

Ole Dreier

Intervention, evidensbaseret forskning og dagligliv

Resumé: Intervention er et nøglebegreb i psykologiens teknologi, og det spiller en afgørende rolle i den evidensbaserede forskning. Men begrebet er næsten ikke blevet analyseret. I artiklen foretages først en kritisk analyse af opfattelsen af intervention i den amerikanske psykologforenings rapport om retningslinjer for evidensbaseret forskning og praksis, som spiller en meget stor rolle i udbredelsen af evidensbaseret forskning. I denne analyse fremhæves det også, at opfattelserne af psykologiske praktikeres ekspertise og praksisudøvelse samt af klienters praksis er yderst mangelfulde i den evidensbaserede forsknings syn på praksis. Mens det primært er meningen, at psykologiske interventioner skal virke i folks dagligliv, har man for eksempel næsten ikke beskæftiget sig med og dårligt greb om, hvordan interventioner gør det. Sådant som evidensbaseret forskning nu opfattes, er den oveni købet en hindring for at overvinde den mangel. For at forbedre vort empiriske grundlag for at rekonceptualisere intervention er der behov for studier af psykologers interventionspraksisser i forhold til folks løbende dagligliv. På baggrund af studier af, hvordan psykoterapeutisk praksis intervenserer i klienters dagligliv viser jeg, hvordan interventioner virker i klienters dagligliv, og peger på konsekvenser heraf for at rekonceptualisere psykologisk intervention.

Nøgleord: Evidensbaseret praksis, ekspertise, klientperspektiver, intervention, dagligliv.

Intervention og evidensbaseret forskning

Intervention er et nøglebegreb i anvendt psykologi. På trods af begrebets centrale stilling har det imidlertid dårligt nok været underkastet en egentlig begrebsanalyse. I de senere år har en bølge af evidensbaseret forskning bredt sig fra medicinen ind over andre fag, herunder psykologien. Den har genoplivet interessen for intervention men samtidig fremmet en særlig forståelse af intervention. I mange lande har psykologforeningerne således gjort sig til fortalere for at styrke evidensbaseret forskning og praksis i psykologien med det formål at højne fagets status i konkurrence med andre fag og i forhold til politikere og bevillingshavere. Vigtige udtryk herfor er den rapport, som en task force, nedsat af den amerikanske psykologforenings formandskab, udarbejdede om evidensbaseret praksis (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006), de uddybende argumenter fra rapportens fortalere i de efterfølgende debatter om rapporten mellem forskere (fx., Norcross, Beutler & Levant, 2005) og den forskning, der fulgte op på rapporten (fx., Spring, 2007a).

Det syn på intervention, disse kilder repræsenterer, kan koges ned til at se interventionen

a) som årsagen til den undersøgte behandlings virkning, b) som en isoleret og derfor enkel kausal relation mellem to adskilte enheder og c) som en specifik årsag. Især den medicinske forskning har fremelsket dette syn på intervention. Her analyseres en medicinsk behandlings effekt på en sådan måde, at man betragter lægens intervention i form af fx et operativt eller medikamentelt indgreb som årsagen til den opnåede virkning på en patients sygdom, og at man antager, at der til hver sygdom hører en særlig, optimal medicinsk intervention. Udbredelsen af den evidensbaserede forskning ud over medicinens grænser har fremmet en grundlæggende medicinsk forståelse af psykoterapi, uddannelse, socialt arbejde osv. som praksisser, der grundlæggende intervenserer og virker på samme måde som et operativt eller medikamentelt indgreb på en patient.

Ligesom den evidensbaserede forsknings fortalere i andre fag rangordner task forcen for den amerikanske psykologforenings formandskab psykologiens forskellige forskningsmetoder og hævder, at alene den forskningsmetode, de har sat øverst på deres liste, "randomiserede kliniske undersøgelser ... er standarden for at drage kausale slutninger om effekter af interventioner" (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 274). I en randomiseret klinisk undersøgelse fordeles patienter med samme lidelse på to undersøgelsesgrupper. Kun den ene gruppe tilbydes en specifik intervention, som skal udføres ensartet ved nøje at følge en behandlingsmanual, mens den anden gruppe ingen behandling får (placebo). I sin rapport hævder task forcen, at alene denne metode kan vise, om der er empirisk belæg for, at en særlig behandling med en bestemt intervention virker. Alle de behandlinger, der kan anerkendes som "empirisk underbyggede behandlinger ... for særlige lidelser ... er (altså) blevet testet i randomiserede, kontrollerede undersøgelser med en særlig population og implementeret ved brug af en behandlingsmanual" (ibid., p. 272). Dette

