

Udvikling af den terapeutiske alliance – indførelsen af «den dialogiske komponent»

SUSANNE ØSTERVIG ANDERSEN

Den følgende artikel beskriver arbejdet i en voksenpsykiatrisk kontekst med «client-directed, outcome-informed therapy». Især fokuseres på arbejdet med de to spørgeskemaer, som Miller-gruppen har udviklet: Outcome Rating Scale og Session Rating Scale (Miller et al. 1997, Hubble et al. 1999 og Duncan & Miller 2000), og de foreløbige erfaringer med metoden gennemgås. Spørgeskemaerne fungerer som redskaber til at styrke den terapeutiske alliance, samt som redskaber til bedre at kunne vurdere, om et terapeutisk forløb hjælper klienten. Gennemgangen illustreres af case-eksempler. Igennem arbejdet med spørgeskemaerne, har forfatteren udviklet og tilføjet metoden en «dialogisk komponent», som gennemgås med case-illustrationer undervejs.

Psykolog Susanne Østervig Andersen. Ansat pr. 1/11-03 på Poppelgården Familiecenter, Byvej 90, 2650 Hvidovre, men artiklen er skrevet, mens jeg var ansat på Psykoterapeutisk Center Stolpegård, Stolpegårdsvej 20, 2820 Gentofte . Email: oestervig@hotmail.com.

Introduktion

De seneste år er diskussioner af, hvilke psykoterapiformer, der er de mest effektive, blevet en stadig mere central del af den moderne psykoterapi. Dette ses blandt andet i den stadig større fokus på evidensbaseret terapi, hvor det bliver stadig mere vigtigt at kunne dokumentere, at den behandling man tilbyder, er effektiv for de problemstillinger, man behandler. Dette er også strømninger som har præget mit arbejde som psykolog og psykoterapeut.

Til daglig arbejder jeg på Psykoterapeutisk Center Stolpegård, som er et voksenpsykiatrisk tilbud om psykoterapeutisk behandling

for ikke-psykotiske, psykiatriske problemstillinger. Mit arbejde består primært i par- og familiebehandling for forskellige psykiatriske problemstillinger, samt gruppeterapi for spiseforstyrrelser. Al behandling på Stolpegård er korttidsterapi, hvilket betyder 6-10 par/familiesamtaler eller 20 uget i gruppe.

Arbejdet i en korttidsterapeutisk kontekst sætter fokus på, at terapien skal være virksom ret tidligt i processen. Jeg har derfor de seneste år været særligt interesseret i psykoterapi-forskningen, og de diskussioner, der her har været af, hvad der gør terapi effektiv. Denne forskning har genereret mange resultater og bud på, hvilke terapiretninger og metoder, der er effektive til hvilke problem-

stillinger. Alligevel ser det ud til at Saul Rosenzweigs undersøgelse fra 1936, hvor han præsenterede den såkaldte «Dodo bird verdict»: Alle har vundet, alle skal have en præmie» (dvs. at alle psykoterapiformer virker lige godt), stadig er gyldig. Rosenzweig byggede denne konklusion på ret få undersøgelser. Siden er der foretaget utallige undersøgelser med deltagelse af tusindvis af klienter, og konklusionerne er stort set de samme (Hougaard 1996, Miller et al. 1997, Hubble et al. 1999 og Duncan & Miller 2000). Dette tolkes af mange forskere som et tegn på at der ikke er de specifikke teoretiske overvejelser, som udgør de virksomme faktorer i psykoterapi, men at de derimod skal findes indenfor de fællesfaktorer, som kan identificeres i alle terapiretninger – de såkaldt «non-specifikke faktorer» (Lambert 1992, Hougaard 1996, Jørgensen 2001, 2002 og Andersen & Holme 2002).

Michael Lambert (1992) har foretaget beregninger over virksomme faktorer i psykoterapi, som idag er anerkendt af mange forskere. Ifølge dem tilskrives 40 % af effekten i psykoterapi faktorer uden for psykoterapien (f.eks. klientens modenhed, styrker, ressourcer, støtte i netværket, motivation for terapi, hændelser udenfor terapien, grad af forstyrrelse, relationsfærdigheder, psykologisk mindedness). 30 % af effekten tilskrives klientens opfattelse af den terapeutiske alliance. 15 % af effekten tilskrives klientens håb og forventninger til terapien (hvilket også kan karakteriseres som en form for «placebo-faktor»). 15 % af effekten tilskrives den specifikke terapeutiske metode og teknik.

Hvis man forsøger at tage konsekvensen af denne tankegang, kunne der ryde på at te-

rapeuter i højere grad bør fokusere på at danne gode alliancer med deres klienter, fremfor udelukkende at fokusere på teoretiske og tekniske diskussioner. Dette er ikke ensbetydende med at teorier er ligegyldige, men man kunne anskue teorier som terapeutens måde at forsøge at styrke de faktorer, som er betydningsfulde for terapeutisk forandring (f.eks. håb og alliance). Men hvordan overfører man denne opmærksomhed til sin daglige praksis?

