

Af Susanne Bargmann og Laura Tang Jensby, STOKs forskningsgruppe



Evidens er ikke bare Evidens

Om forskningsparadigmers
betydning for vores forståelse
af evidensbegrebet



Evidens

I sidste nummer af Systemisk Forum tog vi første skridt ind i forståelsen af den forskning som ligger bag den "Evidensbaserede Praksis". Forskningsgruppens håb er, at vi kan bidrage til en nuanceret forståelse af forskningen, for derigennem at kunne sætte spørgsmålstegn ved nogle af de sandheder, der hersker omkring "evidens" i den debat som præger vores fag i øjeblikket.

Evidens er blevet et tiltagende magtfuldt begreb, som på mange måder sætter den behandlingsmæssige dagsorden for nutidens familiebehandlere.

Det fremgår f.eks. af Dansk Socialrådgiverforenings hjemmeside (<http://www.socialrdg.dk/Default.aspx?ID=5861>), at Socialminister Karen Hækkerup på baggrund af en undersøgelse foretaget af Rambøll Management mener, at der kan spares 2,5 mia. kroner om året, hvis der indføres fire specifikke evidensbaserede metoder i behandlingen af udsatte børn og deres familier (MST, PMTO, DUÅ og MTFC).

Denne forståelse har ikke kun en betydning indenfor arbejdet med udsatte børn og unge. I England udstikker NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence – www.nice.org.uk) retningslinjer for hvordan sundhedsfagligt personale skal behandle en bred vifte af

psykiatriske diagnoser. Sundhedsstyrelsen i Danmark følger disse retningslinjer, hvilket betyder, at alle der arbejder med og behandler ICD-10 diagnosticerede vanskeligheder bør følge disse retningslinjer. Retningslinjerne henviser til de metoder, som har indsamlet tilstrækkelig forskning til at blive kategoriseret som "evidensbaserede", hvilket i praksis betyder, at mange af anbefalingerne peger på kognitiv adfærdsterapi.

Som beskrevet i artiklen "Evidens under lup" i sidste nummer af Systemisk Forum, har denne forståelse i høj grad forankret sig i vores professionelle kultur, hvor man f.eks. kan blive mødt med spørgsmålet "Hvorfor laver du ikke kognitiv adfærdsterapi? Det virker jo mod depression." Forståelsen bliver, at evidensbaserede metoder er mere virksomme og effektive i behandlingen af bestemte problematikker end andre metoder.

For at forstå hvad der menes med begrebet evidens, er det centralt at forstå, hvilket forskningsparadigme¹ der ligger til grund for antagelsen om at kunne evidensbasere psykoterapeutiske teknikker og metoder. Denne artikel vil give læseren et overblik over forskningsparadigmer, og deres betydning for vores forståelse af begrebet "evidens", og deres forskellige udlægninger af evidensbegrebet.

De to forskningsparadigmer

Wampold (2001) beskriver 2 forskellige forskningsparadigmer, som bl.a. anvendes i forståelsen af, hvordan psykoterapi virker: Det medicinske- og det kontekstuelle paradigme.

Det medicinske paradigme finder sin inspiration fra naturvidenskabelig

¹ Paradigme: Tænkemåde eller system af tanker omkring forskning.



”...Det kontekstuelle paradigme bygger på en antagelse om, at psykoterapi ikke kan forstås ud fra det medicinske paradigme....”

forskning, hvor man tænker at behandling indeholder en aktiv ingrediens, som skaber lindring i forhold til den diagnosticerede lidelse, man forsøger at behandle.

Som eksempel virker antibiotisk behandling på en bakterieinfektion, fordi antibiotika (= den aktive ingrediens) slår bakterierne ihjel, og dermed kurerer sygdommen. Denne forståelse indebærer, at behandleren stiller en korrekt diagnose, således at den rigtige behandling kan vælges. En stor del af den forskning der ligger til grund for de evidensbaserede teknikker indenfor psykoterapi, forstår psykoterapi på samme måde: De antager, at psykoterapeutiske metoder indeholder særlige ”aktive ingredienser”, som gør at de virker. Derudover antager de, at vi som behandlere skal kunne foretage en præcis diagnose, således at vi vælger den rigtige teknik.

Et eksempel på en ”medicinsk” forståelse indenfor psykoterapeutisk praksis finder man f.eks. indenfor behandlingen af børn med ”udadrettet problemadfærd”.