design forudsætter vel at mærke en bestemt opfattelse af intervention som en sygdoms-specifik indsats fra en behandler, der virker som årsag til en ændring/effekt på patientens lidelse. Designet gør det tilmed muligt for denne opfattelse af intervention at komme så klart som muligt til udtryk i undersøgelsens resultater. Resultaternes gyldighed til at belyse, hvordan interventioner virker i praksis, står og falder derfor med, at man accepterer denne bestemte opfattelse af intervention.

Når man anlægger den ovenfor skitserede opfattelse af intervention på psykoterapeutisk praksis, refererer intervention til nogle særlige aspekter ved, hvad terapeuten gør. Det står for hans kausale magt over sin klient i hendes helbredelses tjeneste. Det er terapeuten, der intervenserer, og han intervenserer i sin klients sygdom/problem. Klientens forandring er altså forårsaget af terapeutens intervention. Begrebet adskiller tillige terapeutens kausale magt fra andre indflydelser på behandlingen, der blot anses for at kunne moderere og mediere effekterne af hans intervention.

Som bevægelse opstod den evidensbaserede forskning ud fra forskeres og administratorers mistillid til praktikernes ekspertise, som de anser for i for høj grad at bero på praktikernes personlige erfaringer og meninger frem for på videnskabelige kendsgerninger. I stedet slår den evidensbaserede forskning til lyd for, at man skal fremme en evidensbaseret praksis, som er baseret på en "klinisk ekspertise, der bygger på videnskabelig ekspertise, og som tillader psykologen at forstå og integrere den videnskabelige litteratur samt at udforme og teste hypoteser og interventioner i praksis som en 'lokal klinisk videnskabsmand'" (ibid., p. 276). Målet er, at den evidensbaserede forsknings resultater og procedurer skal styre praksis. Dette skal sikre, at man opnår de ønskede behandlingsresultater, og at man opnår den størst mulige effektivitet i brugen af behandlingssystemets ressourcer.

Evidensbaseret forskning og praktikeres ekspertise

For at den evidensbaserede forskning skal kunne fremme og sikre en evidensbaseret praksis, må kløften mellem den sikre videnskabelige viden og praktikernes personlige meninger og erfaringer overvindes og erstattes af en solid kobling mellem den videnskabelige viden og praktikernes ekspertise og udøvelse af deres praksis. Det kræver blandt andet en præcis definition af den praktikerekspertise, der bygger på den evidensbaserede forskning, samt af, hvordan den skal udøves. I rapporten og andre centrale kilder indrømmer man, at man kun er nået et stykke af vejen mod at kunne levere en evidensbaseret definition af praktikernes ekspertise. Med det formål at beskrive, hvad terapeuter bør gøre, opregner task forcen således otte "komponenter" ved den kliniske ekspertise, og i sin beskrivelse af disse komponenter benytter den følgende verber til at karakterisere terapeutens adfærd (ibid., p. 276-278): Terapeuter skal kunne fastslå, bedømme, forstå, finde bevismateriale, identificere, beslutte, sætte mål, planlægge, implementere, levere, tage i betragtning, revidere, tilpasse, overvåge, ændre, adressere, danne en relation, skabe forventninger, reagere, udfordre, fremme, tage sig af, anerkende, reflektere og konstruere. For at der kan være tale om en solid kobling mellem den evidensbaserede forskning og praktikernes ekspertise, må praktikerne altså, hver gang de gør alt dette, udlede det fra den evidensbaserede forskning og anvende de særlige, virksomme, kausale mekanismer, der blev fundet i den evidensbaserede forskning. Ellers er der ingen garanti for, at der hermed udføres en evidens-baseret praksis i psykologien. Men det gøres ikke klart, om og hvordan alt dette udelukkende har baggrund i den evidensbaserede forskning. Der kunne også være mange andre grundlag og kilder til at gøre alt dette. Hertil kommer, at den evidensbaserede forskning ikke har vist, at den definition af terapeutisk ekspertise, der her fremlægges, giver os en god

og dækkende definition af den ekspertise, der faktisk behøves for at udøve god terapeutisk praksis. Her er vi stødt på en alvorlig svaghed i den evidensbaserede forsknings argumentation for at indføre en evidensbaseret praksis.

