

# PRAKSISBASERET EVIDENS OG FEEDBACK INFORMED TREATMENT

Tekst: **Brian Sebens**

---

## Noget for psykoterapeuter?

Anvendelsen af psykoterapi er i en rivende udvikling i de offentlige og private sundhedstilbud. Udviklingen bliver i stigende grad mødt med et politisk krav om evidens, kvalitet og effektivitet. Forfatteren er udøver af psykoterapi i privat praksis og i offentlige institutioner og er optaget af, hvordan psykoterapeuter MPF kan evaluere og udvikle vores psykoterapeutiske kompetencer, komme i dialog med forskningen og blive medskabere af praksisbaseret evidens.

Anvendelsen af psykoterapi er i en rivende udvikling i de offentlige og private sundhedstilbud. Udviklingen bliver i stigende grad mødt med et politisk krav om evidens, kvalitet og effektivitet. Forfatteren er udøver af psykoterapi i privat praksis og i offentlige institutioner og er optaget af, hvordan psykoterapeuter MPF kan evaluere og udvikle vores psykoterapeutiske kompetencer, komme i dialog med forskningen og blive medskabere af praksisbaseret evidens.

Artiklen har til formål at introducere og diskutere evidensbegrebet og *Feedback Informed Treatment* (FIT). FIT er en trans-teoretisk tilgang til at evaluere og forbedre kvaliteten og effekten af psykoterapi og behandlingsarbejde. Det er et konkret værktøj til, hvordan praktikere kan booste deres faglighed, evidensbasere deres praksis og blive medskabere af en dialog mellem praksis og videnskab.

### CASE – FRANK

Frank på 42 år droppede pludselig ud af terapiforløbet. Frank havde tidligere haft problemer med alkohol og havde gået i terapi hos undertegnede over en periode på seks måneder. Min oplevelse og faglige vurdering

var ellers, at vi havde en stærk relation og alliance, hvilket Franks mundtlige feedback bekræftede.

Der kan være gode grunde til, at Frank valgte at afbryde terapien – hvilket min supervisor ligeledes pegede på. Men var der noget, som jeg ikke havde været opmærksom på? Eller var der noget, jeg havde sagt/gjort, der havde brudt tilliden og alliancen? Havde terapien ikke længere en effekt, eller oplevede Frank ligefrem, at terapien havde forværret hans livskvalitet?

Det er relevante spørgsmål, men selv med mange års erfaring, uddannelse, træning, supervision og egen terapi opdagede jeg ikke, at Frank var på vej til at droppe ud. Sidst i artiklen vender jeg tilbage til, hvordan jeg kunne have reflekteret og drøftet med Frank om hans udvikling i terapien eller mangel på samme.

### VORES MENTALE HELBRED UDFORDRES

Ifølge Statens Institut for Folkesundhed rammes ca. 20 % af befolkningen årligt af psykiske problemer, hvilket svarer til 700-800.000 voksne danskere (Kjøller 2007). Fra 2010 til 2017 steg andelen af danskere med mentalt dårlig helbred fra 10 % til 13,2 % (Sund-

”Som psykoterapeuter MPF er det nødvendigt, at vi kan dokumentere, at vores praksis – dvs. den psykoterapi, vi praktiserer – har høj kvalitet og er effektiv. Kravet om dokumentation kommer ikke kun fra dem, der betaler: sundhedsmyndigheder, politikerne og forsikringselskaber. Kravet om dokumentation for, at psykoterapi er effektiv, kommer også fra modtagerne af vores ydelser: klienterne og deres pårørende.”

hedsstyrelsen 2018), og de direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger ved mentale helbredsproblemer i Danmark anslås til at udgøre 55 mia. kr. årligt (Borg 2010). Det er foruroligende, at mennesker i stigende grad lider pga. af et dårligt mentalt helbred, så behovet for forebyggelse, psykoterapi og behandling er åbenlyst. Psykoterapi og behandling kan reducere omkostningerne i sundhedsvæsen mellem 30 % og 60% (Miller, Bertolino & Bargmann 2016), så set fra et menneskeligt og et samfundøkonomisk perspektiv er psykoterapi en god investering.

Den stigende opmærksomhed på, at psykoterapi og behandling har en positiv effekt på mennesker med psykiske problemer, afspejles i et stigende antal professionelle psykoterapeuter. Medlemstallet i Dansk Psykoterapeutforening er øget fra omkring 300 i 2006 til 1.700 medlemmer i 2016 (Dansk Psykoterapeutforening 2018), og i samme periode er Dansk Psykolog Forenings medlemstal øget fra omkring 6.500 til 10.000 medlemmer (Dansk Psykolog Forening 2018). Det stigende fokus på anvendelse af psykoterapi i behandling af psykiske problemer og væksten i antallet af professionelle terapeuter er positivt.

I kølvandet følger en faglig diskussion om, hvordan vi kan dokumentere kvaliteten af den psykoterapi, vi tilbyder og udfører i praksis. Forskningen viser, at psykoterapi virker og har en positiv effekt for de fleste mennesker, men hvor effektiv er den psykoterapi, som vi faktisk praktiserer og tilbyder? Svaret er ukendt for de fleste af os, men sådan behøver det ikke at være.

