

Relasjon, dialog og meningsskaping er psykoterapiens kjerne



Per-Einar Binder

professor og visedekan for utdanning, spesialist i klinisk psykologi, Psykologisk fakultet, UiB.

Helge Holgersen

Kontakt: helge.holgersen@uni.no

karina.utvag@gmail.com

Geir Høstmark Nielsen

Institutt for klinisk psykologi, UiB

Det finnes et press i retning av å legitimere psykoterapi som spesifikke teknikker. Dette truer psykoterapi som et fritt og utforskende møte mellom pasient og terapeut.

Tidsskriftets juninummer i fjor inneholder en interessant og innholdsrik artikkel om kognitiv terapi, forfattet av Asle Hoffart (2003). Artikkelen tema er forholdet mellom den kognitive terapiens tekniske og relasjonelle aspekter, med særlig vekt på intersubjektiviteten i behandlingssituasjonen. I sin fremstilling trekker Hoffart inn undertegnede som en slags motdebattanter. Det gjør han ved å tillegge oss det synspunkt at vi i artikkelen *Relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens* (Binder, Holgersen & Nielsen, 2001) kritiserer kognitiv terapi, eller endatil bruken av terapeutisk teknikk i seg selv, for å representere et såkalt «instrumentalistisk mistak».

Om teknikkbruk og det terapeutiske forhold

La oss med en gang innrømme at Hoffarts tekstlesning forundrer oss. Som tittelen på den siterte artikkelen tilsier, var vårt anliggende å få frem at det i nyere psykoterapiforskning finnes tung empirisk evidens for å sette selve det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og behandler i sentrum, slik tilfellet er innenfor nyere former for psykoanalytisk og psykodynamisk psykoterapi. Vårt anliggende var altså ikke å argumentere mot bruk av terapeutisk teknikk som sådan, men å innta en kritisk posisjon overfor den ensidige oppfatningen av behandlingsteknikk som fort oppstår når det blir hevdet at psykoterapi primært må legitimere seg gjennom spesifikke endringsprosedyrer. Vår eneste kritiske bemerkning til kognitiv terapi var at vi oppfatter *enkelte varianter* av kognitiv terapi (og atferdsterapi) som ensidig teknikkorienterte, også i den forstand at enhver forbedring søkes oppnådd gjennom utvikling av stadig mer raffinerte teknikker alene. Dette betyr naturligvis ikke at vi mener at enhver anvendelse av psykoterapeutisk teknikk står i motsetning til å betrakte relasjonen mellom pasient og behandler som terapiens dynamiske kraftsentrum. Også psykoterapi med teoretisk forankring i de faglige tradisjonene som vi selv er inspirert av og identifiserer oss med (interpersonlig og relasjonsorientert psykoanalytisk teori, britisk objektrelasjonsteori og psykoanalytisk selvpsykologi), fordrer tilstedeværelse av kommuniserbare behandlingsprinsipper, en definerbar arbeidsmetode og terapiteknisk kyndighet hos utøveren. Det vi gjennom artikkelen vår først og fremst ønsket å drøfte er en utvikling innenfor psykoterapifeltet der en overdreven ingeniørmentalitet blir den rådende.

Vi mener med andre ord å se en overhengende fare for at psykoterapien kan ta en vending som medfører at *hovedvekten* blir lagt på nettopp det tekniske. Denne faren forsterkes etter vår oppfatning

når for eksempel kravene til «evidensbasert praksis» blir formulert eller oppfattet som at det er de tekniske prosedyrene, heller enn psykoterapi som en særskilt måte å være sammen og samtale på, som skal gi behandlingsmetoden legitimitet. En slik vektlegging av det tekniske og prosedurale er hva vi tenker kan forlede oss ut i det filosofen Hans Skjervheim (1972/2002) i sin tid benevnte som et instrumentalistisk mistak.