Miller-gruppen: Client-directed, outcome-informed therapy

Et bud på, hvorledes denne opmærksomhed kan implementeres i praksis, finder man hos Miller-gruppen (Miller et al. 1997, Hubble et al. 1999 og Duncan & Miller 2000), som har udviklet en metode, der har til formål at styrke dannelsen af terapeutiske alliancer. Metoden fokuserer på klientens vurdering af om terapien medfører bedring, og hans vurdering af den terapeutiske alliance. Med udgangspunkt i klientens bedømmelse, kan terapeut og klient arbejde for at tilpasse terapien til klientens behov, og assistere terapien, hvis ikke det er muligt at skabe en konstruktiv alliance.

Metoden er den såkaldte «client-directed outcome-informed therapy», som er et forsøg på at forfine den viden, man har om dannelsen af terapeutiske alliancer og en forsøg på at blive bedre til at tilpasse sig alliancer om forandring («theory of change»). Miller er derudover et blivt dygtigere til at afgøre, hvilke terapeutiske metoder der vil resultere i positive forandringer for klienten, og hvilket det ikke er meningen at fokusere på.

Hovedidéer bag metoden

Miller-gruppens metode bygger på to hovedidéer:

1. Forskningen viser, at hvis klienten ikke vurderes, at der sker en tydelig fremgang i starten af terapien, er der stor sandsynlighed for, at terapien ikke vil blive vellykket (den såkaldte Dose-effect). Miller-gruppen har på baggrund af statistisk beregning af 100 afsluttede forløb på deres klinik, regnet sig frem til at de skal se en positiv forandring hos klienten i løbet af de første 6 samtaler. Hvis ikke dette er sket, er det ikke sandsynligt, at det kommer til at ske. Derfor er det væsentligt for Miller-gruppen at måle, om der er fremskridt fra session til session, for at kunne afslutte forløb, som ikke ser ud til at være hjælpsomme for klienten.
2. For at fremme den terapeutiske alliance, mener Miller-gruppen, at det er centralt, at terapeuten i højere grad arbejder på at tilpasse sig klientens forståelse af sin situation («Theory of change»), som består af fire elementer:
 - 1) Klientens forståelse af problemer og dets årsager og sammenhænge, samt klientens forståelse af, hvorledes forandringsprocesser finder sted i hans liv
 - 2) Klientens konkrete mål med at komme i terapi
 - 3) Klientens forståelse af, hvilke midler der skal til for at løse problemer
 - 4) Klientens opfattelse af terapeutens rolle i denne proces.

Klientens «Theory of change» indeholder således de elementer af alliancen, som forskningen viser, at klienter lægger vægt på, når de går i psykoterapi:

- At føle sig forstået
- At føle sig accepteret
- At terapeut og klienten er enige om målene for terapien
- At det, man beskæftiger sig med i terapien, er meningsfyldt for klienten.

Samtidig har Miller-gruppen fundet forskningsmæssigt belæg for, at sandsynligheden for at terapien er virksom forøges, når terapien passer til klientens teori om forandringsprocesser.

I praksis anvender Miller-gruppen to spørgeskemaer, for at kunne måle disse faktorer løbende i terapien.

Outcome Rating Scale

Miller-gruppen har udviklet et meget enkelt måleinstrument: ORS (se figur 1), dvs. et skema, som måler klientens udbytte af terapien. Dette beder de klienten udfylde i begyndelsen af hver session. Skemaet består af 4 elementer: generelt velbefindende, individuelt velbefindende, nære relationer (familie og nære venner) og socialt (skole, arbejde og bekendte). Disse fire punkter har forskningsmæssigt vist sig at være de punkter af klienters liv, som påvirkes af terapi (Miller et al. 1997, Hubble et al. 1999 og Duncan & Miller 2000). Klienten bedes sætte et mærke på hver af de fire linjer, for at indikere, hvordan han har haft det siden sidst. Der er ingen tal på streger, idet Miller-gruppen ønsker at

folk går så fordomsfrit til svaret som muligt, og ikke er påvirkede af en specifik talrække. Skemaet scores med det samme, og tallet sættes ind i en graf. Man får dermed en grafisk repræsentation af klientens besvarelse, der kan være udgangspunkt for en samtale om, hvorvidt der er fremgang, tilbagegang eller stilstand.

Fordelen ved instrumentet er, at det er let at anvende, billigt og samtidigt brugbart for statistisk beregning af, f.eks. hvor mange sessioner man på sin klinik skal forvente at bruge på at skabe den første terapeutiske forandring. På den måde kommer skemaet til at fungere som praksisforskning, samtidig med at det er et terapeutisk redskab.