#### MÅLET ER ANERKENDELSE - MIDLET ER DOKUMENTATION

Medlemmer, tillidsvalgte og formænd (senest Pia Jepsen i Dansk Psykoterapeutforening) har de senere år markant øget kendskabet til foreningen, vores uddannelse og faglige kompetencer i offentligheden. Indsatsen er værdsat og væsentlig for at indfri et af Dansk Psykoterapeutforenings formål: at psykoterapi bliver en anerkendt del af det offentlige tilbud om behandling.

Anerkendelsen af vores faglighed er betydningsfuld af to grunde. For det første kan vi psykoterapeuter MPF bidrage med vores faglighed og være medskabere af et velfærdssamfund i bedre balance til gavn for klienter, deres pårørende og samfundøkonomien. For det andet vil vi som aktører i de offentlige sundhedstilbud blive mødt med krav om øget dokumentation for kvalitet og effektivitet, hvilket igen kan styrke udviklingen af vores uddannelser og faglige og personlige kompetencer.

Mange af os er privatpraktiserende og/eller ansat i offentlige/private behandlingsinstitutioner, hvor vores faglighed anvendes, men anerkendelsen sker ofte kun indirekte med begrundelsen, at psykoterapeut ikke er en beskyttet titel. Målet er altså klart nok, men hvordan strategisk, og hvilke greb kan vi anvende for at nå i mål? Certificeret uddannelse, hård træning, egenerapi og supervision er nødvendigt, men det er ikke længere nok i sig selv (Bargmann 2017). Som psykoterapeuter MPF er det nødvendigt, at vi kan do-

kumentere, at vores praksis – dvs. den psykoterapi, vi praktiserer – har høj kvalitet og er effektiv. Kravet om dokumentation kommer ikke kun fra dem, der betaler: sundhedsmyndigheder, politikerne og forsikringsselskaber. Kravet om dokumentation for, at psykoterapi er effektiv, kommer også fra modtagerne af vores ydelser: klienterne og deres pårørende (Hougaard 2008).

Svaret på, hvordan vi når målet: at psykoterapi bliver en anerkendt del af det offentlige tilbud om behandling, er selvfølgelig ikke enkelt. Forfatteren vil i artiklen først præsentere forskningens beviser for, at psykoterapi virker. Dernæst vil jeg diskutere begrebet evidens og forskellen mellem to tilgange til evidens: evidensbaseret praksis og praksisbaseret evidens. Afslutningsvis gives anbefalinger og inspiration til videre læsning og arbejde i Dansk Psykoterapeutforening.

### PSYKOTERAPI VIRKER

Historisk var det et chok i psykoterapiverdenen, da den tysk-engelske psykolog Hans Jürgen Eysenck i 1952 i sine analyser af 19 ikke-kontrollerede effektstudier nåede konklusionen, at psykoterapi i bedste fald ikke virkede bedre end spontan bedring (Eysenck 1952). Eysencks konklusion blev selvfølgelig mødt med kraftig modkritik, og siden har mere end 1000 kontrollerede effektstudier dokumenteret, at psykoterapi virker bedre end ingen behandling (Hougaard 2009).

På tværs af alder, køn, publikation og diagnoser virker psykoterapi med en effektstørrelse på omkring 0,80 (se faktaboks). Psykoterapi har således stor effekt, men effektstørrelser kan også omregnes til noget mere brugbart (se Hougaard 2009 s.94). En effektstørrelse på 0,80 svarer til, at den gennemsnitlige person, som modtager behandling (behandlingsgruppen), vil klare sig bedre end omkring 79 % af de personer, der ikke modtager behandling (kontrolgruppen) (Wampold 2010).

---

### EFFEKTSTØRRELSE PÅ FORANDRING

Den amerikanske statistiker og psykolog Jacob Cohen introducerede en *d* værdi, der udtrykker effektstørrelsen på forandringen (i standardafvigelsesenheder). En effektstørrelse på 0,80 betyder, at en gennemsnitlig outcomescore (fx på symptomer hos dem, der modtager behandling) er 0,80 standardafvigelser bedre end scoren på dem, der ikke modtager behandling.

En *d* værdi på:

0,20 = lille / beskedent effekt

0,50 = moderat effekt

0,80 = stor effekt

(Cohen 1969; Hougaard 2009)

### EVIDENSBASERET PRAKSIS – ELLER PRAKSISBASERET EVIDENS?

Evidens har længe været et *buzzword* i sundheds- og uddannelsessystemet og har bredt sig til domænet for psykoterapi. Der foregår fortsat en kamp og debat om begrebet evidens, og der er langt fra enighed eller en entydighed om begrebet (Christensen & Dalgaard 2013). Ordet betyder *vished* og kan forstås som, at et bestemt fænomen er en umiddelbar kendsgerning, som man ikke behøver at argumentere for eller bevise. Set fra et samfunds-, borger- eller klientperspektiv vil evidens som grundlaget for psykoterapi være indlysende, men sådan et ønske indeholder en række problemstillinger.