Skjervheim (2002) skriver i sin drøfting av tendenser innenfor pedagogikken at det instrumentalistiske mistaket er «å oversjå det kantianske skillet mellom pragmatiske og praktiske handlingar, og på den måten gjera pragmatiske handlingar til grunnmodell for rasjonelle handlingar generelt» (s. 134). Skjervheim definerer pragmatiske eller tekniske handlinger som handlinger der en har et mål og en kalkyle basert på kunnskap som gir retningslinjer for hvordan man kan nå målet. Tekniske handlinger vurderes som vellykkede dersom en når det målet en har satt. «Praktiske handlingar er derimot handlingar i det sosiale feltet, der rettesnora er ålmenngyldige normer» (s. 134). Skjervheim konkluderer med at «skillet mellom pragmatiske og praktiske handlingar, er eit analytisk skilje. Faktiske handlingar kan ikkje delast opp i reint pragmatiske og praktiske handlingar, og eg har heller ikkje meint at pedagogiske handlingar er å forstå som berre praktiske handlingar i kantiansk tyding. Den pragmatiske, instrumentelle fornuft har sin rimelige plass, også i pedagogikken. Men den har òg sine grenser, og det er nettopp desse grensene eg har vilja peika på ... Det eg har kalla det instrumentalistiske mistaket, er ei slik grenseoverskriding. Dette mistaket er ikkje at ein gjer feil moralsk, primært er det eit intellektuelt mistak. Mistaket ligg i at ein absolutterer ei bestemt form for teori, men ei form for teori som innanfor visse grenser har sin legitime rett.» (s. 136–137).

Som Hoffart påpeker, gikk vi i artikkelen vår ikke videre inn på Skjervheims tenkning. Det vi ønsket var å få frem hans kritikk mot tendensen til å la objektivisering av et annet menneske skje på bekostning av å bringe han eller hun i tale som medsubjekt. Hoffart gir selv et godt eksempel på hvordan et slikt mistak kan utspille seg når han beskriver hvordan terapeuten nærmest står med manualen i hånden og spør: «Gitt denne situasjonen og denne pasientatferden, oversatt til teoretiske begreper, hva sier forskriftene i manualen at en skal gjøre beskrevet med teoretiske begreper» (s. 481). Hoffart går imidlertid videre og argumenterer for at denne type mistak ikke forekommer i kognitiv terapi, selv når teknikkfokus er relativt fremtredende. Dette kan i og for seg lyde beroligende. Vår påstand er imidlertid at denne faren for objektivisering og instrumentalisering avgjort er til stede – om enn ikke i så parodiert form som i Hoffarts eksempel – dersom legitimering av terapien utelukkende blir sentrert rundt de tekniske prosedyrene og ikke om terapien som praktisk samhandling. Vår uro bestyrkes når vi ser at selv et sentralt og autoritativt verk som Judith Becks *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* (Beck, 1995) gjennomgående er preget av teknikkomtaler. Dette gjelder langt på vei også hennes omtale av hvordan man utvikles som profesjonell kognitiv terapeut:

«In Stage 1, therapists learn to structure the session and to use basic techniques.

Equally important, they learn basic skills of conceptualizing a case in cognitive terms based on an intake evaluation and data gained in the session.

In Stage 2, therapists begin integrating their conceptualization with their knowledge of techniques. They strengthen their ability to understand the flow of therapy and are more easily able to identify critical goals of therapy. Therapists become more skilful at conceptualizing patients, refining their conceptualization during the therapy session itself, and using the conceptualization to make decisions about interventions. They expand their repertoire of techniques and become more proficient in selecting, timing, and implementing appropriate technique.

Therapist at Stage 3 more automatically integrate new data into the conceptualization. They refine their ability to make hypotheses to confirm or disconfirm their view of the patient. They vary the

structure and technique of basic cognitive therapy as appropriate, particularly for difficult cases such as personality disorders» (s. 9–10).



Dersom vi ikke visste hvilken sosial situasjon som her omtales, kunne vi forledes til å tro at det var en kokkelærings utvikling av sitt forhold til råvarene Beck beskriver. Det hjelper litt at hun *i en parentes presiserer*: «These descriptions presuppose the therapist's proficiency in demonstrating empathy, concern and competence to patients» (s. 9). Noen videre utdyping av disse fundamentale forutsetningene gir hun imidlertid ikke.

