

I stedet for at fokusere på teoretisk og metodemæssig evidens appellere ny forskningen til, at psykologer kvalitetssikrer deres arbejde ved hele tiden at følge effekten af behandlingen

NYE VEJE FOR EVIDENS

Evidens ■ Af Susanne Østervig Bargmann, Bruno Vinther, Mogens Holme

■ I ”En kritik af evidenskravet i psykoterapi” (Psykolog Nyt 8/2009) satte psykolog Peter Søndergaard fokus på den stigende optagethed af evidensbaseret viden i forhold til psykoterapeutisk praksis. Efterfølgende har der i Psykolog Nyt været en interessant debat om emnet, senest med Stefan Czaratoryskis (2009) indlæg, der anbefaler, at vi som psykologer skal arbejde for at evidensbasere flere psykoterapeutiske metoder frem for at bruge evidensbegrebet til at fremhæve vores egen metode som mere virksom end andre metoder.

Søndergaard (2009) fremsætter en kritik af den videnskabelige forskningsmodel, som ligger til grund for evidensbaseret viden (den medicinske forskningsmodel) og stiller spørgsmål ved, om denne model overhovedet egner sig til at beskrive psykoterapi. Han påpeger, at det ikke er meningsfuldt, at man forskningsmæssigt udskiller en metode uden også at kigge på terapeuten, som udfører metoden, fordi terapeuten og alliancen er så væsentlig i forhold til psykoterapeutisk effekt. Søndergaards kritik peger altså på problemet i at anvende et forskningsparadigme, når man studerer psykoterapi, som bygger på en medicinsk-naturvidenskabelig forståelse, og at dette paradigme ikke er velegnet, når man skal forske i psykoterapeutisk effekt.

Denne kritik er Søndergaard ikke ene om. Bruce Wampold (2001) påpeger, at den medicinske-naturvidenskabelige forskningsmodel bygger på en idé om, at man ved at kunne fremsætte en præcis diagnose kan komme med en psykologisk forklaring på problemet/symptomet og på den baggrund udvikle en terapi, som har til formål at forandre problemet med en specifik terapeutisk tilgang (Wampold, 2001). Wam-

pold fremhæver imidlertid, at der kan sås tvivl om, hvorvidt diagnoser (som er grundstenen i at forske ud fra en medicinsk model) rent faktisk er reliable og valide. Oftest er det reelle billede af klienten mere broget, dvs. klienten har ofte flere diagnoser eller passer ikke helt ind i nogen ”diagnostisk kategori”, jf. også Pedersen & Katznelson (2009). Derudover anfører flere forskere (fx Lambert, 2002; Wampold, 2001), at diagnoser ikke har nogen prognostisk værdi, idet patientens diagnose kun forklarer 1 % af variansen ved psykoterapeutisk behandling.

Et andet problem er, at den medicinske forskningsmodel foreskriver, at bestemte behandlinger burde være mere effektive end andre i forhold til specifikke diagnoser (fx at der fandtes én behandling som var mere effektiv til at behandle Anorexia Nervosa end nogen anden behandling). Dette er imidlertid ikke tilfældet: Siden 1936, hvor Saul Rosenzweig præsenterede os for *The Dodo Bird Verdict*: ”Alle har vundet, alle skal have en præmie”, har man i psykoterapiforskningen fundet, at forskellige psykoterapeutiske metoder virker lige effektivt. (Miller et al., 1997, Hubble et al., 1999, Duncan et al., 2000). Senest har en række meta-analyser af behandling af fx PTSD, alkohol- og stofmisbrug, opmærksomhedsforstyrrelser, angst, depression hos børn og unge alle, at der ikke er én tilgang, som opnår bedre behandlingsmæssige resultater over for én problemstilling/diagnose, men at effekten af psykoterapi er den samme på tværs af metoder (Benish et al., 2007; Imel et al., 2008; Miller et al., 2008).