## ER PSYKOTERAPEUTER OGSÅ FORSKERE?

For det første er spørgsmålet, om psykoterapeuter også er videnskabsfolk. På den ene side mener forskerne, at praktikerne har en manglende vilje til at lære og integrere ny forskning. På den anden side har praktikerne fremført, at psykoterapiforskningen har mangel på ekstern validitet. Dvs. at fundene i randomiserede kontrollerede forsøg ikke kan overføres til reelle problemer i praksis (Hougaard 2009 s.158). Mellem terapiretningerne er der også en meget forskellig tilgang til forskning. For eksempel for gestaltpsykoterapeuter er forskning typisk forbundet med negative konnotationer som undertrykkelse, forværring og reduktion af det hele menneske, mens forskning for psykoterapeuter, der har en kognitiv adfærdsterapeutisk (KAT) baggrund, ofte er forbundet med positive konnotationer. Denne stærke polaritet findes i varieret form mellem de forskellige psykoterapeutiske traditioner. Polariteten understreger, at kløften mellem praktikerne og forskerne ikke kun handler om manglende vilje, men et grundlæggende forskelligt filosofisk udgangspunkt for at arbejde med mennesker samt at undersøge og behandle psykologiske fænomener.

Gestaltterapeuter er ofte ikke imponerede over forskning, der objektiviserer mennesker/klienter og ikke inddrager den relationelle dimension i terapien. Der er en udbredt skepsis over for effekt- og effektivitetsforskning i psykoterapi, der grundlæggende er baseret på statistiske antagelser.

Min erfaring er, at denne skepsis ofte hænger sammen med, at statistik er ukendt territorium for de fleste og er forbundet med frygt for at miste indflydelse, hvilket ikke er ubegrundet. Der kan argumenteres for, at evidens via randomiserede kontrollerede forsøg lettest kan dokumenteres i de terapiformer, der har lineære og observerbare processer, hvilket typisk optræder inden for den naturvidenskabelige tilgang. Evidens er ikke en 100 % garanti for mere effektive praksisser, men kan være et magtredskab i kampen om fordeling af ressourcer, så de, der er dygtigst til fremskaffe evi-

dens, får tildelt ressourcerne (Christensen & Dalgaard 2013 s.323).

Uanset om frygten for effekt- og effektivitetsforskningen er begrundet eller ej, er min erfaring, at den ofte udvikler dogmatiske overbevisninger mod værdien af den objektive forskning og den naturvidenskabelige forskningstilgang. Jeg understreger ovenstående skepsis, da jeg før og under min uddannelse som psykoterapeut har oplevet og følt denne frygt og modstand. For mange – inklusive forfatteren – er skepsis vendt til stigende engagement og interesse for at overkomme polariteten og kløften mellem praktikerne og videnskaben. Inden for gestaltterapiens domæne er de første skridt taget til at skabe en større nysgerrighed og forskningstradition blandt praktikerne. For eksempel har *European Association for Gestalt Therapy* afholdt konferencer og workshops for at fremme og stimulere gestaltpraktikere til at deltage i forskningsprojekter. Bogen *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy* af Jan Roubal (2016) skal ligeledes opmuntre til videnskabelig undersøgelse og projekter, der kan understøtte både udviklingen og anerkendelsen af terapiformen.

## ER NOGLE TERAPIER BEDRE END ANDRE? SPØRG DODO-FUGLEN

En anden problemstilling er, at det er meget vanskeligt at fastslå, om terapi, der er evidensbaseret, overhovedet er mere effektiv end andre terapiformer. Randomiserede kontrollerede forsøg regnes for at være 'golden standard' (Blaszczynski 2005) i forskningen, hvor man bl.a. sikrer sig, at deltagerne i forsøget er fordelt tilfældigt mellem behandlingsgruppen og kontrolgruppen. Når fx kognitiv adfærdsterapi kaldes en evidensbaseret praksis, så skyldes det, at mange randomiserede kontrollerede forsøg har vist, at kognitiv adfærdsterapi er virkningsfuld over for en række forskellige psykologiske problemstillinger. Der er altså bevis/evidens for, at kognitiv adfærdsterapi virker, men når kognitive terapeuter og forskere som fx

Tolin (2014) via meta-analyser signalerer, at i forhold til angstforstyrrelser er kognitiv adfærdsterapi overlegen i forhold til andre terapiformer, så er der ikke evidens for dette (Wampold et al 2017). Randomiserede kontrollerede forsøg er relevante og kan fremskaffe ny viden om, hvorvidt en terapiform virker, men alene at satse på at jage en særlig ingrediens eller metode som årsagen til en psykoterapeutisk effekt ser ikke ud til at være en særligt frugtbar vej at gå. Tværtimod har forskningen i årtier dokumenteret, at forskellige psykoterapeutiske metoder virker lige godt.

Saul Rosenzweig (1936) er ophavsmanden til forslaget om, at fælles terapeutiske (ofte kaldet non-specifikke) faktorer er hovedansvarlige for virkningen af terapien. Den logiske slutning af forslaget indebærer, at psykologisk behandling, der indeholder de fælles faktorer, vil producere en virkning, og at denne virkning må være lige for alle psykoterapier (også kaldet dodo-kendelsen). Rosenzweig har med sin reference til Alice i Eventyrland – hvor dodo-fuglen (figur 1) skal afgøre vinderen af et ræs omkring søen og erklærer, at "Alle har vundet, og alle må have en præmie" – skabt



Figur 1. Alice og dodo-fuglen. Tegning: John Tenniel.

grundlaget for en kontekstuel og alternativ tilgang til at forstå, hvad der gør psykoteraapi virkningsfuld.