Relasjonen som en endringsfaktor i seg selv

Judith Beck (1995) legger altså til grunn at det kreves en «god relasjon» for at teknikkene skal virke. Dette blir etter vårt syn noe ganske annet enn å arbeide med og tematisere terapirelasjonen som et eksempel på en arena hvor pasientens relasjonelle livsanliggender utspiller seg. Å opparbeide en «god relasjon» primært som *et middel* til å gjøre en teknikk mest mulig virksom, innebærer ikke en anerkjennelse av relasjonens verdi som en forandringsskapende agent *i seg selv*. Dette illustrerer en mangelfull anerkjennelse av at systematisk og konsekvent utforskning av og refleksjon over kvaliteter ved terapirelasjonen er til hjelp for pasienter med psykiske plager. At sistnevnte ikke bare er en teoretisk plausibel antagelse, men en empirisk fundert kjensgjerning, er solid dokumentert (Norcross, 2002; Wampold, 2001).

Det kreves som kjent også varianter av «god relasjon» for å selge bruktbiler eller å oppnå gode priser på boliger. Like fullt vil dette være vesensforskjellig fra en fri dialogisk praksis som har forståelse og meningsskaping som et overordnet mål.

Vi mener at Judith Becks bok gir dekning for vår påstand om at enkelte varianter av kognitiv terapi står i fare for å bli ensidig teknikkfokusert. Vi vil heller ikke unnlate å bemerke at vi hos Beck finner et påfallende fravær av språk som gjør det mulig å begrepssette prosessuelle aspekter ved terapi i relasjonstermer. Slik vi leser Hoffarts egen beskrivelse av kognitiv terapi, er den faktisk så avvikende fra fremstillingen til Beck at det ville forbause oss om ikke Hoffart deler vår bekymring for terapiformer med en så teknikkfokusert innretning.

Vi er på det rene med at det finnes veldokumenterte varianter av kognitiv terapi som både er relasjonsorienterte (for eksempel Safran, 1998; Young, 1990) og som retter oppmerksomheten mot dialogiske vilkår for meningsskaping (for eksempel Liotti, 1987; Mahoney, 1991). Men vi finner det rimelig å hevde at det innenfor andre deler av kognitiv terapi er en sterk tendens i retning av å definere terapien med ensidig vekt på det instrumentelle. Kanskje har også kognitiv terapi nå modnet til et nivå hvor man kan spørre – analogt til hva Wallerstein (1988) i sin tid gjorde i forhold til psykoanalysen: Finnes det i dag én kognitiv terapi, eller er det snarere tale om flere? Etter vår mening kan Hoffarts synspunkter og gode argumentasjon like gjerne brukes som utgangspunkt for en intern debatt om konsekvenser av ensidig vektlegging av teknikk i kognitiv terapi, heller enn som et forsøk på å skulle forsvare kognitiv terapi som en homogen og monolittisk størrelse.

Hoffart kritiserer oss også for å ikke ha utdypet Habermas' synspunkter vedrørende kommunikativ handling. Denne del av kritikken mener vi må bero på en åpenbar feillesning av vår artikkel. Habermas figurerer riktig nok i referanselisten, men i artikkelen benytter vi hans synspunkt som en kritikk mot tendensen innen visse *psykoanalytiske* miljøer til å la posisjonsmakt og tilskrevet autoritet telle mer enn faglig argumentasjon. Dette er en kritikk vi betviler at Hoffart er uenig med oss i. Vi savner imidlertid klare tegn på at han er villig til å stille seg kritisk til sider ved sin egen faglige tradisjon.