Konklusionen bliver rent logisk, at det er nødvendigt at lede andre steder efter, hvad der skaber forandring i psyko-

>



BEGREBET

> terapeutisk behandling, end ved at se på den konkrete teoretiske/metodiske tilgang. Et godt bud på dette andet sted er de faktorer, som alle psykoterapier har til fælles, nemlig de non-specifikke faktorer. Wampold fremhæver, at dette også har konsekvenser for psykoterapeutisk forskning, idet han foreslår et paradigmeskift, en ny videnskabelig forskningsmodel: Den kontekstuelle model. I stedet for at lede efter en generel evidens i en specifik metode til behandling af en specifik diagnose skal vi se på, hvad der virker i forhold til den enkelte klient, og hvordan vi som klinikere kan blive bedre til at tilpasse vores behandling til den enkelte klient og skærpe fx alliancen. Wampolds (2001) grundige analyse af psykoterapiforskningen viser, at den terapeutiske alliance er otte gange vigtigere for at skabe en effekt i et psykoterapeutisk forløb end den konkrete teknik eller metode.

Vi ønsker her at bidrage til debatten ved at pege på en anden måde at tænke evidensbaseret på. Czartoryski (2009) henviser til den definition af evidensbegrebet, man anvender i USA, på baggrund af American Psychological Associations anbefalinger (APA, 2006). Disse anbefalinger siger, at evidensbegrebet skal forstås mere nuanceret, end man hidtil har gjort, så at man ud over videnskabelig evidens også vægter klinikerens og klientens vurderinger og præferencer samt påpeger betydningen af, at terapeuten løbende monitorerer effekten af behandlingen med det formål at justere på behandlingen, hvis den ønskede effekt udebliver. Disse anbefalinger tegner en ny måde at tænke psykoterapeutisk evidens, som har sine rødder i forskningen omkring feedback.

En ny form for evidensbaseret?

Nogle af de mest dedikerede fortalere for den kontekstuelle model er Scott Miller og Barry Duncan, som i bøger og artikler har beskæftiget sig med muligheden for at operationalisere og fremme de nonspecifikke faktorer i terapeutisk arbejde (Hubble et al. 1999). De har udviklet CDOI (Client Directed Outcome Informed = klientrettet effektinformert), som er et forsøg på at anvende den viden, vi har om, hvad der øger effekten af psykoterapi.

Første inspirationskilde til deres arbejde er forskningen i de nonspecifikke faktorer, hvor især alliancen mellem klient og terapeut har vist sig at være virksom til at skabe terapeutisk forandring. På baggrund af den eksisterende forskning i den terapeutiske alliance har de opstillet et enkelt allianceskema, SRS (Session Rating Scale), som gives til klienten i slutningen af hver session. Ved at sikre at sikre klienten mulighed for løbende at give terapeuten tilbagemelding på, hvordan han vurderer alliancen, får terapeuten en chance for at rette op på en alliance, som ikke er tilfredsstillende for klienten.

Den anden inspirationskilde er Howard et al.'s (1986) ar-

tikel om "The dose effect response in psychotherapy", hvor det beskrives, at den største del af forandringen i psykoterapi sker tidligt i processen. Der er i dag solid empirisk evidens for, at tidlig bedring i klientens tilstand også er den tydeligste indikation for et succesfuldt terapeutisk forløb ved afslutningen af terapien. Miller og Duncan har derfor udviklet et enkelt skema, ORS (Outcome Rating Scale), til at måle klientens subjektive oplevelse af forpintethed. Skemaet giver terapeuten mulighed for at monitorere effekten af hver enkelt klients forløb. Klienten får dette skema i starten af hver session, og hermed foretages der en måling fra gang til gang for at se, om terapien har en effekt på klientens funktionsniveau. Terapeuten får mulighed for at gribe ind i forløb, hvor den forventede effekt af terapien ikke indtræder, og ændre behandlingsstrategi.

Den tredje inspirationskilde til udviklingen af CDOI er den efterhånden overbevisende forskning i effekten af at give terapeuter løbende feedback fra deres klienter om effekten af behandlingen og klientens vurdering af alliancen. En af de største bidragydere til feedbackstudier er amerikaneren Michael Lambert.