I sit arbejde med klinisk ekspertise er den evidensbaserede forskning primært optaget af at øge ekspertisens forskningsforankring og sikre udbredelsen af den evidensbaserede viden til praktikerne. Med det formål at fremme evidensbaseret praksis udførte Spring (2007a) og andre således træningskurser for studerende i at indsamle og bearbejde generel forskningsinformation og i at skabe deres egne databaser. De ser denne studentetræning som led i "det fundamentale mål i den evidensbaserede praksisbevægelse ... at frembringe en kulturel forandring i sundhedsvæsenet, så praktikerne vil gøre 'bevidst, eksplicit og velovervejet' brug af den aktuelt bedste evidens i deres kliniske praksis med individuelle patienter." (Bauer, 2007, p. 685) Spring og andre hævder også, at når terapeuter engagerer sig i klinisk beslutningstagen, "handler de som forbrugere af den eksisterende forsknings evidens" (Spring, 2007b, p. 622). Dette er efter deres opfattelse den afgørende forbindelse mellem forskning og klinisk ekspertise. I deres undersøgelser specificerer de således kun, hvordan praktikerne bør forholde sig til forskning, mens de ikke går nærmere ind på, hvordan forskningen forholder sig til den terapeutiske praksis, og hvordan dens resultater indgår i udførelsen af denne praksis. De gør det ikke klart, hvordan den generelle forsknings-information skal vurderes og anvendes i den patientcentrerede behandling af individuelle klienter. Men de beskæftiger sig stort set heller ikke med andre aspekter, kilder og hensyn, der er forbundet med det at udføre terapi, såsom institutionelle, økonomiske, samarbejds- og arbejdsdelingsmæssige, lovgivningsmæssige, forsikringsmæssige, etiske, kulturelle, kønsmæssige og personlige forhold.

Trods den stærke interesse for, at den evi-

densbaserede forskning skal styre praksisudøvelsen, forsikrer den amerikanske psykologforenings task force os om, at målet ikke er at foreskrive i alle detaljer, hvad praktikere skal gøre, men snarere at udvikle retningslinjer for evidensbaseret praksis i psykologien. Det opfatter mange som et beroligende og rummeligt kompromis, truffet af en task force i en organisation for professionelle. De hæfter sig ved, at task forcen anerkender, at den evidensbaserede praksis hviler på tre slags data “(a) den bedste tilgængelige forskningsevidens; (b) klinisk ekspertise; og (c) patientens værdier, præferencer, karakteristika og omstændigheder” (Spring, 2007b, p. 613), og at den hævder, at evidensbaseret praksis er en integration af disse tre slags data (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273). Men rapporten, og alle andre kilder fra dens fortalere, er meget vage om, hvordan integrationen af disse tre slags data skal sættes sammen og kunne lykkes. Således indrømmer Collins, Leffingwell & Belar, at det er “en proces, som der ikke findes nogen kogebog for” (2007, p. 660). Indtil videre er der faktisk så meget løshed i den evidensbaserede forsknings forståelse af denne integration, at det må begrænse dens indflydelse på praksis.

I det store og hele tegner den evidensbaserede forskning et billede af udførelsen af terapeutisk praksis, som om den i alt væsentligt lignede den eksperimentelle forsknings praksis. Den evidensbaserede forskning viser ingen klar forståelse for den forskellige sammensætning af relationer og af, hvad der må tages hensyn til i psykoterapiens og forskningens forskellige praksisser. Fortalerne for den evidensbaserede forskning studerer heller ikke, hvordan praksis udføres, og hvordan forskningsevidens indgår i dens udførelse sammen med andre kilder og hensyn. For eksempel fokuserer Bauer ligesom de andre fortalere kun på de evidensbaserede forskningsresultaters rolle og indrømmer om dem at:

