvor en initiell utprøving av metoden i større grad må anses som en del av en utredningsfase.

Oppsummering

Evidensbasert praksis defineres som «integreringen av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål» (Norsk psykologforening, 2007, s. 1127). Jeg har fokusert på bruken av behandlingsmetoder innenfor definisjonen, og konkludert med at bruken av en eller flere behandlingsmetoder er en forutsetning for å drive evidensbasert praksis. Jeg har videre konkludert med at forskning indikerer at ulike behandlingsmetoder ofte fungerer like godt, men at det bør foreligge effektforskning om metodens generelle virkning før man gjør det til en del av tjenestetilbudet. Videre har jeg lagt vekt på hvordan evidensbasert praksis i anvendelsen av behandlingsmetoder er avhengig av brukerens forståelse og aksept, og at man trenger jevnlig dialog med pasienten om deres vurdering av behandlingsmetodens rasjonale for å etablere en felles forståelse av hvorvidt premissene i behandlingen er gyldige for dem. Evidensbasert behandling bør derfor betraktes mer som en hypotesebasert utprøving av metoder hvor virkningen fortløpende evalueres sammen med pasienten, og hvor man må regne med pasientforløp som kan innebære gjentatte behandlingsforsøk med ulike behandlingsmetoder.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 60, nummer 3, 2023, side 142-150

TEKST

Andreas Høstmælingen

KONTAKT: a.t.hostmalingen@nubu.no

+ Vis referanser

Alexander, B. K. & Shelton, C. P. (2014). A History of Psychology in Western Civilization. Cambridge University Press.

Allport, G. (1961). Pattern and growth in personality. Holt, Rinehart & Winston.

Anderson, T., Ogles, B. M., Patterson, C. L., Lambert, M. J. & Vermeersch, D. A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. Journal of Clinical Psychology, 65(7), 755–768. https://doi.org/10.1002/jclp.20583

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. American Psychologist, 61(4), 271–285. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271

Barkham, M. & Lambert, M. J. (2021). The Efficacy and Effectiveness of Psychological Therapies. I M. Barkham, W. Lutz & L. G. Castonguay (Red.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Wiley.

Barlow, D. H. (2004). Psychological Treatments. American Psychologist, 59(9), 869–878. https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.9.869

Bentall, R. P. (2004). Madness Explained. Psychosis and Human Nature. Penguin Books.

Borsboom, D. & Cramer, A. O. J. (2013). Network Analysis: An Integrative Approach to the Structure of Psychopathology. Annual Review of Clinical Psychology, 9, 91–121. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608

Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E. S., Reijnders, M., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., Dunner, D. L., Dunlop, B. W., Hegerl, U., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kennedy, S. H., Miranda, J., Mohr, D. C., Simons, A. D., Parker, G., Petrak, F., Herpertz, S., Quilty, L. C., ... Cuijpers, P. (2019). The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: Results from an individual patient data meta-analysis. World Psychiatry, 18(2), 183–191. https://doi.org/10.1002/wps.20630

Cartwright, N. & Hardie, J. (2012). Evidence-based Policy. A Practical Guide for Doing it Better. Oxford University Press.

Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D. A. F., Johnson, S. B., McCurry, S., Mueser, K. T., Pope, K. S., Sanderson, W. C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D. A. & Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. The Clinical Psychologist, 51(1), 3–16.

Chambless, D. L., Sanderson, W. C., Shoham, V., Bennet Johnson, S., Pope, K. S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S. R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D. A. & McCurry, S. (1996). An update on empirically validated therapies. The Clinical Psychologist, 49, 5–18.

Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Iles, B. R. & Vîslă, A. (2018). A Meta-Analysis of the Association Between Patients' Early Perception of Treatment Credibility and Their Posttreatment Outcomes. Psychotherapy, 55(4), 486–495. https://doi.org/10.1037/pst0000168

Craighead, W. E. & Dunlop, B. W. (2014). Combination Psychotherapy and Antidepressant Medication Treatment for Depression: For Whom, When, and How. Annual review of psychology, 65, 267–300. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.121208.131653

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H. & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. Acta Psychiatrica Scandinavica, 144(3), 288–299. https://doi.org/https://doi.org/10.1111/acps.13335

Cuijpers, P., Reijnders, M. & Huibers, M. J. H. (2019). The Role of Common Factors in Psychotherapy Outcomes. Annual Review of Clinical Psychology, 15(1), 207–231. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424

Division 12 of the American Psychological Association. (2021). Psychological Treatments. Hentet 13. april fra https://div12.org/diagnosis/depression/

Division 12 Task Force. (1995). Training in and dissemination of empirically-validated treatments: Report and recommendations. The Clinical Psychologist, 48, 3–23.

