

En kritik af evidenskravet i psykoterapi

Publiceret i Psykolog Nyt nr. 8 2009

Indledning

Jeg har haft en del kvaler med denne artikel, for den er meget kritisk ind i et område jeg ikke kender ret meget til. Jeg har aldrig været forsker og jeg har været kliniker gennem mange år, så jeg synes ikke jeg er ordentlig kvalificeret til at skrive den. Imidlertid er der ingen andre som siger det her, så jeg må forsøge.

Det problem, jeg ønsker at pege på, er at kun varianter af en ganske bestemt videnskabelig metode regnes for evidensskabende, og den metode er faktisk slet ikke egnet til at undersøge psykoterapi.

Metoden

Hvis man skal undersøge en effekt af psykoterapi med en anerkendt videnskabelig metode kræver det, at man ved præcist, hvad man undersøger, så andre kan gentage undersøgelsen. Altså skal man beskrive metoden operationelt, og man skal beskrive målet. Man skal konkretisere metoden så meget, at det er muligt for andre at gøre præcist det samme – i praksis er kravet, at metoden er manualiseret. Målet skal også beskrives operationelt, her vælger man oftest en kategori i enten ICD-10 eller DSM IV f.eks. angst og måler det med en anerkendt målemetode.

Desuden kræves der en interventionsgruppe og en kontrolgruppe. Formålet med det er at forsøge at eliminere uvedkommende påvirkninger, som kan trække resultatet skævt, f.eks. at mennesker ofte af sig selv får det bedre. Man laver interventionen i forhold til den ene gruppe og ikke den anden, og bagefter måler man på, hvordan udviklingen har været. Hvis der er bedre udvikling i interventionsgruppen beregner man ved at kikke på variationerne i scoring og gruppens størrelse sandsynligheden for, at forskellen er opstået tilfældigt, og hvis denne sandsynlighed er under 5 %, er der evidens for at metoden virker. Så ved vi, at hvis vi følger manualen over for den rigtige gruppe af patienter vil de, - måske ikke alle, men gruppen som helhed - få en bedring på de målte symptomer.

Kritikken

For det første er det ikke meningsfuldt i terapi at skille metoden fra terapeuten. Vi har meget stor baggrund (både i klinisk praksis og i forskning) for at tro, at det er mødet mellem terapeuten og klienten, der er den afgørende faktor. I det møde er der tre variable, som skal matche, for at processen lykkes: Klienten, terapeuten og metoden. Ved at se på metoden alene og betragte klient og terapeut som uafhængige variable, har man reduceret situationen i en grad, som dræner resultatet for mening. Man er selvfølgelig nødt til det for at kunne bruge undersøgelsesmetoden, men netop derfor duer den ikke.

At skille metoden fra terapeuten er heller ikke hensigtsmæssigt for det kliniske arbejde. Metoden skal understøtte mødet, ikke definere det. Umådelige mængder klinisk praksis understøtter, at terapi, som kun følger en manual, er noget bras.

For det andet er det ikke meningsfuldt at arbejde på en bestemt diagnostisk kategori, for sådan ser verden ikke ud. Når man samler mennesker til at indgå i et forsøg, er det ofte svært at finde "rene" patienter. De må ikke have væsentlig komorbiditet, og der er faktisk ikke ret mange af de konkrete, levende mennesker, som det gælder for.

Set fra den psykodynamiske terapi er det også meningsløst at definere en bestemt målgruppe, da et af hovedpunkterne i det psykodynamiske arbejde er, at mødet med klienten og den intervention,

som man sætter i værk, skal tilpasses denne klients egenart. I den psykodynamiske diagnostik findes der kun individer, og hvis vi samler dem i grupper, er det kun for overblikkets skyld.

For det tredje er det tvivlsomt at arbejde med diagnostiske kategorier, da vi ved fra både forskning og klinisk erfaring, at diagnoser har indbygget en del vilkårlighed. De samme patienter bliver ikke nødvendigvis diagnosticeret ens af forskellige læger, end ikke på samme tidspunkt i deres liv, og visse diagnoser kommer i bølger, som næppe har noget at gøre med ændringer i sygeligheden i befolkningen. Det hjælper selvfølgelig, hvis vi knytter en bestemt psykoterapeutisk metode til en bestemt målemetode, men det er også nødvendigt, hvis vi vil hindre vilkårligheden.