Et væsentligt sigte med skemaet er, at man som terapeut tidligt i forløbet kan blive opmærksom på, om terapien bevæger sig i den rigtige retning (f.eks. om man taler om de rigtige temaer), eller om man er nødt til at ændre kurs. Man får således bedre mulighed for at ændre sin terapeutiske fremgangsmåde undervejs i terapien, hvis der ikke sker forandringer, og kan dermed afslutte ufrugtbare terapeutiske forløb tidligere i processen og henvise klienten til andre behandlingsmuligheder.

Samtidig virker metoden engagerende for klienten, idet den er med til at signalere, at klienten har et stort ansvar for terapien, for vurderingen af om den virker, samt for beslutningen om, hvorvidt terapien skal justeres, eller afsluttes.

Case-eksempler

A: Eksempel på at et forløb afsluttes som følge af en dialog omkring terapien

Et par i 30'erne kommer i terapi, idet kvinden plages af tvangssymptomer og depression. Parret har kendt hinanden i 8 år, og har altid haft et problematisk forhold, men har dog formået at håndtere dette indtil de for 2 år siden blev forældre til en søn med en alvorlig hjertesygdom. Herefter er forholdet (og kvinden) blevet så belastet, at de ikke længere kan magte at få hverdagen til at hænge sammen. Parret har derudover en række sociale problemer med arbejdsløshed, dårligt fungerende netværk, og problemer i forhold til ophavsfamilierne.

Parret udfylder ORS ved starten af hver samtale, og scorer ved første samtale begge meget lavt (hvilket giver et fingerpeg om at de føler sig meget belastede).

I de første tre samtaler er parret meget optagede af at fortælle om sønnen og hans sygdom, og ikke mindst om de meget belastende oplevelser af at skulle overlade sit barn i hænderne på et sundhedssystem, som de ikke helt har tillid til. Der er ikke meget plads til at tale om de parforholdsproblemer, parret også tumler med.

Efter tre samtaler er det tydeligt på parrets ORS-score, at de har det på samme måde, som da de kom ved første samtale - der er ingen fremgang. Terapeuten tager derfor op med parret, hvad de mener den manglende fremgang er tegn på. Er det fordi terapien har et forkert fokus, eller føler de, at de ikke får den hjælp, de har brug for, når de fortæller deres historie?

Parret giver udtryk for at de føler sig over-

belastede af livets mange besværligheder, og at det er svært for dem at kunne sætte sig ud over de akutte vanskeligheder – også når de kommer til samtalerne. De er begge overbeviste om, at de har behov for at arbejde med deres parforhold, da de ikke er enige om, hvorvidt de overhovedet skal blive sammen. Parret føler at samtalerne giver dem lettelse, idet de ikke tidligere har drøftet oplevelserne sammen. De har et håb om at terapien på sigt vil hjælpe dem til at få det bedre, og de er indstillede på at fokusere mere på parforholdsproblemerne. Det aftales derfor at fortsætte terapien.

I løbet af de næste samtaler er temaet for samtalerne imidlertid stadig nye akutte vanskeligheder. Grafen ændrer sig ikke, og det tages derfor igen op ved 5. samtale, om der skal ændres på behandlingen. Parret giver her udtryk for at de ikke i øjeblikket har overskud til at gå i terapi, og arbejde med deres parforhold. De er derfor indstillede på at afslutte terapien, og i stedet vende tilbage til et terapeutisk forløb, når nogle af de ydre faktorer i deres liv, som presser dem, er kommet på plads. Forløbet afsluttes derfor efter ialt 5 samtaler.

B: Eksempel på et forløb, hvor der ændres kurs, som følge af dialogen

Et par i slutningen af 20'erne kommer i terapi, fordi kvinden lider af senfølger efter incest. Parret udfylder ORS ved hver samtale. I løbet af de første 5 samtaler arbejdes der meget direkte med kvindens flash-backs og hendes angst for at kaste sig ud i nye ting. Der er stor fremgang på ORS-kurven i løbet af samtalerne.