Det instrumentalistiske mistak kan forekomme i alle terapiformer



Helt i begynnelsen av vår tidligere artikkel påpeker vi den kjensgjerning at det ofte blir hevdet at psykodynamisk terapi kommer «dårlig ut» i forhold til for eksempel atferdsterapi og kognitiv terapi. Vi går derfra videre til å vise hvordan nyere former for relasjonsorientert psykoanalytisk og psykodynamisk praksis har et forholdsvis rikt tilfang av empirisk baserte forskningsresultater å støtte seg til. I det minst må det kunne hevdes at foreliggende forskning, slik den er sammenfattet av for eksempel Norcross (2002), *sannsynliggjør* at relasjonsorientert psykodynamisk praksis er støttet av evidens. Samtidig vil det naturligvis finnes eksempler også på psykoanalytiske eller psykodynamiske terapiformer som fremhever seg ved ikke å være spesielt relasjonsorientert, og som betoner teknikk på en måte som kan gå på bekostning av de relasjonelle vilkårene for terapeutisk utvikling og vekst. Det kan for eksempel gjelde arbeidsmåter der man ensidig vektlegger betydningen av den korrekte og presist avleverte overføringstolkning som middel til å befordre dyptgående og varig personlighetsforandring, og det gjelder innenfor både langtids- og korttids dynamisk psykoterapi. Slike spenningsforhold finnes, så langt vi kan bedømme, også innenfor kognitiv terapi.

I vår artikkel viser vi til at de «sterke sidene ved særlig kognitiv terapi» er blitt integrert med relasjonsorientert psykoanalyse. Gode eksempler har vi først og fremst funnet i enkelte arbeider av Muran og Safran (se eksempelvis Safran, 1998). Det forundrer oss derfor når Hoffart hevder at vi gjør en «fremstilling av kognitiv terapi som operasjonaliserbar samtaleteknologi» (s. 475). Vi har ikke på noe punkt i artikkelen vår avvist kognitiv terapi i seg selv, langt mindre hevdet at retningen som sådan er en «samtaleteknologi». At det vil finnes sentrale representanter for kognitiv terapi og atferdsterapi som kan trekke i en utpreget instrumentalistisk retning, er likevel en fare som vi tenker at det er viktig å være oppmerksom på. Vi er derfor glade for at det dukker opp artikler som den Hoffarts har skrevet. Nettopp slike innsiktsfulle og inngående drøftinger av intersubjektivitetsdimensjonen i psykoterapi, in casu kognitiv terapi, kan være med på å motvirke tendenser til enøyd terapeutisk instrumentalisme. Vår oppfatning er likevel at dette er en oppgave Hoffart ville ha kunnet ivareta minst like godt uten å bruke vår artikkel som hoggestabbe. Når han i tillegg sier at «diskusjonen om evidensbasert psykoterapi vil jeg ikke ta stilling til her» (s. 476), blir det meget tydelig at han kort og godt diskuterer noe helt annet enn oss. Vårt anliggende var å bidra til diskusjonen om ulike måter å forholde seg til tidens krav om evidens på – og om konsekvensene av å forholde seg på den ene eller andre måten til disse kravene.

Hoffart blir så opptatt av å forsvare kognitiv terapi at han i liten grad kommer inn på faren for at overteknifiseringen av psykoterapi allerede i dag er til stede, relativt uavhengig av hvilken terapeutisk retning man kjenner seg mest identifisert med. Diskusjonen rundt evidensbasert psykoterapi er derfor på ingen måte irrelevant for dette spørsmålet, slik Hoffart synes å mene.

Psykoterapeut eller «health provider»?

Hoffart er opptatt av at man i kognitiv terapi sammen med pasienten må arbeide seg frem mot en intersubjektiv konsensus om den arbeidsform man skal utøve, og samtidig forholde seg undersøkende og åpen for pasientens opplevelse av de intervensjoner som blir gjort. Dette slutter vi oss til som et fundamentalt prinsipp i all god psykoterapi. Hva vår artikkel handler om, er at det i dag finnes et press i retning av å skulle legitimere psykoterapi nærmest utelukkende i kraft av å demonstrere effektive prosedyrer og høyt spesifiserte tekniske håndgrep. Samtidig ligger det implisitt i den rådende «evidenslogikken» at metode- og teknikkvalget i tillegg skal begrunnes i forhold til spesifikke diagnoser, heller enn med henvisning til for eksempel pasientens individuelle psykodynamikk, tilknytningsevne og uttalte behandlingsønsker. Dette kommer kanskje aller tydeligst til uttrykk