Et nøglespørgsmål med hensyn til at fremme en evidensbaseret praksis inden for psykologien vil være at være opmærksom på det nøglestadium i processen, hvor viden (den bedste evidens) omformes til handling og anvendelse. Dette er, efter min mening, det stadium i processen, som er mindst forstået fra et psykologisk synspunkt. (Bauer, 2007, p. 691)

Kazdin indrømmer ligeledes, at der “endnu ikke er meget evidens for evidensbaseret praksis i den kliniske kontekst, hvor bedømmelser og beslutninger træffes af individuelle klinikere informeret af evidens, ekspertise og overvejelser over patienten” (2007b, p. 147). Det er derfor ikke klart, hvordan praksis faktisk kan blive *evidensbaseret*. Dette er en hovedsvaghed ved den evidensbaserede forskning, når dens mål nu engang er at definere og fremme en evidensbaseret praksis i psykologien. Der hersker uenighed og uklarhed såvel om definitionen af eksperternes færdigheder som om, hvordan de anvendes i udførelsen af praksis. Det er sådan set forståeligt nok, når “der er meget mindre forskning til rådighed om klinisk ekspertise end om psykologiske interventioner” (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 278). På nuværende tidspunkt er forskningsgrundlaget for evidensbaseret praksis derfor klart utilstrækkeligt, og det kan ikke undre, at netop klinisk ekspertise er det, “der har skabt mest kontrovers” (Spring, 2007b, p. 614). Den dårlige forståelse af udførelsen af praksis er kort sagt den evidensbaserede forsknings achilleshæl.

Men i stedet for selv at sætte sig for at rette op på den eksisterende skævhed i, hvad forskningen har belyst, så vi får en bedre forståelse af ekspertise og af udførelsen af praksis, overlader fortalerne for den evidensbaserede forskning det til praktikerne at indfri deres krav om at integrere den evidensbaserede praksis med den evidensbaserede forskning. Det kommer for eksempel til udtryk i opstillingen af dette uhyre omfattende sæt af krav til praktikerne:

Forskning har vist, at behandlingsmetoden (Nathan & Gorman, 2002), de individuelle psykologer (Wampold, 2001), behandlingsrelationen (Norcross, 2002) og patienten (Bohart & Tallman, 1999) alle leverer absolut nødvendige bidrag til den psykologiske praksis' succes. En omfattende evidensbaseret praksis må overveje alle disse determinanter og deres optimale kombinationer. Psykologisk praksis er et komplekst, relationelt og teknisk forehavende, som kræver klinisk og forskningsmæssig opmærksomhed på mange interagerende kilder til behandlingens effektivitet. (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 275)

Det er svært at se, hvordan opstillingen af et så omfattende sæt af "absolut nødvendige bidrag til den psykologiske praksis' succes" skulle kunne være foreneligt med kun at være parat til at tildele bestemte aspekter ved terapeutens adfærd, som kan konstateres i randomiserede kliniske undersøgelser, status som årsag til behandlingens virkning. Det virker snarere som om, der sker et skred i rapportens standpunkt, når dens forfattere går fra at skrive om evidensbaseret forskning til at skrive om ekspertise og praksisudøvelse. Det ville endda være nærliggende at antage, at dette standpunktsskift er begrundet i, at kløften mellem forskning og praksis også gør sig gældende i denne professionelle organisations ekspertgruppe. Hvorom alting er, må et så vidtspændende sæt af krav selvfølgelig gøre det til en meget kompliceret opgave for en praktiker at integrere dem i udøvelsen af sin praksis. Der stilles her krav til hende om, at hun må vide, overveje og integrere alt dette og meget mere, alt imens hun lever op til den evidensbaserede forskningsstandarder, men med meget utilstrækkelige og inadækvate evidensbaserede retningslinjer for at gøre dette.

At være i stand til at håndtere denne kompleksitet godt måtte jo så være en nøglekompetence at fremme. Men den evidensbaserede forskning, med dens strikte insisteren på at adskille, kontrollere og analysere isolerede

variable og på den basale, stabile kausale kraft i isolerede mekanismer, er i særlig grad på herrens mark, når det gælder om at hjælpe praktikere med at leve op til en sådan udfordring.