Dunlop, B. W., Cole, S. P., Nemeroff, C. B., Mayberg, H. S. & Craighead, W. E. (2018). Differential change on depressive symptom factors with antidepressant medication and cognitive behavior therapy for major depressive disorder. Journal of affective disorders, 229, 111–119. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.035

Elliot, R., Bohart, A. C., Watson, J. C. & Murphy, D. (2018). Therapist empathy and client outcome: An updated meta-analysis. Psychotherapy, 55(4), 399–410. https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pst0000175

Farber, B. A., Suzuki, J. Y. & Lynch, D. A. (2018). Positive Regard and Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. Psychotherapy, 55(4), 411–423. https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/pst0000171

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E. & Horvath, A. O. (2018). The Alliance in Adult Psychotherapy: A Meta-Analytic Synthesis. Psychotherapy, 55(4), 316–340.

https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pst0000172

Flaaten, C. B. (2021). Ett år med ISTDP – en bekymringsmelding. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 58(6), 510–512.

Frank, J. D. & Frank, J. B. (1991). Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy (3. utg.). Johns Hopkins University Press.

Fried, E. I. & Nesse, R. M. (2015). Depression sum-scores don´t add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. BMC Medicine, 13.

Gadermann, A. M., Alonso, J. A., Vilgaut, G., Zaslavsky, A. M. & Kessler, R. C. (2012). Comorbidity and Disease Burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Depression and Anxiety, 29(9), 797–806. https://doi.org/10.1002/da.21924

Grennes, C. E. (2009). Paradigmer, skoleretninger eller ideologier? I S. E. Gullestad, B. Killingmo & S. Magnussen (Red.), Klinikk og laboratorium. Psykologi i hundre år (s. 99–113). Universitetsforlaget.

Haynes, R. B., Devereaux, P. J. & Guyatt, G. H. (2002). Physicians´ and patients´ choices in evidence based practice. British Medical Journal, 324(7350), 1350. https://doi.org/10.1136/bmj.324.7350.1350

Hillix, W. A. & L´Abate, L. (2012). The Role of Paradigms in Science and Theory Construction. I L. L'Abate (Red.), Paradigms in Theory Construction. Springer Science.

Hoffart, A. (1997). A Schema Model for Examining the Integrity of Psychotherapy: A Theoretical Contribution. Psychotherapy Research, 7(2), 127–143. https://doi.org/10.1080/10503309712331331923

Hoffart, A. (2003). Intersubjektivitet i kognitiv terapi: En vurdering ut fra Skjervheim og Habermas sine teorier om kommunikasjon. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 40(6), 475–488.

Holden, B. & Lenndin, J. (2014). Aksept- og forpliktelsesterapi. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), Psykoterapi. Tilnærming og metoder (s. 165–180). Gyldendal Akademisk.

Hyland, M. E. (2011). The Origins of Health and Disease. Cambridge University Press.

James, W. (2012). Pragmatism. Renaissance Classics. (Opprinnelig utgitt 1907)

Kendler, K. S., Zachar, P. & Craver, C. (2011). What kinds of things are psychiatric disorders? Psychological medicine, 41(6), 1143–1150. https://doi.org/10.1017/S0033291710001844

Koch, S. (1993). "Psychology" or "The Psychological Studies"? American Psychologist, 48(8), 902–904. https://doi.org/10.1037/0003-066X.48.8.902

Levitt, H. M., Neimeyer, R. A. & Williams, D. C. (2005). Rules Versus Principles in Psychotherapy: Implications of the Quest for Universal Guidelines in the Movement for Empirically Supported Treatments. Journal of Contemporary Psychotherapy, 35(1), 117–129. https://doi.org/10.1007/s10879-005-0807-3

Malan, D. H. (1979). Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. Butterworth.

Maslow, A. (1962). Toward a Psychology of Being. John Wiley and Sons.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. & Hurley, C. L. (2003). Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy. Basic Books.

Melchert, T. P. (2016). Leaving Behind Our Preparadigmatic Past: Professional Psychology as a Unified Clinical Science. American Psychologist, 71(6), 486–496. https://doi.org/10.1037/a0040227

Messer, S. B. & Wachtel, P. L. (2009). The Contemporary Psychotherapeutic Landscape: Issues and Prospects. I P. L. Wachtel & S. B. Messer (Red.), Theories of Psychotherapy. Origins and Evolution. American Psychological Association.