innenfor det såkalte «managed care»-systemet i USA. Det er etter vår oppfatning (fryktssomme og pessimistiske som vi er) naivt å tro at ikke en tilsvarende teknokratisk og markedsorientert logikk etter hvert vil velte inn over oss også her i landet. Konturene ser vi allerede gjennom fremveksten av behandlingsveiledere- og manualer for allehånde lidelser og tilstandsbilder, og der veiledernes råd og anbefalinger alt for ofte blir oppfattet som regler og direktiver. Det er likeledes tankevekkende å registrere de relativt begrensede motforestillingene som innføringen av næringslivsinspirerte foretaksmodeller og den nye tankegangen om pasienten som «kunde» er blitt møtt med innenfor helsevesenet. I USA har man allerede lenge vært opptatt av hvordan den faglig autonome kliniker er truet ved at forsikringsselskaper og andre tredjeparts betalere i økende omfang gir direktiver for valg av behandlingsform helt ned på individnivå. Og faren for at klinikerens tradisjonelle faglig autonomi er i ferd med å svekkes, kommer ytterligere til uttrykk ved at forsikringsselskapene og de private sykekassene gjerne etterspør en «health provider», heller enn en klinisk psykolog, en psykiater eller klinisk sosialarbeider – man etterspør kort sagt en person som kan utføre den aktuelle prosedyren teknisk korrekt, billig og effektivt.



Som Weissman, Markowitz og Klerman (2000) påpeker i sin siste bok om interpersonlig terapi, har det over de senere år skjedd en gradvis dreining fra «professionals» via «paraprofessionals» til «nonprofessionals». Strømmen av såkalte selvhjelpsbøker, fullstappet av påstått effektive oppskrifter, knep og teknikker for et gladere liv, ser heller ikke ut til å ha noen ende. Vi vil for egen del hevde at det helt vesentlige intersubjektive element av forhandling og utforskning av intervensjonenes og terapirelasjonens meningsdimensjon – som Hoffart så forbilledlig beskriver – står i fare for å gå tapt gjennom en slik utvikling. Vi tenker derfor at de av oss som er kritiske til slike utviklingstendenser innenfor helsevesenet bør stå samlet, heller enn å bruke faglig energi på millimetermålinger av hvilken spesifikk terapiretning som er «best». Det som er viktig å ha in mente og å forholde seg til i dag, er at det er *psykoterapi som et fritt og utforskende møte mellom pasient og terapeut* som trues av utviklingen – en utvikling som heller ikke kognitiv terapi, slik Hoffart beskriver den, vil være tjent med.

Avslutning

Debatten om hvorvidt psykoterapi primært skal legitimere seg som et sett av spesifikke teknikker og prosedyrer eller som en særskilt form for samhandlingspraksis, har gått videre siden vi formulerte vårt innlegg for mer enn to år tilbake. Underveis i debatten har etter vår oppfatning særlig Wampold (2001) levert et av de mest tankevekkende og betydningsfulle bidragene ved å påpeke hvor ekstremt lite all den foreliggende forskningen over spesifikke prosedyrer og av ulike terapiformer som konkurrerende «merkevarer» har gitt oss.

Psykoterapi virker, men den tradisjonelle medisinske modell – hvor en tenker at den virker som en spesifikk prosedyre mot en spesifikk lidelse («medikamentmetaforen») – har vist seg lite egnet til å forstå hva psykoterapiens helende ingredienser består av. Som et mer konstruktivt alternativ lanserer Wampold det han kaller en *kontekstuell* modell, der meningsdimensjonen og måten pasient og terapeut forstår, oppfatter og samhandler med hverandre på blir satt i sentrum. Vi finner all grunn til å hevde at det er de relasjonelle, dialogiske og meningsskapende sidene som utgjør psykoterapiens sjel – og at det per i dag finnes en betydelig mengde forskningsevidens som underbygger og forsvaret et slikt standpunkt.

Per-Einar Binder
Institutt for klinisk psykologi

Christiesgt. 12
5015 Bergen
Tlf 55 58 90 90
E-post per.binder@psykp.uib.no