Lambert udviklede sine egne skemaer til at måle klienters oplevede effekt af terapi, og terapeuten administrerede dem til klienten i hver eneste session. På baggrund af en stor mængde data (og med udgangspunkt i dose-effect-modellen) udviklede Lambert en algoritme, som kunne forudsige, hvilke klienter der var i fare for et negativt forløb eller i fare for at droppe ud af behandlingen, og terapeuterne fik besked omkring denne feedback. Igennem adskillige studier (fx Hawkins et al. 2004; Lambert et al. 2001; Whipple et al. 2003) har Lambert kunne påvise, at anvendelsen af løbende feedback i terapi øger effekten af terapi betydeligt (effectsize omkring 0.4), reducerer antallet af drop-outs betydeligt og gør det muligt for terapeuter at identificere og stoppe de terapier, hvor klienten ikke profiterer – i stedet for at klienten bliver i det samme ufrugtbare forløb i årevis.

Hannan et al. (2005) designede et studie, hvor de sammenlignede terapeuters evne til at forudsige, hvilke klienter der fik det værre i behandlingen med et computerprogram forudsigelser (baseret på Lamberts algoritmer). Ud af 550 klienter var terapeuterne kun i stand til at forudsige 1 af de 40 klienter, som fik det værre i behandlingen. Til sammenligning kunne computerprogrammet identificere 36 ud af de 40 klienter, som fik det værre. Med andre ord fandt de, at vi som terapeuter er ret dårlige til at opdage, når vores klienter ikke profiterer af den behandling, vi tilbyder dem. Sådanne resultater understreger nødvendigheden af en mere formaliseret løbende feedback til terapeuter omkring deres klienter (Zimmerman 2008).

Miller et al. (2006) har med ORS og SRS lavet tilsvarende forskning, og påviser, at feedback øger effekten af psykoterapi med 65 %. Senest har en stor Randomized Clinical Trial vist lignende resultater (Anker et al. 2009). Undersøgelsen inkluderede 461 norske par, som blev randomiseret til to typer behandling: Sædvanlig behandling (dvs. parterapi uden feedback) eller parterapi med feedback (ved hjælp af ORS og SRS). Behandlingsgrupperne var identiske med hensyn til alder, køn, grad af problemer ved behandlingsstart. Resultaterne viser store forskelle på effekten af parterapi med og uden feedback, idet feedback-gruppen opnåede tre gange større effekt af parterapien (effekt size 0.5) og drop out rate blev halveret. Derudover var skilsmisseprocenter for feedback gruppen 18,4 % sammenlignet med 34,2 % i gruppen, der modtog terapi uden feedback.

Praksisbaseret evidens

Med udgangspunkt i ovenstående forskning kan man derfor spørge: Når vi taler om evidensbaseret praksis, hvilken form for evidens bør vi stræbe efter?

Miller et al. (2004) skriver: "Instead of empirically support-

ed therapies, consumers would have access to empirically validated therapists. Rather than evidence-based practice, therapists would tailor their work to the individual client via practice-based evidence."

De introducerer med andre ord begrebet "praksisbaseret evidens" som et alternativ til evidensbaseret praksis. Deres pointe er, at vi ikke kan evidensbasere en specifik teoretisk-terapeutisk tilgang, men at vi i stedet kan evidensbasere os som terapeuter. En måde at gøre dette på er ved løbende at monitorere effekten af vores arbejde for dermed at dokumentere effekten af det arbejde, vi laver – uanset tilgang og metode. Ved at benytte ORS og SRS er der mulighed for at omsætte sine data til kvantitative målinger af effekt. Hermed undgår vi at støde på de problemer, som K. Pedersen (2009) beskriver: at man ender med at begrænse psykologens valgfrihed med hensyn til metode, vurdering og dømmekraft i forhold til den enkelte klient, når man bliver for fokuseret på evidens i en snæver forstand. I stedet kvalitetssikrer vi vores arbejde ved at søge evidens for vores eget kliniske virke, hvad der stemmer overens med anbefalingerne fra American Psychological Association's anbefalinger: "Evidence-based prac-

>

- > tice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture and preferences.” (APA, 2006, s. 273)