Ved 6. og 7. samtale er kurven uændret, og terapeuten tager derfor op med parret, om det er et tegn på at forløbet skal afsluttes. Kvinden giver nu udtryk for, at der er nogle parforholds-temaer, som hun har brug for at tage op, som bl.a. handler om parrets meget forskellige holdninger til det at skulle stifte familie, deres fremtidsdrømme og karrierevalg. Samtidig fortæller hun, at hun føler sig mindreværdig i forhold til manden, fordi han altid har succes med de ting han kaster sig ud i, mens hun i lang tid har tumlet med sine psykiske vanskeligheder. Dette har medført at parret langsomt har fjernet sig fra hinanden, at de ikke længere har et fungerende sexliv, og at de skændes hyppigere. Kvinden giver udtryk for, at disse temaer altid har ligget som underliggende problemer i deres forhold, men at hendes incest-historie har dækket over vanskelighederne, og forhindret parret i at tale om deres parforholdsproblemer. Kæresten er enig i denne observation, og giver udtryk for at han meget længe har bidt mange ting i sig, fordi han har været bange for at tage problemer op, når kæresten havde det så skidt. Han føler sig derfor meget lettet af denne dialog. Efterfølgende bliver fokus for terapien mere på parforholdet, og på de vanskeligheder, der er imellem parret.

*Session Rating Scale –
Vurdering af terapisesessionen*

For at kunne måle klientens vurdering af alliancen, har vi udviklet et skema, som består af 4 spørgsmål om alliancen (se figur 2). Dette skema er inspireret af Miller-gruppens SRS-skema, men vi har ændret det, for at tilpasse det vores behov. I resten af denne arti-

kel taler jeg således om vores særlige version af skemaet, når jeg refererer til SRS.

Skemaet består af 4 punkter: følelse af accept, følelse af forståelse, om timen var hjælpsom og om timen gav håb.

Dette skema udleveres i slutningen af hver session, og klienten udfylder det med det samme. Derefter kigger terapeuten på svarene, og hvis det er nødvendigt, drøftes klientens besvarelse med det samme. Dette skema giver klienten mulighed for at fortælle terapeuten, om hun har formået at tilbyde klienten en tilfredsstillende alliance, eller om hun skal ændre stil. Hvis klienten scorer 3 eller lavere (dvs. i midten eller lavere), er det et tegn til terapeuten om at alliancen ikke er tilfredsstillende, og dette tages op til dialog med klienten med det samme – og der lægges op til at det kan diskuteres mere indgående i næste session.

En fordel ved skemaet er, at det minder os om, at det også er klienten, som skal vurdere vores terapeutiske arbejde, og ikke alene os selv og vores kolleger. En anden fordel er, at det giver klienten en mulighed for at kommentere terapeuten's arbejde – et område, som ofte kan være sårbart at komme ind på – på en relativt »ufarlig« måde. Det er dog tydeligt for os, at netop dette skema kan være meget vanskeligt for klienterne at svare på. Særligt kan det være vanskeligt for klienterne at have modet til at være ærlige i de første sessioner.

Vi arbejder stadig for at blive bedre til at fremme en åben og tryk atmosfære omkring besvarelsen af skemaerne, således at vores klienter i større udstrækning kan være ærlige. Det er i den forbindelse meget vigtigt at terapeuten understreger skemaets vigtighed,

og særligt lægger vægt på, at skemaet kun kan fungere som arbejdsredskab, hvis klienterne møder klart ud. På denne måde forsøger vi at signalere, at klientens evaluering – positiv eller negativ – er en hjælp for os og en støtte i at bedre den terapeutiske alliance, og dermed vores arbejde for et positivt resultat.

Case-eksempler

A: Eksempel på at samtalen om SRS-skemaet får afgørende betydning for forløbet

Et par i 50'erne kommer i terapi, idet kvinden har haft et suicidalforsøg efter en voldsom konflikt parret imellem. Parret giver udtryk for at deres indbyrdes konflikter oftest eskaleres, og kommer ud af kontrol for dem.

I løbet af de første samtaler, forsøger vi at arbejde meget konkret med, hvornår og hvordan parret kan standse konflikterne, f.eks. ved at gå hver til sit ½ time, inden de diskuterer de vanskelige temaer færdigt, og ved at give dem konkrete opgaver, hvor de f.eks. skal lytte til den anden, uden at kommentere.

Efter 3. samtale scorer manden meget lavt på SRS, hvorfor vi tager en snak om, hvad der er galt med den måde vi gør tingene på, og hvad manden kunne tænke sig anderledes. Manden giver udtryk for, at al den fokus på konkrete opgaver, gør det svært for ham at få talt om en enkelt, meget vigtig episode, som parret gensagne gange har skændtes om. Vi aftaler derfor, at vi skal have mere fokus på denne episode ved næste samtale.

Ved næste samtale fortæller manden meget rørende om en episode i begyndelsen af parforholdet, hvor kvinden var væk på ferie i

3 dage, og hvor han fik mistanke om at hun var ham utro. Denne mistanke har han båret med sig i de 8 år parret har kendt hinanden, og det gør det meget vanskeligt for ham at stoppe sin vrede overfor konen. Manden fortæller, at hans mistanke dengang sikkert var helt uden grund, men at han var blevet forladt af sin første kone, pga. utroskab, og at han derfor nu er bange for at det vil ske igen.