Til behandling af denne ”diagnose” er PMTO (Parent Management Training Oregon Model) en evidensbaseret behandling. Når problemet er korrekt identificeret/ diagnosticeret (den ”udadrettede problemadfærd” hos barnet) kan forældrene tilbydes behandlingen (PMTO), hvis aktive ingredienser er, at man igennem dialog med forældrene, rollespil med forældrene og hjemmeopgaver til forældrene gør det muligt for forældrene at håndtere barnets vanskeligheder og skabe ændringer i barnets

adfærd. (Ogden & Hagen 2008). Antagelsen er, at de aktive ingredienser bidrager til ændret adfærd hos barnet, og at PMTO er en mere effektiv metode til behandling af disse børn end andre metoder.

Indenfor det medicinske paradigme tænker man altså, at man kan generere en generel evidens for, at specifikke teknikker og metoder virker mere effektivt til behandlingen af alle klienter med den samme specifikke diagnose eller problemstilling.

Det kontekstuelle paradigme bygger på en antagelse om, at psykoterapi ikke kan forstås ud fra det medicinske paradigme. Dette bakkes blandt andet op af, at adskillige meta-analyser (Imel et al 2008, Miller et al. 2008, Benish et al. 2007) har fundet, at der ikke er forskel på effekten af forskellige teknikker/metoder, når man sammenligner dem indenfor det samme studie (læs mere om dette i ”tips”).

Med andre ord kan man ikke påvise, at forskellige behandlingsteknikker faktisk har forskellig effekt ved behandling af PTSD, Alkohol- og stofmisbrug, ADHD, angst, depression og adfærdsforstyrrelser hos børn og unge. Det ser altså ud til, at det er andre faktorer end de ”aktive ingredienser”, som kan forklare hvordan psykoterapi virker. Dette beskrev Saul Rosenzweig allerede i en artikel fra 1936, hvor han præsenterede den såkaldte ”Dodo bird verdict”: ”Alle har vundet, alle skal have en præmie”². Rosenzweigs

pointe var, at alle psykoterapeutiske retninger ser ud til at virke lige godt, og han foreslog i stedet, at effekten måtte findes i ”fællesfaktorer” på tværs af de forskellige retninger.

På baggrund af disse fund har en gruppe forskere (Shimokawa 2010, Wampold 2001, Duncan, Miller et al. 2010) fokuseret på at studere fællesfaktorerne i psykoterapi, heriblandt Miller et al. (2010) som i dag vælger at samle dem under betegnelsen ”terapeutiske faktorer”, som en samlet betegnelse for den gruppe af faktorer, man ved bidrager til psykoterapis effekt, uanset teoretisk retning eller metode. En af de terapeutiske faktorer, som har størst indflydelse på effekten af psykoterapi er den terapeutiske alliance, defineret som ”båndet” mellem terapeut og klient (Rogers ”*facilitative kernebetingselser*”), enighed om mål og emne for terapien, samt enighed om tilgang/metode. Videre har denne gruppe forskere fundet, at der er stor variation imellem terapeuter, hvor nogle terapeuter er mere effektive end andre (se fx Brown, Lambert, Jones & Minami, 2005; Wampold & Brown, 2005). ”Bedre” terapeuter er i stand til at etablere bedre terapeutiske alliancer med en bredere variation af klienter. Forskerne Baldwin et al. (2007) konkluderer, at 97% af forskellen på terapeuters effekt skyldes denne forskel i deres evne til at etablere terapeutiske alliancer. Fokus rettes på den måde væk fra klientens diagnose og evne til at forme/eller ikke at forme alliance med terapeuten, og i stedet over

2 Fra Carroll Lewis: ”Alice i eventyrland”

på terapeutens evne til at forme alliance med klienten. Konsekvenserne af disse forskelle er store: Klienter som behandles af de mest effektive terapeuter, får det bedre op mod 50% hyppigere og drop- per ud 50% sjældnere, end de klienter som behandles af de mindre effektive terapeuter (Wampold & Brown, 2005).

Indenfor det kontekstuelle paradigme konkluderer man altså, at vi ikke kan forske i evidens på et generelt, metode- mæssigt niveau, da man ikke kan forstå behandling udenfor konteksten af en konkret terapeut, en konkret klient og et konkret terapeutisk forløb.

Hvad evidensbaseres?

Som logisk følge af de to paradigmers meget forskellige måder at forstå psyko- terapi på, er det også to meget forskellige typer af "evidensbaseret" de to paradig- mer giver anledning til.