Som nævnt har forskningen dokumenteret, at psykoteraapi virker, og at forskellige terapiformer virker lige godt (se Hougaard 2009 og Wampold 2001 for oversigt), men hvad dækker de fælles faktorer over, og hvad bidrager de med til effekten af psykoteraapi? For at understrege den terapeutiske betydning for effekten bliver fællesfaktorerne i artiklen, i tråd med tankegangen i FIT, kaldt for *de terapeutiske faktorer* (Bargmann 2017). Figur 2 illustrerer, hvilke faktorer der er tale om, og i hvilket omfang de har indflydelse på klientens forandringer i terapien.

For det første er der klientfaktorerne (ofte kaldet ekstraterapeutiske faktorer), der bidrager med 80-87 % til klientens forandringer. Klientfaktorerne inkluderer bl.a. forandringsparathed, styrker, ressourcer, støtte og netværk, motivation, livsbegivenheder og socioøkonomisk status. Klientfaktorerne er uafhængige af psykoteraapien.

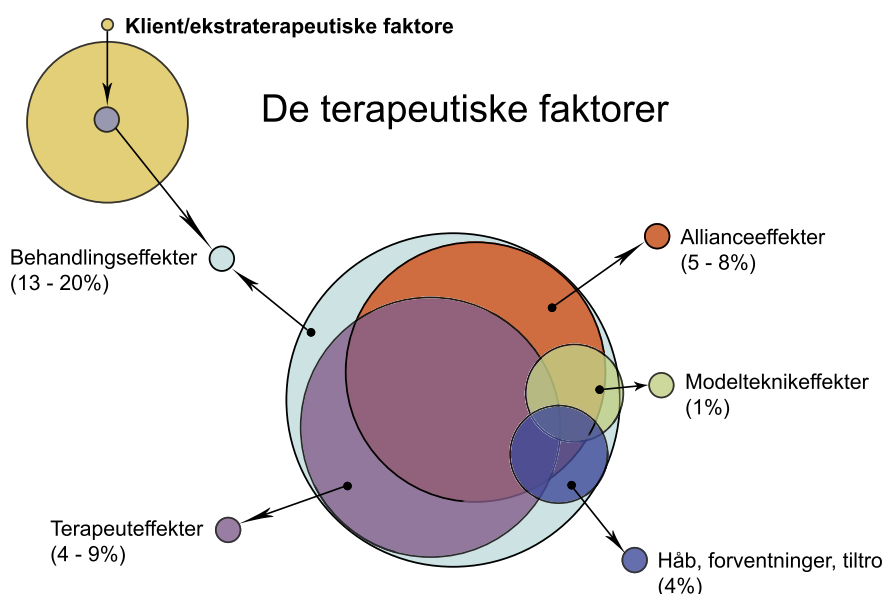
For det andet er der behandlingseffekter, der bidrager med 13-20 % til klientens forandringer og fordeles på de terapeutiske faktorer med henholdsvis:

1. Terapeuteffekter (4-9 %)
2. Allianceeffekter (5-8 %)
3. Håb, forventninger og placebo (4 %)
4. Model-/ teknikeffekter (1 %).

(Bargmann 2017; Wampold & Imel 2015; Miller et al. 2016).

Det betyder, at størstedelen af effekten (80-87 %) af psykoteraapi og behandling tilskrives faktorer uden for det terapeutiske rum. Der, hvor vi som psykoteraapeuter kan gøre en forskel, er altså i forhold til behandlingseffekterne, herunder alliancen (5-8 %) med klienten, som uanset terapeutisk metode har væsentlig betydning for terapiens behandlingseffekt.

Der er altså flere gode grunde til at diskutere og være kritiske over for evidenskravet, men kravet om doku-



Figur 2. De terapeutiske faktorer © Miller, Bertolino & Bargmann, 2016.

mentation åbner samtidig muligheder for at fremme vores faglige udvikling samt en fælles dagsorden om at blive anerkendt og blive en del af de offentlige sundhedstilbud.

Jeg tror, at de fleste psykoterapeuter MPF har svært ved at se meningen i en fortsat jagt på dén særlige ingrediens eller dén psykoterapeutiske metode, der er årsag til effekten. Derimod er jeg overbevist om, at de fleste har erfaringer og oplevelser, der siger dem, at det er de fælles terapeutiske faktorer, der er afgørende for effekten af psykoterapeutisk behandling. Spørgsmålet er så, hvordan vi faktisk kan vide, at den psykoterapi, som hver af os udfører i praksis uanset metode, er effektiv, og hvordan vi kan blive bedre. Svaret er, at det kan vi ikke – medmindre vi systematisk måler effekten af den psykoterapi, vi udfører i praksis, og at vi får feedback fra vores klienter.

En systematisk evaluering og måling af praksis kaldes også for praksisbaseret evidens, og det er her, at FIT kommer på banen.