Konen bliver meget berørt over mandens historie, og oplever pludselig at kunne forstå deres skænderier på en ny måde. Parret oplever herefter, at de har fået en ny måde at forstå og løse konflikterne på.

Ved sidste samtale giver manden udtryk for, at han ved 3. samtale havde besluttet sig for at afslutte terapien, men at den snak vi havde omkring hans besvarelse af skemaet, og den efterfølgende ændring i terapien, gav ham tillid til at vi kunne hjælpe ham.

Erfaringer med metoden

Mine kolleger og jeg har nu igennem halvandet år anvendt de to skemaer i en voksenpsykiatrisk, psykoterapeutisk praksis. I den tid, vi har anvendt metoden, har vi gjort os erfaringer med, hvordan vi i praksis kan tilpasse metoden, så den bliver en meningsfuld del af vores psykoterapeutiske arbejde. Det betyder, at vi i løbet af vores arbejde har tilføjet noget nyt til metoden, og at vi har ændret på SRS-skemaet.

Når Miller-gruppen beskriver deres brug af metoden, lægger de vægt på at have meget klare retningslinier for, hvilke konsekvenser, der skal drages af eksempelvis manglende terapeutisk fremgang. Det betyder, at de under alle omstændigheder vil afslutte terapien,

hvis der efter 6 samtaler ikke er fremgang, og i stedet forsøge at hjælpe patienten videre til et mere passende tilbud. Det samme gør sig gældende, hvis klienten ved første samtale scorer højt på ORS-kurven (og dermed ser ud til at have det godt). Også i dette tilfælde vil Miller-gruppen afslutte terapien, da det er usandsynligt at terapi vil kunne medføre mere fremgang. Vi er meget inspirerede af Miller-gruppens arbejde, og den forskningsmæssige baggrund, der er for deres konklusioner. Alligevel er det netop på dette punkt, at vi har fundet det nødvendigt at ændre lidt på vores måde at anvende metoden på.

Hvor Miller-gruppen foreskriver en »ekspert-position«, dvs. at der er terapeutens opgave at vurdere, om terapien skal fortsætte eller ej, har vi fundet det mere i overensstemmelse med vores arbejdsmetode at lade denne vurdering foregå i en dialog med klienten. På denne måde sikrer vi i højere grad, at også forståelsen af kurven sker i samspil med klientens »theory of change« fremfor udelukkende at ske på baggrund af terapeutens statistiske for-forståelse. Når vi kigger på ORS-kurven sammen med klienterne, bliver det derfor igennem en dialog med klienterne, at det afgøres 1) hvordan kurven skal forstås og 2) om terapien skal fortsætte eller afsluttes. Man kan sige, at vi også i forståelse af ORS-kurven og i beslutningen om terapiens fortsættelse eller afslutning er »Client-directed«, dvs. styret af vores klienters tanker, meninger og ønsker.

Den væsentlige forskel fra Miller-gruppen er derfor, at vi har indført en slags »dialogisk komponent« i metoden, som er blevet et meget værdifuldt og væsentligt terapeutisk redskab for os. Man kan gøre sig mange speku-

lationer om, hvorfor vi har udviklet denne nye komponent. En del af forklaringen skal måske findes i kulturforskellene mellem USA og Danmark, og de forskellige krav der er for at kunne dokumentere effekt af det terapeutiske arbejde. En del af forklaringen ligger måske i, at vi ikke kan være ligeså skråsikre som Miller-gruppen, når vi skal konkludere på baggrund af ORS-kurven, idet vi stadig er i en proces, hvor vi indsamler data til vores egen statistiske beregning. En del af forklaringen skal måske findes i tilfældet, dvs. at vi ved en tilfældighed gik i dialog med en patient om kurven, og fandt det meningsfuldt og terapeutisk brugbart.

I det følgende vil jeg forsøge at ridse op, hvori denne «dialogiske» komponent består. For at tydeliggøre komponenten vil jeg fokusere gennemgangen på case-eksempler på dialoger omkring skemaerne.

Den dialogiske komponent

I vores arbejde med de to skemaer har vi altså særligt været inspireret af idéen om at udforske vores klienters forståelse af forandringer (Theory of change). Måske synes klienten ikke nødvendigvis at forandringer skal ske i samme hast, som vi ønsker det? Måske forstår klienten også andre elementer af terapien som fremskridt, end dem vi umiddelbart kan måle på ORS? Måske forstår klienten det som noget positivt, at hun i en periode får det værre, fordi hun har en oplevelse af at «det skal være skidt, før det bliver godt»? Måske er klienten «pessimist», dvs. at hun hellere vil score lidt «konservativt», for ikke

at blive skuffet, hvis hun pludselig får det skidt? Måske tør klienten ikke sætte scoringen højt, fordi hun har en tanke om at hun vil blive ramt af nemesis, hvis hun bliver for optimistisk?