For det fjerde ved vi, at menneskers symptomer er en helhed, som giver mening i forhold til deres livshistorie, og det at skille en gruppe ud på et bestemt symptom er derfor en grov primitivisering. Hvis vi skiller en gruppe ud på f.eks. angst, vil nogen have ængstelig personlighedsstruktur, nogen vil være under et for stort arbejdsmæssigt pres, nogen vil være i vanskelige livsændringer (f.eks. at børnene flytter hjemmefra) og nogen vil være massivt traumatiserede som børn. At behandle alle mennesker med angst på samme måde i den psykologiske klinik, svarer til i en lægepraksis at behandle alle patienter med feber på den samme måde. Det er fair nok, hvis vi ikke ved bedre, men vi ved jo rent faktisk bedre. Og så vil jeg gerne pointere, at set fra min synsvinkel skal vi ikke behandle angst eller depression – vi skal behandle mennesker.

For det femte er det ikke særligt brugbar viden når jeg sidder med fru Sørensen, at en bestemt metode vil give bedring set over en gruppe. Jeg har brug for at vide, om det vil hjælpe hende. Man kan selvfølgelig lave lidt trial and error indtil man finder noget som virker, men det er hverken hensigtsmæssigt eller videnskabeligt funderet.

Opsummerende så har vi nogle psykoterapeutiske metoder som er bevist virksomme med sikre undersøgelsesmetoder, men for at opnå sikkerheden har vi adskilt dele, som ikke kan adskilles, og dermed produceret et resultat, som ikke kan bruges i praksis. Vi har bevist effekten over for en gruppe, som stort set ikke findes, vi har primitiviseret og dehumaniseret processen, og vi har et resultat som kun gælder for en gruppe og ikke nødvendigvis for den enkelte.

Den videnskabelige viden bag den psykoterapeutiske proces

Den hermeneutiske tilgang til psykologien har indtil de seneste år været den primære og nærmest enerådende kraft i udviklingen af psykologiens teori og praksis. Begreber som ”anerkendelse” eller ”mentalisering” er udviklet af praktikere, fordi de gav mening i deres praksis, begreberne kunne bruges til at forklare fænomener, som opleves i den kliniske praksis. Andre praktikere har overtaget begreberne og bruger dem tilsvarende eller med større eller mindre drejninger, fordi det giver mening for dem i deres praksis. Denne vidensindsamlingsmetode har produceret stort set al den viden, vi har om den psykoterapeutiske proces.

Hvis vi undersøger terapi med den anerkendte metode, får vi en meget klar og meget sikker viden om det vi undersøger, men den viden kan ikke bruges uden for den meget afgrænsede ramme, undersøgelsen er foregået i, uden at sikkerheden forsvinder. Samler vi viden med hermeneutisk metode, får vi en noget uklar og noget ugenomsigtig viden, som vi til gengæld ved kan bruges generelt, fordi den er genereret generelt. Eller sagt med forskningens sprog: Vi har valget mellem en undersøgelsesmetode med høj intern men lav ekstern validitet på den ene side, og en metode med lav intern men høj ekstern validitet på den anden. Sidstnævnte metode kan ikke producere

viden efter et positivistisk vidensideal, men teori som virker konstruktivt i verden må være viden efter min opfattelse.

Jeg kan ikke se at der er videnskabeligt belæg for at sige at den ene metode er absolut bedre end den anden for de har forskellige styrker og svagheder, og i forhold til psykoterapi har den kontrollerede undersøgelse en række meget indlysende svagheder.

Jeg vil gå så vidt som til at påstå, at det ikke er muligt at lave ordentligt psykoterapeutisk arbejde uden en hermeneutisk tilgang. Uden at søge at forstå klienten og føle os ind på hende, så vores intervention kan tilpasses hendes egenart, kan vi kun lave elendig psykoterapi.