#### FEEDBACK INFORMED TREATMENT - FIT

FIT er ikke en ny behandling eller terapi, men en trans-teoretisk tilgang til at forbedre kvaliteten og effekten på tværs af forskellige terapi- og behandlingsmetoder. Gennem kontinuerlig feedback fra klienterne i forhold til den terapeutiske alliance og effekten af terapien og behandlingen bliver de delte informationer anvendt til at skræddersy terapien og behandlingen til klientens behov (Miller & Bertolino 2016 s.10).

FIT kan anvendes uafhængigt af behandlings- og terapeutiske metoder og på tværs af specifikke målgrupper, som fx unge/voksne under/over 18 år med for-



skellige psykiske udfordringer. Formålet med FIT er systematisk at evaluere og forbedre kvaliteten og effektiviteten af forskellige indsatser og metoder. Et andet formål med FIT er at udvikle en fokuseret feedback kultur, der kan understøtte faglig udvikling af psykoterapeuter, og et klientperspektiv, der minimerer dropout.

Udviklingen af FIT startede for mere end 20 år siden af Scott D. Miller og Barry Duncan. I artiklen er der tidligere redegjort for debatten om evidensbaseret praksis vs. praksisbaseret evidens. FIT kan ses som et alternativ til tankegangen bag den evidensbaseret praksis, hvor man på baggrund af randomiserede kontrollerede forsøg anbefaler bestemte terapiformer og manualbaseret behandling til diagnoser eller psykologiske problemstillinger. Som tidligere nævnt viser forskningen, at det er de terapeutiske faktorer, der har stor betydning for effekten. Gennem omfattende dokumentation gør FIT op med forestillingen om, at der findes en særlig ingrediens/terapiform/metode, der inden for behandling af fx angst, misbrug eller familieproblematikker er mere effektiv end andre (Bargmann 2017).

#### FIT I DANMARK

I Danmark anvendes metoden i forhold til forskellige målgrupper, herunder mennesker med psykiske lidelser på botilbud, familier med børn, anbragte unge med udviklingsforstyrrelser og mennesker med psykiske lidelser og misbrug. Socialstyrelsen har gennemført en analyse af udbredelsen af FIT i perioden 2014-

2016, som viser en stigning i anvendelsen af FIT fra 13 tilbud i 2014 til 58 tilbud i 2016 (Socialstyrelsen 2017). Mange psykoterapeuter MFP har derfor allerede erfaringer med anvendelsen af FIT.

*The International Center for Clinical Excellence* har oprindeligt publiceret seks manualer på engelsk, men pga. af den stigende interesse for FIT i Danmark er efterspørgslen på dansksproget litteratur stigende (Miller & Bertolino 2016). Manualerne er derfor i 2016 blevet oversat til dansk og er samlet i en bog, der indeholder de vigtigste informationer og praktiske anvisninger for at implementere FIT i behandlingsinstitutioner og organisationer. Manualerne er i overensstemmelse med *American Psychological Associations* definition og operationalisering af evidensbaseret praksis (ibid.).

#### IPAD'EN GIVER OVERBLIK

FIT består af to enkle og lettilgængelige skemaer med fire korte spørgsmål, der hurtigt kan udfyldes af klienten ved hver session. Adskillige studier har dokumenteret skemaernes validitet, dvs. deres gyldighed, og reliabilitet, dvs. pålideligheden og nøjagtighed. De to skemaer er oversat til mere end 22 sprog og findes i udgaver til personer fra 13 år og opefter, til børn og unge mellem 6-12 år samt til klienter i grupper. Skemaerne findes både i en papir- og en online version. I online versionen kan klienten nemt og hurtigt udfylde skemaerne på en iPad, og terapeuten kan følge klientens udvikling på sin computer, iPad eller mobil (Bargmann 2017).

Det første skema, *Outcome Rating Scale (ORS)*, udfyldes af klienten ved begyndelsen af hver session. ORS måler på en skala fra 0-10 klientens oplevelse af trivsel og funktionsniveau på fire elementer:

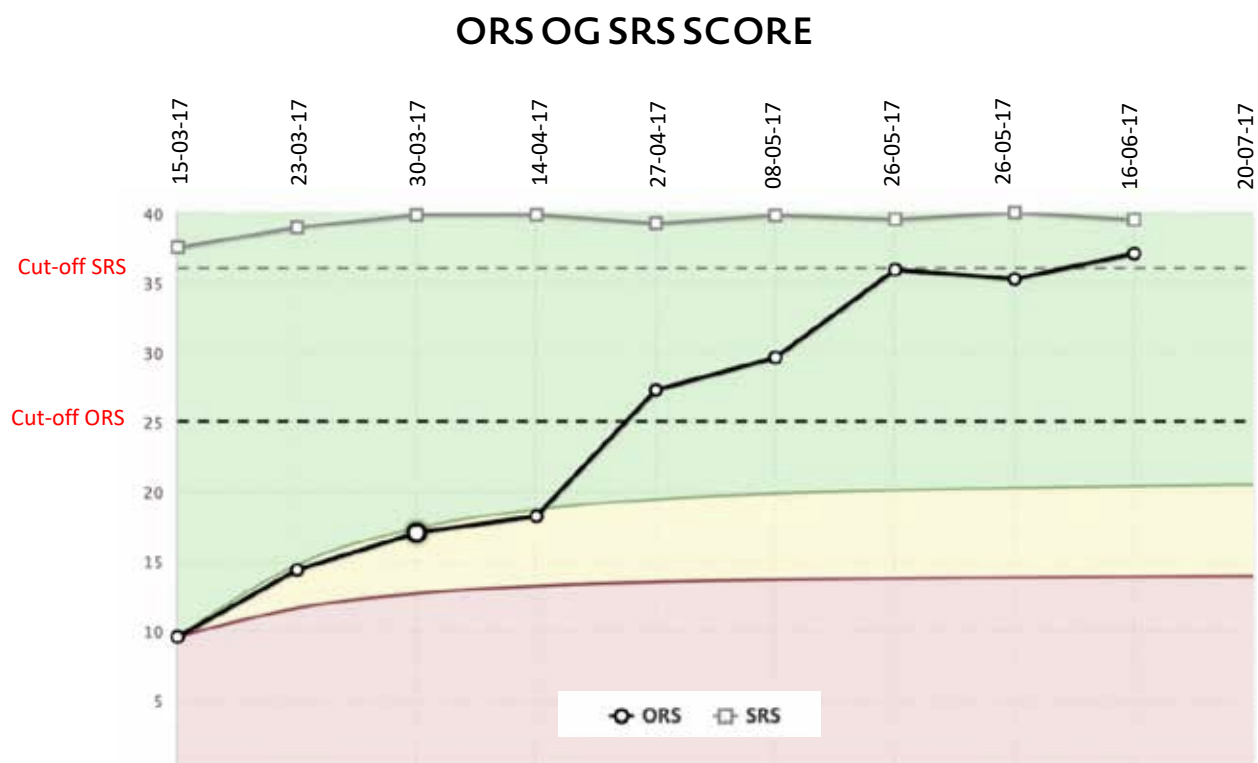
1. Personlige velbefindende
2. Forhold til sine nære relationer
3. Sociale funktionsniveau (arbejde, skole, bekendte)
4. Generelle velbefindende

Det andet skema, *Session Rating Scale (SRS)*, udfyldes af klienten efter hver session. SRS måler på en skala fra 0-10 klientens oplevelse af den terapeutiske alliance

og på fire elementer:

1. Relationen til terapeuten
2. Relevansen af indholdet i samtalen
3. Den professionelle metode
4. Den overordnede oplevelse af samtalen

Klientens svar bliver indsamlet via et sikret online FIT system, der informerer psykoterapeuten om klientens udvikling. Figur 3 viser et grafisk eksempel på en klients udvikling i terapiforløb. På X-aksen øverst ses datoerne for hver enkelt session. På Y-aksen vises klientens samlede scorer på de fire spørgsmål i de to skemaer. De to stiplede linjer viser den kliniske cut-off,



Figur 3. Eksemplet viser en klients score på henholdsvis *outcome* (ORS – nederste kurve) og *alliancen, sessions* (SRS – øverste kurve) gennem ni sessioner. © FIT-Outcomes.com 2018.



der er forskellen mellem et normalt og et klinisk niveau for forpintthed.

Skemaet giver psykoterapeuten et referencegrundlag for at vurdere graden af klientens forpintthed. Den kliniske *cut-off* for en voksen er 25 for *outcome* (OSR). Når der anvendes et online FIT system, vil klientens første ORS være lig med en *baselinescore*. Systemet vil herefter ud fra baselinescoren og på baggrund af mere end 350.000 klientforløb beregne de forventede forandringskurver, også kaldet den forventede behandlingsrespons. Er behandlingen hjælpsom (grønt område), er behandlingen ikke hjælpsom (rødt område), eller er der ikke en klar indikation af klientens udvikling (gult område)? Disse farveområder kan altså informere psykoterapeuten om klientens udvikling, når der sammenlignes med den forventede effekt. Som psykoterapeuter har vi altid særligt fokus på samarbejdsalliancen. *Cut-off* for alliancen (SRS) er 36, og scorer klienten under, er der god grund til at drøfte samarbejdet med klienten. En score under *cut-off* er et udtryk for, at elementer i samarbejdet skal justeres (ibid.).

Eksemplet i figur 3 viser en klient, der i første session oplever en *outcome* (ORS) score på 10, hvilket er i det kliniske område. Det giver mening, at klienten i starten oplever udfordringer i sit liv og opsøger professionel hjælp. Som forløbet skrider frem, øges *outcome*, hvilket er en forventet behandlingsrespons ved succesfuld behandling. Når enten *outcome* eller alliancen (SRS) ikke forløber som forventet, giver det psykoterapeuten mulighed for at reflektere og tale med klienten, hvis personen oplever en forværring eller er i risiko for at droppe ud. FIT giver ikke svaret på, hvad psykoterapeuten skal gøre anderledes i terapien, da FIT ikke er en metode, men et evalueringværktøj til bl.a. at øge psykoterapeutens opmærksomhed på klientens udvikling.<sup>1</sup>

## FIT OG KLIENTPERSPEKTIVET

Argumenterne for, at vi som psykoterapeuter bør måle vores effektivitet rutinemæssigt, handler ikke kun om nødvendighedens politik eller spørgsmålet om evidens. Der er to væsentlige faglige grunde og fordele ved løbende måling af klientens proces.