Videre anbefaler APA, at kliniske beslutninger skal træffes i samarbejde med patienten og anbefaler løbende monitorering af effekten af behandlingen for patienten med det formål at kunne justere behandlingen, hvis den ikke virker: ”Clinical expertise also entails the monitoring of patient progress (and of changes in the patient’s circumstances – e.g. job loss, major illness) that may suggest the need to adjust the treatment (Lambert, Bergin, & Garfield, 2004). If progress is not proceeding adequately, the psychologist alters or addresses problematic aspects of the treatment (e.g., problems in the therapeutic relationship or in the implementation of the goals of the treatment) as appropriate”. (ibid., s. 276-77)

Med udgangspunkt i den solide viden, der er om effekten af rutinemæssig monitorering af effekt og alliance, er det nærliggende at foreslå Dansk Psykolog Forening at lægge sig op ad APA’s anbefalinger. I stedet for at fokusere på teoretisk og metodemæssig evidens peger forskningen i retning af at appellere til, at psykologer kvalitetssikrer deres arbejde ved hele tiden at følge effekten af behandlingen, ved at tilpasse sig klientens præferencer, kulturelle udgangspunkt mv. og konstant leve op til den etiske forpligtelse til at sikre den bedste behandling.

*Susanne Bargmann, privatpraktiserende psykolog,
specialist i psykoterapi*

*Bruno Vinther, aut. psykolog, Neurologisk Afdeling
Glostrup Hospital*

*Mogens Holme, privatpraktiserende psykolog,
specialist og supervisor i psykoterapi*



REFERENCER ■

- Anker, M.G., Duncan, B.L., & Sparks, J.A. Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2009, Vol. 77, No. 4, 693-704.
- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice: Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, May-June 2006.
- Benish, S., Imel, Z.E., & Wampold, B.E. The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28, 2009, 746-759.
- Czartoryski, S.: Evidens – et etisk valg, *Psykolog Nyt* 16, 2009: 16-19.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K. et al. A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 2005: 155-63.
- Hawkins, E.J., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Slade, K.L. & Tuttle, K.C. The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research* 14(3), 2004: 308-327.
- Howard et al.: The dose effect response in psychotherapy. *American Psychologist*, 41 (2), 1986: 159-164.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L & Miller, S.D. *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. American Psychological Association, 1999.
- Imel, Z.E., Wampold, B.E., Miller, S.D., Flemming, R.R. Distinctions Without a Difference: Direct Comparisons of Psychotherapies for Alcohol Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors* Vol. 22, No. 4, 2008: 533-543.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., Hawkins, E.J. The Effects of Providing Therapists with Feedback on Patient Progress During Psychotherapy: Are Outcomes Enhanced? *Psychotherapy Research* 11 (1), 2001: 49-68.
- Miller, S.D., Duncan, B.L. & Hubble, M.A.: Beyond Integration: the Triumph of Outcome Over Process in Clinical Practice”, *Psychotherapy in Australia*, vol. 10 (2), 2004.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Brown, J., Sorrell, R. and Chalk, M.B. Using Formal Client Feedback to Improve Retention and Outcome: Making Ongoing, Real-time Assessment Feasible. *Journal of Brief Therapy*, vol. 5 (1), 2006: 5-22.
- Miller, S.D., Wampold, B.E. and Varhely, K. Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 18:1, 2008: 5-14.
- Pedersen, K: “Inflation i evidensen”, *Psykolog Nyt* 13, 2009: 14-16.
- Pedersen, S. & Katznelson, H. Psykodynamisk Terapi – og evidens!, *Psykolog Nyt* 14, 2009: 8-14.
- Rosenzweig, S. Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 1936: 414-415.
- Søndergaard, P. Kritik af evidenskravet i psykoterapi. *Psykolog Nyt* 8, 2009.
- Wampold, B.E., 2001. *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Whipple, J.L., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Nielsen, S.L., & Hawkins, E.J., 2003. Improving the effects of psychotherapy: The use of early identification of treatment and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 59-68.
- Zimmerman, M., McGlinchey, J.B. & Chelminski, I. An Inadequate Community Standard of Care: Lack of Measurement of Outcome When Treating Depression in Clinical Practice, *Primary Psychiatry*. 2008;15(6): 67-75.

Fuldstændig referenceliste samt gennemsynskopier af ORS og SRS kan rekvireres fra susanne@susannebargmann.dk