Vi smækker en etikette på en metode hvor der står "evidensbaseret", men det er vildledende markedsføring, for når vi bruger metoden, som vi må og skal for at lave ordentligt arbejde, forsvinder evidensen. Det overvældende flertal af terapeuterne bruger metoderne fleksibelt og justerer dem efter klienterne, og selvfølgelig skal de det, men når de gør det, er evidensen for metoden også reduceret til det niveau, evidensen for andre gennemprøvede metoder har.

Jeg hører ofte, at bestemte metoder er bevist at være de bedste. Jeg vil gøre opmærksom på, at det simpelthen er forkert og baseres på en logisk brist i argumentationen. Det er f.eks. bevist at kognitiv adfærdsterapi har en effekt på OCD, men det er ikke bevist, at den er bedre end f.eks. den psykodynamiske terapiform, for den psykodynamiske terapi kan ikke undersøges med metoden. Desværre vinder bestemte terapiformer på det grundlag meget stærkt frem på bekostning af andre, og det sker i realiteten uden at der findes videnskabeligt belæg.

Effekten på terapeutisk praksis

Jeg sidder i min klinik med en kvinde med depressive symptomer, og jeg mærker på mig selv, at jeg trækker mig fra kontakten med hende. Jeg kan ikke rigtigt mærke hende, og jeg har heller ikke lyst til det. I den situation kan jeg forsøge at finde ud af, hvorfor jeg trækker mig, overveje om jeg arbejder for meget, eller om hun ligner min mor, eller andre besværlige og ubehagelige spørgsmål. Jeg kan også tage en struktureret metode op af skuffen og bruge den. Det er meget, meget nemmere, men hvis jeg gør det, udhuler jeg min terapeutiske kunnen, og jeg tager et skridt hen mod at arbejde som en kontaktløs automat.

Hvis vi fortsat accepterer de evidenskrav, som nu er fremherskende, vil psykoterapi blive mere og mere manualiseret og rigid. Fokus vil flytte sig fra arbejdet med dig selv, og dermed dit personlige grundlag for mødet med klienten og over til anvendelsen af metoder. Det vil ødelægge det, vi er berømte og højt elskede for, nemlig vores møde med klienten på klientens præmisser. I stedet får vi et møde på testens og metodens præmisser. Desuden gør det noget meget negativt ved os som professionsudøvere: Hvis jeg har den rigtige metode, har jeg ret og dermed magt. Jeg behøver ikke vende blikket mod mig selv, hvis tingene ikke virker, jeg behøver ikke gribe i egen barm.

Hvis vi fremskriver den udvikling, vi har set over de seneste 5 år vil vi i 2020 være i den situation, at det vil være et krav, at vi bruger en metode som er bevist effektiv efter de nævnte kriterier, og psykologernes redskaber vil være tests og manualer. Og så vil faget være ødelagt. Meningen med at kræve evidens er at bedre kvaliteten af det psykoterapeutiske arbejde til gavn for klienterne, men det, der sker nu, er det modsatte.

Afslutning

Meget stærke kræfter virker for brugen af de nuværende evidenskriterier. Universiteterne arbejder jo basalt set for sikker viden, og derfor er de vilde med dem, og promoverer dem massivt over for de studerende. Lægerne er vilde med dem, og det er jo også fra den medicinske forskning, vi har arvet dem. Den del er faktisk vigtig for lægerne har henvisningsretten i sygesikringen og definitionsmagten i både sundhedsadministrationen og på sygehusene. Desuden er det psykologien i hele den vestlige verden, som hærages i disse år, men i Danmark har vi en mulighed for noget bedre, fordi vores psykodynamiske og eksistentiale tradition er meget stærk. Derfor har jeg også et håb om at se et fagligt selskab for relevante evidenskriterier, og jeg håber meget, at hvis nogen i feltet er enig med mig, at de så tager bladet fra munden nu, for en forandring af det her kommer ikke til at ske af sig selv.

Peter Søndergaard
Privatpraktiserende psykolog