Mulder, R., Murray, G. & Rucklidge, J. (2017). Common versus specific factors in psychotherapy: opening the black box. Lancet Psychiatry, 4(12), 953–962. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30100-1

Nilsen, H. (2014). Psykologene. I R. Slagstad & J. Messel (Red.), Profesjonshistorier (s. 450-471). Pax Forlag.

Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. F. (2006). Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialouge on the Fundamental Questions. American Psychological Association.

Nordahl, H. M. (2014). Metakognitiv terapi. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), Psykoterapi. Tilnærming og metoder (s. 199-214). Gyldendal Akademisk.

Norsk psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 44(9), 1127-1128.

Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., De Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Greve, A. N., Gunn, J., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., ... McGrath, J. J. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a danish national population. JAMA Psychiatry, 76(3), 259. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658

Rawlins, M. (2008). De Testimonio: on the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. Clinical Medicine, 8(6), 579-588. https://doi.org/10.7861/clinmedicine.8-6-579

Rogers, C. (1951). Client-Centered Therapy. Riverside Press.

Rosenzweig, S. (1936). Some Implicit Common Factors in Diverse Methods of Psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, 6(3), 412-415. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x

Ryum, T. & Halvorsen, J. Ø. (2014). Psykoterapiforskning. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), Psykoterapi. Tilnærming og metoder (s. 25-48). Gyldendal Akademisk.

Rønnestad, M. H. (2009). Evidensbasert psykologisk praksis. I H. Grimen & L. I. Terum (Red.), Evidensbasert profesjonsutøvelse (s. 39-61). Abstrakt forlag AS.

Satterfield, J. M., Spring, B., Brownson, R. C., Mullen, E. J., Newhouse, R. P., Walker, B. B., & Whitlock, E. P. (2009). Toward a transdisciplinary model of evidence-based practice: A transdisciplinary model of evidence-based practice. Milbank Quarterly, 87(2), 368-390. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00561.x

Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R. & Barlow, D. H. (2016). Current Definitions of «Transdiagnostic» in Treatment Development: A Search for Consensus. Behavior Therapy. https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004

Saugstad, P. (2009). Psykologiens historie (2. utg.). Gyldendal Akademisk.

Schjelderup, H. (1927). Psykologi. Gyldendal.

Shadish, W. R., Cook, T. D. & Campbell, D. T. (2002). Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference. Houghton Mifflin Company.

Skjervheim, H. (1976). Deltakar og tilskodar. I E. A. Wyller & A. Aarnes (Red.), Deltakar og tilskodar og andre essays. Johan Grundt Tanums forlag.

Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2014). Mentaliseringsasert terapi. I L. E. O. Kennair & R. Hagen (Red.), Psykoterapi. Tilnærming og metoder (s. 111-127). Gyldendal Akademisk.

Spence, K. W. (1944). The nature of theory construction in contemporary psychology. Psychological Review, 51(1), 47-68. https://doi.org/10.1037/h0060940

Stewart, J. G. & Harkness, K. L. (2012). Symptom specificity in the acute treatment of Major Depressive Disorder: A re-analysis of the treatment of depression collaborative research program. Journal of Affective Disorders, 137(1-3), 87-97. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.015

Swift, J. K., Callahan, J. L., Cooper, M. & Parkin, S. R. (2018). The impact of accommodating client preference in psychotherapy: A meta-analysis. Journal of Clinical Psychology, 74(11), 1924-1937. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jclp.22680

Truscott, D. (2010). Becoming an Effective Psychotherapist. Adopting a Theory of Psychotherapy That´s right for You and Your Client. American Psychological Association.

Tryon, G. S., Birch, S. E. & Verkuilen, J. (2018). Meta-Analyses of the Relation of Goal Consensus and Collaboration to Psychotherapy Outcome. Psychotherapy, 55(4), 372–383. https://doi.org/https://doi.org/10.1037/pst0000170

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry, 14(3), 270–277. https://doi.org/10.1002/wps.20238

Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2015). The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work (2. utg.). Routledge.

Wampold, B. E., Imel, Z. E., Laska, K. M., Benish, S., Miller, S. D., Flückiger, C., Del Re, A. C., Baardseth, T. P. & Budge, S. (2010). Determining what works in the treatment of PTSD. Clinical Psychology Review, 30(8), 923–933. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.06.005

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H.-n. (1997). A Meta-Analysis of Outcome Studies Comparing Bona Fide Psychotherapies: Empirically, «All Must Have Prizes». Psychological Bulletin, 122(3), 203–215. https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203