Der kan være mange mulige forklaringer på, hvorfor vores klienter ikke altid har opadgående ORS-kurver, selvom de føler at terapien er hjælpsom. Dette mener vi udelukkende kan afdækkes, hvis man er parat til at gå i dialog om kurven, og er parat til at godtage, at terapien ikke nødvendigvis behøver at afsluttes, selvom kurven ikke viser fremgang.

I vores forståelse udgør grafen derfor på ingen måde en sandhed, men er nærmere et udgangspunkt for en samtale – en «knage» vi hænger dialogen op på. Kurven er et konkret billede, som vi kan reflektere med vores klienter ud fra, for på den måde at afdække deres forståelse af forandringer («theory of change»), også når det gælder den terapeutiske proces. På den måde bliver vi bedre istand til at tilpasse terapien bedst muligt til klientens behov. Det bliver derfor meget væsentligt at kurven ikke tolkes af terapeuten, men at det er i refleksionen med klienten at fortolkningen opstår.

Det er vores oplevelse, at dialogen om ORS-grafen bliver en central og væsentlig del af den terapeutiske samtale – ofte fører dialogen om grafen os lige ind i kernen af nogle af de temaer, som er mest vigtige for vores klienter, f.eks. omkring motivation, at føle sig fastlåst i sin situation, relationer til væsentlige personer i netværket, arbejdsmæssige problemer.

Case-eksempler

A: Eksempel på, at der er fremgang i terapien, på trods af stagnerende ORS-kurve

Et par i 30'erne kommer i terapi, idet hun føler sig depressiv, og fordi de føler at de har svært ved at få parforholdet til at fungere. Parret har en søn på 2 år. Parret har kendt hinanden siden gymnasietiden og har rejst meget sammen i udlandet. Først indenfor de sidste år er de begyndt at «slå rødder», og i den forbindelse oplever de begge vanskeligheder med at få hverdagen til at fungere.

Ved anden samtale fortæller parret, at de er blevet uplanlagt gravide. Især kvinden er ulykkelig, idet hun ved første graviditet var meget påvirket af hormoner, og på et tidspunkt fød sammen. Kvinden husker derfor første graviditet som meget traumatisk og stressende for hende og for parforholdet.

I løbet af de første samtaler er der en fremgang på ORS-kurven, men derefter er der ikke længere fremgang, hvorfor vi tager tid med parret, om det er fordi vi ikke får talt de rigtige ting. Parret giver udtryk for at de lærer et meget vigtigt for dem, og at de mener de er helt rigtige, men at den pludselige graviditet har medført at det er en omvej op ad bakke». Parret formulerer, at de mener at det er fremgang i sig selv, at de har lært det værre, på trods af graviditet. Parret udtrykker sig for at de igennem samtalmange ting, som de mener er vigtige for deres forhold kan fungere i fremtiden, og vi aftaler derfor at fortsætte

B: Eksempel på at ORS-kurven stagnerer, fordi patienten ikke tør være «overmodig»

Et kvinde i 40'erne kommer i terapi, fordi hun i mange år har været plaget af en voldsom og invaliderende angst. Kvinden har tidligere været i terapi, og har i den forbindelse arbejdet meget med sin opvækst og sit problematiske forhold til sin mor. Dette har imidlertid ikke hjulpet på angsten. I løbet af samtalerne arbejder vi med at kvinden langsomt skal bevæge sig ud i situationer, som provokerer angst, og udholde angsten.

På ORS-kurven er der kun en beskedent fremgang, men de fremskridt kvinden gør i sit daglige liv er ikke til at tage fejl af: Efter mange års isolation lykkes hun med at overnatte en hel week-end på datterens højskole, hun tager på en længere udenlandsrejse med sin mand, og får for første gang i mange år en veninde.

Vi taler med kvinden om kurven, og hun giver udtryk for at hun er så bange for at hun vil provokere angsten til at vende tilbage, hvis hun viser os på kurven, hvor godt hun faktisk har det – og at hun helst er fri for skemaerne.

Vi ender med at «afskaffe» skemaerne, og fortsætter terapien.

Elementer i dialogen

Den dialog, vi har udviklet omkring ORS-grafen, indeholder følgende hovedelementer (som ikke nødvendigvis forekommer i den nævnte rækkefølge):

1. Validering af grafen. Her forsøger vi i første omgang at afdække, om det grafiske billede stemmer overens med patientens

jelse af udviklingen – dvs. for at se, at det er en tilfældighed at der er fremgang, tilbagegang eller stagnation. Ved en tilbagegang eller stagnation kan vi se på om der er en anden fremgang eller tilbagegang. Hvis vi op for en dialog omkring, om patienten forstår dette: Har det været en succes udenfor terapien, er det en succes, er det fordi patienten ikke har ændret sig, osv. Hvis patienten har ændringsforslag til terapeutens disse, særligt med henblik på at gøre dette i det videre forløb. Dialogen viser, at terapien er virkningen af terapien uden ændringer.