For det første at give psykoterapeuten en 'off-track' (afveje) alarm, der kan indikere, om terapien er på afveje. For eksempel hvis den ikke er virksom, eller hvis den er direkte skadelig (Boswell et al. 2015). Selv med de bedst uddannede og superviserede psykoterapeuter/behandlere oplever mellem 30 % og 50 % af klienterne, at terapien ikke hjælper dem. Yderligere oplever 5-10 % af de voksne klienter en forværring i terapien, mens det for børn og unge er mellem 12 og 20 % (Miller et al. 2016). Når klienten enten ikke profiterer, eller hvis klienten forværres i terapien, er der risiko for *drop out* (Boswell et al. 2015). Afhængig af konteksten og operationaliseringen af *drop out* peger forskning på, at i gennemsnit dropper omkring halvdelen af klienterne ud af terapien, hvilket er et problematisk højt antal (Piselli et al. 2011; Swift & Greenberg 2014). FIT kan bidrage til, at psykoterapeuten hurtig opdager, når klienten er på afveje i terapien. Det giver mulighed for, at psykoterapeuten kan finde løsninger sammen med klienten eller sende klienten videre til en kollega.

For det andet har vi som terapeuter en uheldig tendens til at overvurdere vores effektivitet og færdigheder. Steven Walfish ph.d. og medarbejdere bad i en spørgeskemaundersøgelse med 129 professionelle terapeuter med en gennemsnitsalder på 53 år om deres vurdering af, a) hvordan de ville vurdere deres færdigheder som terapeut til at hjælpe klienter i forhold til andre terapeuter, samt b) i hvilket omfang de mente,

<sup>1</sup> Af pladshensyn er det ikke muligt at gennemgå forskellige klientforløb, men læs Bargmann (2017), der beskriver anvendelsen af FIT i forskellige behandlingskontekster.

at deres psykoterapi hjælper klienter til forbedring, det samme eller en forværring. Gennemsnittet vurderede, at 77 % af deres klienter fik det bedre eller blev raske efter terapien, og næsten halvdelen vurderede, at deres klienter aldrig fik det værre. Gennemsnitligt vurderede terapeuterne, at deres kliniske færdigheder og effektivitet lå i 75 percentilen, dvs. i den høje ende, og ikke en eneste vurderede sin formåen under gennemsnittet (Walfish et al. 2012).

Når det kommer til terapeuters oplevelse af egenterapi, fandt Willams m.fl. (2011) i deres spørgeskemaundersøgelse med psykologer i England, at 27 % oplevede negative effekter, hvilket er en større oplevet forværring end hos klienterne. Terapeuterne kan altså selv opleve en forværring af deres egenterapi, men har tendens til at overvurdere deres effektivitet og færdigheder i forhold til egne klienter. Overvurderingen kan medføre, at terapeuten er blind for at kunne identificere og reagere på klienter, der oplever forværring eller ikke har udbytte af terapien, hvilket har både faglige og etiske implikationer.

### FRANK FÅR DET SIDSTE ORD

Frank droppede ud af terapien, og jeg fik ikke mulighed for at tale med Frank om, hvad han havde brug for, og hvad jeg kunne gøre anderledes i det terapeutiske rum, så alliancen og effekten af terapien igen kom på rette spor. Kunne jeg have gjort mere? Det korte svar er ja. Var FIT blevet implementeret i min daglige praksis, ville et rutinemæssigt skriftligt feedback (ORS og SRS) fra Frank have givet mig løbende informationer om Franks udvikling. De opnåede informationer ville give nye handlemuligheder i det terapeutiske rum, som fx at tale med Frank om, hvordan jeg i højere grad kunne skræddersy terapien til hans behov.

Jeg vil gerne bidrage til et fremtidigt Dansk Psykoterapeutforening, der understøtter, at psykoterapeuter MPF kan blive medskabere af praksisbaseret evidens,

så vi kan dokumentere, at vores psykoterapi er effektiv samtidig med, at vi kan blive endnu bedre psykoterapeuter. Foreningen har allerede iværksat et arbejde, hvor vi skal finde ud af, hvordan vi kan understøtte forskningsaktiviteter i foreningen. Vi har endnu ikke besluttet, hvad vi skal, eller hvordan vi kommer i gang, men FIT er et godt bud på en fælles start af processen.

Meget godt kan siges om FIT, men FIT er ingen schweizerkniv, der kan løse alle udfordringer i vores daglige praksis. FIT er et evalueringsværktøj og et godt bud på et kvalitetsløft i forhold til, at vi kan måle effekten af vores psykoterapi og løfte vores faglige udvikling. FIT kan på tværs af forskellige terapiretninger kvalitetssikre vores psykoterapi gennem en praksisbaseret evidensstilgang. FIT vil give psykoterapeuter MPF adgang til løbende, systematisk feedback fra klienterne, så vi kan identificere og reagere på dem, der ikke profiterer af terapien eller ligefrem forværres og er på vej til at droppe ud af terapien. Det tror jeg faktisk, at Frank og vores klienter både vil være glade for og forventer af os.

### INSPIRATION TIL VIDERE UDFORSKNING

Esben Hougaard, professor ved Psykologisk Institut ved Aarhus Universitet, har med bogen *Psykoterapi – teori og forskning* (2004) har givet et betydningsfuldt bidrag på dansk til et overblik over feltet og udfordringerne for forskning i psykoterapi. I bogen diskuteres bl.a., hvad psykoterapi og evidens er, og hvordan vi kan forstå og måle virkningen af en given behandling for psykiske lidelser.