Men trods sin kritiske distance til det hidtidige grundlag for praktikernes ekspertise må vi ikke miste blikket for, at den evidensbaserede forsknings opfattelse er meget professionscentreret. Den satser jo alt på en reformeret praktikereksptertise. Ikke desto mindre forbliver den evidensbaserede forsknings bevægelse et tveægget sværd for praktikerne. På den ene side kan de bruge den til at forsvare deres position inden for sundhedsvæsenet i konkurrence med andre professionelle, men på den anden side vil de ikke kunne leve op til de normative udfordringer til en evidensbaseret praksis, som de nu stilles overfor. Tværtimod vil de blive kastet tilbage på at føle, at de ikke helt slår til.

Evidensbaseret forskning og klienter

I striden mellem forskere og praktikere om ekspertise og udførelsen af praksis forsvinder klienterne næsten af syne. Selvom task forcens definition af evidensbaseret praksis nævner "patient karakteristika, kultur og præferencer" (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 273), er viden om patient præferencer "det mindst udviklede af den evidensbaserede praksis' tre overlappende felter" (Spring, 2007b, p. 614). Den evidensbaserede forsknings agenda er at få praktikere til at konsultere forskning, men de tilbydes ikke meget forskning om klienter at konsultere. I den seneste udgave af *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2004) er kun et af atten kapitler – og tilmed et af de korteste – således om klienter (Clarkin & Levy, 2004).

Fortalerne for den evidensbaserede forskning synes særligt tøvende over for at studere klienter. Selv da Kazdin (2007b) indrømmer, at klienters liv og forandringer i deres liv er der, "hvor alt samles", tager han ikke dette

op i sin artikel om evidensbaseret behandling og praksis. For at forstå dette paradoks må vi huske på, at interventionen – dvs. specifikke træk ved terapeutens adfærd – ifølge den evidensbaserede forskning er den primære årsag til behandlingen. Først i anden række kan effekten af denne årsag blive modificeret af andre mediator- eller moderatorvariable (fx., Kazdin, 2007a). Det følger heraf, at når klienter studeres, tildeles de rollen som sekundære, modererende og medierende variable i deres egen behandling. Klienter ses højst som værende i stand til at mediere og moderere effekterne af terapeutens intervention. Fordelingen af variable i den evidensbaserede forsknings basale kausale tilgang til udforskningen af intervention i randomiserede kliniske undersøgelser forudsætter jo, at interventionen er den primære årsag, og dermed er spørgsmålet om årsager afgjort på forhånd. Selv hvis man fandt en stærk påvirkning fra en modererende klientvariabel, skal klientens respons analyseres som udløst af interventionen som sin primære årsag, og viden om klientvariablen skal kun anses for at kunne bruges til at mediere og moderere terapeutens interventioner.

Alt i alt betragtes klienter altså som et sæt variable, der påvirker deres behandling, men ikke som aktører i frembringelsen af deres egen forandring. Fordi task force rapporten insisterer på, at det er interventionen der virker, og at det er terapeuten, der udfører interventionen, kan der ikke forekomme nogen ægte anerkendelse af klienten som aktør. Klienten er højst sin terapeuts hjælper i denne praksis, hvor det jo ellers er meningen, at terapeuten skal hjælpe sin klient. Klientfaktorer ses som noget, terapeuten bør overveje og monitorere, og klientens eget arbejde ses som responser, der er udløst og induceret af terapeutens intervention. Viden om klientfaktorer skal bruges af terapeuten som aktør, mens klienten forbliver modtageren af sin terapeuts services. Nogle få forskere er gået imod denne tilstand i psykoterapiforskningen. Som Miller, Duncan og Hubble minder os om:

“Der er hundredevis af bøger om store terapeuter, men kun få, hvis overhovedet nogen, bøger om store klienter” selvom “Klienter, som forskningen til fulde gør klart, er forandringens sande mestre i psykoterapi; de er altid mere kraftfulde end deres terapeuter” (1997, p. 25 & 26). I det diskussionsbind om evidensbaseret praksis, der fulgte op på rapporten, har Bohart skrevet det eneste kapitel, der argumenterer for klienters rolle. Her præsenterede han en række forskellige studier derom og hævdede, at “terapi og deres teknikker i virkeligheden ikke er behandlinger, der virker på klienter for at forandre dem, men snarere redskaber, klienter bruger i deres selvhelbredende og problemløsende bestræbelser” (2005, p. 223). I diskussionen af sit bidrag fik han denne respons fra førende fortalere for evidensbaseret praksis:

Boharts bidrag illustrerer endnu en anderledes tendens blandt forfatterne, nemlig at tillade personlige erfaringer og overbevisninger at overtrumfe den empiriske påvisning i bestemmelsen af, hvad der virker i psykoterapi. Bohart tror, at patienten er drivkraften i den terapeutiske forandring og ophøjer mange forskellige, stort set udforskede og dårligt målte patientvariable til den højeste position blandt dem, der bidrager til forandring. (Beutler & Johannsen, 2005, p. 245)

Disse fortalere for evidensbaseret forskning bruger deres hierarkisering af forskningsmetoder til at afvise at gå ind på de dimensioner ved terapeutisk praksis, som de selv har sømt at studere.

Dagligliv og intervention

Ikke desto mindre må vi gå endnu længere end Bohart, som fremhæver klienters aktive rolle i sessionerne. Når det kommer til stykket, er det jo meningen, at alt, hvad der sker i sessionerne, primært skal have en virkning i klienternes liv uden for sessionerne. Psykoterapi må derfor virke ved hjælp af en kombination af direkte og indirekte indflydelser. Det er utilstrækkeligt at antage, at den virker ved hjælp af direkte,

umiddelbare kausale relationer i sessionerne mellem en intervention og effekten på klienten af denne terapeutadfærd. For at virke efter hensigten må terapi være afhængig af klientens agency andre steder. Lad mig kort nævne nogle hovedpointer om dette, som er resultater fra min forskning om psykoterapi i dagliglivet (Dreier, 2008):

For det første kan terapi kun virke, hvis klienter kobler den til særlige aspekter af deres dagligliv og inkluderer den i deres løbende dagligliv for at tage sig af deres problemer (ibid., p. 93-99). Dette er så basalt for, hvordan terapi må virke, at det burde være i fokus i forskningen (se også Mackrill, 2008b, 2009a, 2009b). Men psykoterapiforskning har ikke studeret grundigt, hvad det indebærer for klienter at gøre dette i deres dagligliv. Denne bedrift kan selvfølgelig ikke være en direkte kausal effekt af en terapeuts intervention, for det må være op til klienterne at finde ud af, hvordan de kan gøre det.

For det andet må klienter forfølge ændringer i deres problemer på tværs af steder, fordi deres terapisesioner finder sted på et afskærmet sted uden for deres ordinære dagligliv, og fordi deres problemer er en del af deres liv, som strækker sig over flere forskellige steder (Dreier, 2008, p. 100-104). De må lære, hvordan de kan forfølge en løsning på deres problemer ind i deres sessioner og ud igen samt på tværs af mange forskellige andre kontekster i deres liv.

For det tredje bliver der sagt, oplevet, forstået og foreslået meget mere i terapisesionerne, end det er muligt at forfølge senere andre steder. Klienters brug af sessioner senere andre steder er nødvendigvis selektiv (ibid., p. 94). Enhver terapeutisk intervention – også en behandling efter manual – er en kompleks sammenhæng, hvorfra klienter må gribe nogle aspekter og lade resten ligge. Ligesom terapeuter ikke udfører terapi nøjagtigt efter bogen (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 276 & 278), anvender

klienter ikke deres terapi efter bogen. Hvad klienter finder grunde til at bruge fra sessionerne, følger ikke direkte af den terapeutiske fremgangsmåde og rationale. Deres selektive brug af sessionerne er primært begrundet i, hvad de tror, vil kunne gøre en ønsket forskel i deres dagligliv andre steder. Hvad de bruger, afhænger derfor af deres løbende dagliglivs kontekster, relationer, begivenheder og muligheder. Derfor kan terapeuter ikke kontrollere deres klienters brug af deres terapi, og terapi kan ikke være en simpel effekt af terapeutens intervention.