En session kunne dialogen udforme sig som:

Terapeut: Det er ud som om du har det på ca. det samme, som sidst vi mødtes – stemmer det med din oplevelse? (*validering af*

patienten)
 Patient: Ja, det stemmer vist meget godt ... jeg tænker du om, at tingene ikke er blevet bedre – er det fordi vi ikke taler om det er vigtigt, når du er her – eller er det på en forkert måde? (*åbner dialog omkring den manglende*

dialog)
 Terapeut: ... det synes jeg ikke. Men det er fordi jeg lige er blevet gravid, så tingene er i øjeblikket. Jeg tror faktisk jeg har det meget værre, hvis jeg ikke kommer – og jeg tror også tingene bliver mere ro over tingene, når du kommer. Mange ting i samtalerne her.

... så skal vi bare fortsætte på som vi har gjort hele tiden?
 Patient: Det synes jeg faktisk ...

Omkring SRS-skemaet, er følgende elementer af dialogen væsentlige (ikke nødvendigvis i nævnte rækkefølge):

- 1 Hvis patienten har scoret 4 eller over på alle spørgsmål, omtales skemaet ikke yderligere.
- 2 Hvis patienten har scoret 3 eller lavere på et eller flere af spørgsmålene, nævner terapeuten, at hun kan se, at hun ikke helt har formået at tilbyde den terapi, som patienten ønsker. Dette gøres i en anerkendende og åben stemning, for at patienten føler sig velkommen til at hjælpe terapeuten med at blive bedre til at tilpasse sin metode, til patientens behov.
- 3 Såfremt utilfredsheden kræver en mere indgående samtale, lægger terapeuten om til, at dette tema må tages om i næste session, for at kunne diskutere det mere indgående.

I en typisk session kunne dialogen udforme sig som følger:

Terapeut: Det ser ud til at du ikke har følt timen til så stor nytte idag. Har du umiddelbart nogle konkrete kommentarer til noget, vi har gjort idag, som ikke har været så nyttigt, eller noget vi ikke nåede at tale om? (*åbner op for meget korte tilbagemeldinger*)

Klient: Jeg synes vi snakkede for meget om min arbejdssituation, i stedet for at vi fordyber os i min barndom.

Terapeut: Det er en vigtig tilbagemelding, og jeg synes vi skal bruge mere tid på at tale om din barndom, næste gang du kommer. Måske kunne du tænke lidt over, hvad i din barndom, du kunne tænke dig at vi begynder at tale om? (*runder af, og signalerer at der kan*

tales tidene om det tid næste samtale)
 Kl: Ja ... det vil jeg gerne.

Perspektiver – anvendelse af skemaerne i grupper

Anvendelsen af skemaerne har indtil nu været rettet mod individuel terapi samt par- og familiesamtaler. Men på Stolpegård arbejder vi i øjeblikket med at forsøge at implementere ORS-skemaet i en gruppeterapeutisk setting. Dette gør vi som forsøg i grupperne for de spiseforstyrrede patienter.

Patienterne møder et kvarter før gruppe-tid, og får udleveret en mappe med skemaerne, som de udfylder og scorer, og fører ind på grafen. Efter de første 3–4 gruppefremmøder, kigger vi kort på skemaet, for at se hvordan kurven bevæger sig. Hvis der er behov for at foretage justeringer i vores måde at hjælpe patienten på, gør vi det, ellers fortsætter vi. Efter 8 gange laver vi en større evaluering, og taler om, hvorvidt terapien hjælper, eller om der er behov for at tilbyde patienten en anden type behandling.

Det interessante i arbejdet med skemaerne i denne gruppe er, at dialogen omkring skemaet kommer til at fungere som et meget væsentligt omdrejningspunkt, når det gælder samtale om kvindens motivation for at ændre på sin spiseforstyrrelse. Ofte er kvinder med spiseforstyrrelser meget ambivalente i deres ønske om at slippe af med spiseforstyrrelsen. Alligevel er det vores erfaring indtil nu, at kvinderne svarer oprigtigt på ORS-skemaet (det er så at sige den «raske» del af kvinderne, som besvarer skemaet), og at vi derfor kan se en manglende fremgang i de tilfælde, hvor motivationen for forandring ikke

er så stærk (eller i de tilfælde, hvor vi er oppe imod en stærk spiseforstyrrelse). Dialogen omkring grafen kommer i disse tilfælde til at virke motivationsafklarende og i nogle tilfælde også motivationsstærkende. Samtidig bliver dialogen også væsentlig i vores arbejde på at alliere os med kvinden imod spiseforstyrrelsen.