Den internationalt kendte forsker og underviser, Scott Miller, er grundlægger af FIT, der er en trans-teoretisk tilgang, der evaluerer og forbedrer kvaliteten og effekten af behandlingsindsatser og psykoterapeutisk arbejde. Bogen *Feedback-Informed Treatment in Clinical Practice* af Miller m.fl. giver baggrundsviden og konkrete eksempler på anvendelse af FIT i forskellige kontekster, med forskellige klienter og ved forskellige

psykiske lidelser. Ønskes en dansk introduktion til FIT, kan bogen *Feedback-Informed Treatment – en grundbog* af den danske psykolog og specialist i psykoterapi Susanne Bargmann anbefales.

Både Esben Hougaard og Scott Miller er oplægsholdere på Dansk Psykoterapeutforenings jubilæums-konference den 14.-15. september 2018, så her er der en fantastisk mulighed for at opleve to hovedaktører. Jeg glæder mig.

#### REFERENCER

- Anker, MG, BL Duncan, JA Sparks (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693-704.
- Bargmann, S (2017). *Feedback informed treatment. En grundbog*. Kbh.: Akademisk Forlag.
- Blaszczynski, A (2005). Conceptual and Methodological Issues in Treatment Outcome Research. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 5-11.
- Borg, V (2010). *Hvidbog om mentalt helbred, sygefravær og tilbagevenden til arbejde*. København: Arbejdstilsynet: Det nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.
- Boswell, JF, DR Kraus, SD Miller & MJ Lambert (2015). Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: Benefits, challenges, and solutions. *Psychotherapy Research*, 25(1), 6-19.
- Christensen, A, M Dalgaard (2013). Implementering af Feedback Informed Treatment i institutioner. Fokus på familien, 41(04), 322-341.
- Dansk Psykolog Forening (2018). Foreningen i tal. Hentet 18. marts 2018 fra <http://www.dp.dk/om-dp/foreningen-i-tal/>
- Dansk Psykoterapeutforening (2018). Foreningen i tal. Hentet 18. marts 2018 fra <https://psykoterapeutforeningen.dk/om-foreningen/foreningen-i-tal/>
- Eysenck, H (1952). The Effects of Psychotherapy: An Evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319.
- Hougaard, E (2008). Evidenskravet i psykoterapi: Kan der tilvejebringes metodologisk stringent evidens for psykoterapiens virkning? *Psyke & Logos*, 29(1).
- Hougaard, E (2009). *Psykoterapi: teori og forskning*. Kbh.: Dansk Psykologisk Forlag.
- Kjøller, M (red.) (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007 (2. opl)*. København: Statens Institut for Folkesundhed.
- Miller, SD, B Bertolino, S Bargmann (2016). Manual 1: Hvad virker i terapi: en grundlæggende introduktion. In: SD Miller & B. Bertolino, *Feedback Informed Treatment – Danske Manualer*. (1. udg.). ICCE.
- Piselli, A, RP Halgin, GH MacEwan (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21(4), 400-415.
- Roubal, J (2016). *Towards a Research Tradition in Gestalt Therapy*. Cambridge Scholars Publishing.
- Socialstyrelsen (2017). *Feedback Informed Treatment – En metode i vækst* (No. 3) (s. 6). Hentet fra <https://socialstyrelsen.dk/udgivelser/social-analyse-feedback-informed-treatment>
- Sundhedsstyrelsen (2018). *Danskernes Sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2017*. Kbh.: Sundhedsstyrelsen.
- Swift, JK, RP Greenberg (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547-559.
- Swift, Joshuwa K, Roger P Greenberg (2014). *Premature Termination in Psychotherapy, Strategies for Engaging Clients and Improving Outcomes*. Washington: American Psychological Association.
- Tolin, DF (2014). Beating a dead dodo bird: Looking at signal vs. noise in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(4), 351-362.
- Walfish, S, B McAlister, P O'Donnell, MJ Lambert (2012). An Investigation of Self-Assessment Bias in Mental Health Providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644.
- Wampold, BE (2001). *Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Florence, United States: Taylor & Francis Group.
- Wampold, BE (2010). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. In: Duncan, BL, SD Miller, BE Wampold, MA Hubble (red.) *The heart & soul of change: delivering what works in therapy* (2nd ed, s.49-82). Washington DC: American Psychological Association.
- Wampold, BE, EI Zac (2015): *The Great Psychotherapy Debate: The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*. Taylor and Francis.
- Wampold, BE, C Flückiger, AC Del Re et al. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*, 27(1), 14-32.
- Williams, Fridrun, Adrian Coyle, Evanthia Lyons (2011). How counseling psychologists view their personal therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 72(4).



Brian Sebens er psykoterapeut MPF, uddannet på GIS, BA i psykologi og 2-årig videreuddannelse i kognitiv adfærdsterapi (speciale: ludomani). Har egen praksis i København og er medlem af forskningsnetværket i European Association for Gestalt Therapists og The Society for Psychotherapy Research. Suppleant i Dansk Psykoterapeutforenings bestyrelse.