Indenfor det medicinske paradigme er man optaget af at evidensbasere specifikke, virksomme elementer af en behandling (f.eks. konkrete typer af vejledning til forældre indenfor PMTO), specifikke behandlingsprogrammer og manualer, som standardiseres for at undgå for store variationer imellem terapeuter. Man vil derfor rette sit fokus imod at forske i manualiserede teknikker, anvendt i forhold til en præcist defineret diagnose, udført på en standardiseret måde, sammenlignet med en kontrol- gruppe patienter, som ikke modtager behandling. Hvis interventionsgruppen har en større effekt end kontrolgruppen, konkluderer man at metoden er "evidens- baseret". Metoden har med andre ord ikke demonstreret større effektivitet end andre metoder, for at opnå betegnelsen "evidensbaseret" – den har bare vist sig at virke bedre end "ingen behandling". Alligevel tages disse undersøgelser oftest til indtægt for at give evidens for metodens effektivitet i behandlingen af denne diagnose.

Indenfor det kontekstuelle paradigme er man optaget af at skabe evidens i det enkelte behandlingsforløb, med hver enkel klient og hver enkel terapeut. Man er optaget af, at terapeuterne anvender formaliserede feedback redskaber (som f.eks. ORS og SRS eller CORE eller OQ-45),

og at den løbende feedback giver mulighed for at ændre kurs i behand- lingen, hvis ikke den anvendte metode virker. Med andre ord er man optaget af at måle effekten af det arbejde, som foregår i en almindelig praksis. Her har en præcis diagnose ingen relevans for den opnåede evidens, idet man er optaget af de faktorer, som bidrager mest til tera- peutisk effekt (de terapeutiske faktorer). I sammenligning med disse faktorer har den konkrete diagnose en given klient har fået stillet en meget ringe (måske endda ingen) betydning.

Man opnår altså ikke en evidens som kan generaliseres og udbredes til andre behandlingskontekster eller til andre klienter med samme diagnose eller problemtype – det er en naturlig følge af det kontekstuelle paradigme, at man opgiver tanken om, at man kan finde generelle metoder, som virker godt for alle med en bestemt diagnose. I stedet får man en lokal evidens, som viser at netop vores behandlingssted, med vores behandlingsmåde og vores terapeuter og vores klienter har en effekt, hvilket giver os muligheden for at kalde vores behandlingssted "evidensbaseret".

Som titlen på artiklen foreslår, så er evidens ikke bare evidens – den må forstås ud fra det forskningsparadigme som ligger til grund for evidensen. I sidste nummer og nærværende nummer af Systemisk Forum har vi givet en række tips til at læse forskningslitteratur kritisk. En del af disse tips finder sit udgangspunkt i forståelsen af de to forskellige forskningsparadigmer.

I næste nummer af Systemisk Forum vil vi rette vores fokus imod den kontekstuelle måde at dokumentere evidens på. Vi mener at denne måde at "evidensbasere" på udgør et alternativ til den mere fremherskende evidens-forståelse vi møder. Særligt mener vi at den kan fungere som en mulighed for terapeuter der tænker og arbejder syste- misk og narrativt til at give et modsvar på det evidens-krav de møder i praksis. I næste nummer vil Susanne Bargmann beskrive Scott Millers "Feedback Informed Treat- ment", som introduktion til det oplæg hun vil holde på STOKS årsmøde i November. ■

Referencer:

- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 842-852.
- Benish, S. G., Imel Z. E., & Wampold, B. E. (2007). *The Relative Efficacy of Bona Fied Psychotherapies for Treating Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis of Direct Comparisons*. University of Winsconsin – Madison, United States.
- Brown, G. S., Lambert, M. J., Jones, E., & Minami, T. (2005). Identifying highly effective psychotherapists in a managed care envi- ronment. *American Journal of Managed Care, 11*, 513-520.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M. A. (2010). *The Heart & Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*. Second Edition. American Psychological Associa- tion. Washington, DC.
- Imel, Z. E., Wampold, B. E., Miller, S. D., & Fleming, R. R. (2008). Distinctions Without a Difference: Direct Comparisons of Psychothera- pies for Alcohol Use Disorders. *Psychology of Addictive Behaviors Vol. 22, No. 4*, 533-543.
- Miller, S. D., Wampold, B. E., & Varhely, K. (2008). Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: A Meta-Analysis. *Psychotherapy Research, 18:1*, 5-14.
- Ogden, T., & Hagen, K. A. (2008). Treatment Effectiveness of Parent Management Training in Norway: A Randomized Controlled Trail of Children With Conduct Problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 76, No. 4*, 607-621.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing Treatment Outcome of Patients at Risk of Treatment Failure: Meta- Analysis and Mega-Analytic Review of a Psycho- therapy Quality Assurance System. *Journal of Consulting and Clinical Psychology Vol. 78, No. 3*, 298-311.
- Wampold, B. E. (2001). The great psycho- therapy debate: *Model, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estima- ting therapist variability: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consul- ting and Clinical Psychology, 73*, 914-923.