
Grunnlaget for psykiatrisk behandling – retorikk i vitenskapsklær?

KORRESPONDANSER

ELSE MARGRETHE BERG

Psykiaterne og forskerne Ted Reichborn-Kjennerud & Erik Falkum har i Tidsskriftet nr. 10/2000 et langt og polemisk preget innlegg for sin forståelse av "evidence-based psychiatry" (1). De synes å sette likhetstegn mellom det at man bør basere sin praksis på "beste foreliggende evidens" (som er en relativt uproblematisk målsetting) og at man bør basere sin praksis på "beste tilgjengelige forskningsresultater" (som er langt mer problematisk, av grunner jeg vil komme tilbake til). I tråd med at de ikke problematiserer dette likhetstegnet, er fremstillingen påfallende skjev. Empiri og erfaring ervervet gjennom klinisk praksis utsettes for mye (retorisk preget) kritikk, mens forskningsbasert empiri synes å gå fri fra deres kritiske blikk. Det er en problematisk fremgangsmåte.

Når man skal sette opp en liste over hva som er "empirisk validerte terapier" ut fra "eksplisitte kriterier for vitenskapelig evidens", så er disse kriteriene selvsagt verken uproblematisk eller verdifrie. Cochrane-hierarkiet egner seg best for biologisk orientert forskning, der for eksempel studier over legemiddeleffekt lett lar seg tilpasse. Slik forskning dominerer mange psykiatriske publikasjoner. Psykoterapiforskning er et mer komplisert felt i denne sammenheng. Det er store metodeproblemer, kanskje spesielt i forhold til terapiformer som er lite "teknisk" preget (som for eksempel psykodynamisk orientert terapi). Det foregår imidlertid mye interessant psykoterapiforskning – og norsk forskning på dette området har fått velfortjent internasjonal anerkjennelse. Men det er langt igjen før man kan si at de samlede resultatene av norsk og internasjonal psykoterapiforskning kan passere som eneste gullstandard for hva som er god behandling.

Hva som omfattes av "beste tilgjengelige forskningsresultater" bestemmes av andre faktorer enn hva som er sannest og best. Det bestemmes dels av hvilke problemstillinger som p.t. er forskbare ut fra hvor langt metodeutviklingen er kommet og også av hva som i det hele tatt er forskbart innenfor det rådende vitenskapelige paradigmet. Sentralt er også spørsmålet om hvem som får sin

forskning finansiert. Det er sterke økonomiske interesser knyttet til biologisk psykiatri og medikamentell behandling. Internasjonalt er det mye lettere å få finansiert slike prosjekter enn for eksempel langtidsstudier av effekten av psykodynamisk terapi. Ingen av disse faktorene synes i *praksis* å tillegges vekt av forfatterne når de mot slutten friskt uttaler seg om psykodynamisk terapi som ”har liten eller ingen vitenskapelig forankring” og impliserer snarlige konsekvenser for hva som derfor bør være gyldig innhold i psykiatrisk spesialistutdanning.

Klinisk erfaring har den fordel at den på en særlig måte ivaretar *kompleksiteten* i faget vårt, og innebærer kunnskap som ikke er abstraherbar. Det er ikke tilfeldig at en stor del av psykiatrisk kunnskap må formidles via mester-svennlæring (i dette bildet hører også psykoterapiveiledningen med hovedvekt på lege-pasient-forholdet hjemme). Dette ikke til forkleinelse for akademisk psykiatri. Forskning er nødvendig, evaluering og kvalitetssikring likeså. Men man kan ikke utelukkende eller grunnleggende basere seg på det. Det er en kontinuerlig utfordring for både forskere og klinikere å ta inn over seg *hva det betyr* at psykiatrien befinner seg i spenningsfeltet mellom naturvitenskapen og humanvitenskapen.

LITTERATUR

1. Reichborn-Kjennerud T, Falkum E. G Grunnlaget for psykiatrisk behandling – fra tro til vitenskap Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1148 – 52.

Publisert: 20. mai 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 26. mars 2026.