Indtil videre har vores anvendelse af skemaet været meget hjælpsomt i vores arbejde, og har hjulpet os til at ændre behandlingsbuddet for de kvinder, som ikke profiterede af gruppen. Vi har således ændret to behandlingsforløb, således at kvinderne i stedet fik tilbudt familiesamtaler – begge gange med bedre effekt. Derudover har vi tidligere kunne afslutte forløb med patienter, som ikke var parat til at foretage de forandringer, som behandlingen kræver af dem. I stedet har vi kunnet tilbyde dem et kortere, motivationsafklarende, individuelt forløb.

Afrunding

Som nævnt i indledningen, var det blandt andet udfordringen ved at arbejde korttidsterapeutisk, der nødvendiggjorde et fokus på psykoterapiforskningen. Miller-gruppens spørgeskemaer er for vores team et meget vigtigt arbejdsredskab, som netop minder os om, at vi skal fokusere på vores relationsfærdigheder, og at vi skal huske at spørge vores klienter til råds undervejs i terapien, så de kan guide os, i vores forsøg på at hjælpe dem.

I en korttidsterapeutisk kontekst har det vist sig meget brugbart at have en konkret kurve at tale ud fra, både sammen med klienterne, men også i supervision. Med grafen, er vi blevet bedre til hurtigere at afslutte

forløb, som ikke er virksomme. Samtidig har vi også et bedre udgangspunkt for at vurdere, om en patient skal tilbydes flere samtaler, for at fortsætte den positive fremgang.

Derudover har flere af mine kolleger givet udtryk for, at de har været utrolig glade for skemaerne og grafen i deres arbejde, fordi vi ofte sidder alene med vores parterapeuter. Med skemaerne og grafen har vi fået en «makker» at reflektere med, selvom vi arbejder alene. Dette skyldes særligt, at dialogen omkring grafen hjælper os til hurtigt at komme ind på de temaer, som er centrale for klienten, og dermed fokusere terapien på de væsentligste temaer.

Som nævnt, kan skemaerne også anvendes som grundlag for praksis-forskning. Vi er i øjeblikket igang med at indsamle 100 afsluttede forløb, som vi kan foretage statistiske beregninger på. Disse statistiske beregninger vil vise os, hvor mange sessioner vi bruger på at skabe den første terapeutiske forandring, og kommer samtidig til at være evidens for vores behandlings effektivitet. På den måde vil vores arbejde med skemaerne også hjælpe os til at leve op til tidens krav om evidensbaseret terapi.

Summary

SUSANNE ØSTERVIG ANDERSEN

The article describes ongoing work in "client-directed, outcome-informed therapy" in the context of adult psychiatry. It is shown that the two questionnaires developed by Miller et al. (the Outcome Rating Scale and the Session Rating Scale) (Miller et al. 1997, Hubble et al. 1999 and Duncan & Miller 2000) can be used as tools in strengthening the therapeutic alliance, and in assessing whether therapeutic progress is helpful for the client. Preliminary experiences with the questionnaires are described and illustrated through case examples, while a "dialogical component" has been developed and added to the method with the use of case illustrations.

Note

- 1 Tallet for hvor mange samtaler man skal bruge for at skabe en terapeutisk forandring beregnes på baggrund af 100 afsluttede forløb, hvor man har udfyldt ORS. Miller-gruppens (Miller et al. 1997, Hubble et al. 1999 og Duncan & Miller 2000) tal kan derfor ikke umiddelbart overføres til andre steder.

Litteratur

- Andersen, S., Holme, M. 2002: Med klienten ved roret. *Psykolog Nyt*, 21: 12-17.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. 2000: *The Heroic Client. Doing Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. Jossey-Bass.
- Hougaard, E. 1996: *Psykioterapi. Teori og forskning*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller S.D. 1999: *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*. American Psychological Association.
- Jørgensen, C.R. 2001: Skal effektforskningen fortsat primært fokusere på tekniske faktorer? Håndtering af terapeutfaktorer i effektforskningen 2. *Matrix, Nordisk Tidsskrift for Psykioterapi*, 17, 4: 453-476.
- Jørgensen, C.R. 2002: Behandlingsrelationen i centrum. *Psykolog Nyt*, 16: 10-15.
- Lambert, M.J. 1992: Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In: J.C. Norcross, M.R. Goldfried (eds): *Handbook of psychotherapy integration*, pp. 94-129. Basic Books.
- Miller, S.D., Duncan, B.L., Hubble, M. 1997: *Escape from Babel. Toward a Unifying Language for Psychotherapy Practice*. Norton.
- Rosenzweig, S. 1936: Some implicit common factors in diverse methods in psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 5: 412-415.
- Website: www.talkingcure.com.