For det fjerde bruger klienter sessioner på forskellige situerede måder i forskellige kontekster, situationer og begivenheder i deres dagligliv. Interventioner må altså kunne bruges på forskellige måder i forskellige situationer. De må indpasses i forhold til klienternes og deres forskellige med-deltageres forskellige muligheder og evner i forskellige kontekster. Derfor varierer det, hvordan et bestemt aspekt fra sessionerne kan bruges, og hvad der skal til for at bruge det. Ofte skal det modificeres eller omformes for at kunne bruges i bestemte kontekster, situationer og begivenheder. At bruge det hensigtsmæssigt kræver følgelig for det meste læring.

For det femte lærer klienter at bruge deres terapi på andre måder, efterhånden som ændringerne kommer i gang, og efterhånden som deres dagligliv ændrer sig.

For det sjette må psykoterapiforskning anerkende, at terapi aldrig virker alene (Dreier, 2008, p. 94). Den virker altid sideløbende med og i samspil med andre omverdenspåvirkninger og klientreaktioner herpå. Hvordan den virker, afhænger af mange andre omstændigheder og begivenheder, klientaktiviteter og erfaringer såvel som af reaktioner og initiativer fra andre i deres løbende dagligliv. Terapiens effekter kan ikke blot være forårsaget af særlige aspekter ved terapeutens adfærd i sessionerne.

For det syvende kan klienters dagligliv ændre sig af mange andre grunde, som så påvirker

dynamikken og forløbet i deres igangværende terapi (se også Mackrill, 2008a). Derfor har vi brug for at erkende, hvordan terapeutiske og andre indflydelser spiller sammen og kombineres af klienter i deres dagligliv.

Disse pointer kræver et radikalt anderledes syn på intervention end det, den evidensbaserede forskning har indtaget. Ironisk nok er denne anden opfattelse i nøje overensstemmelse med den bogstavelige betydning af ordet at intervenere som:

(1) at komme, være eller ligge imellem, (2) at finde sted imellem to begivenheder, tidspunkter osv., (3) at komme eller være imellem som noget unødvendigt eller irrelevant, (4) at komme imellem som en påvirkning såsom for at modificere, løse eller hindre en handling, diskussion osv. (Webster's New World College Dictionary, 1997, p. 707)

At intervenere betyder at blive involveret ved at komme imellem noget, der allerede foregår. Det er en væsentlig forskel mellem det eksperimentelle arrangement af adskillelse i den evidensbaserede forskning og den praksis at intervenere, hvor sammenhænge ikke kan skilles ad, og interventioner bliver en særlig del af disse sammenhænge. For at kunne forstå den praksis at intervenere behøver vi viden om, hvordan ting hænger sammen og virker sammen og om måder at komme imellem dem på. At intervenere involverer at komme ind imellem mange forskellige kræfter og relationer på særlige tider og steder. Faktisk kan man ikke kontrollere og adskille påvirkninger under udførelsen af intervenerende praksisser. Denne kompleksitet ved udførelsen af praksis går tabt i den evidensbaserede forskning, som – i kraft af valget af sine forskningsmetoder – er blind over for de komplekse og dynamiske måder, hvorpå ting interagerer og hænger sammen i frembringelsen af resultater.

Hertil kommer, at en klients dagligliv ikke består af en række isolerede situationer og begivenheder, som terapien intervenserer i. Dets

enkelte situationer, begivenheder og kontekster hænger sammen og interagerer som dele af klientens dagligliv. Ligesom enhver anden person, må en klient føre sit dagligliv for, at det ikke falder fra hinanden, og for at få gjort, hvad han behøver og ønsker at gøre i forhold til forskellige dele af sit dagligliv (Dreier, 2008; 2009; Holzkamp, 1998). Han må prøve at få de forskellige dimensioner og dele af sit liv til at passe sammen, skabe balance og prioritere mellem dem for at kunne være sikker på, at han forfølger og realiserer det, der er vigtigst for ham. Hvordan han kan gøre dette, afhænger af, hvordan den samfundsmæssige praksis, som han lever i, er arrangeret, og han må arrangere sit dagligliv på en særlig måde i relation hertil. De samfundsmæssige arrangementer muliggør og vejleder hans personlige arrangementer og gør dem mere eller mindre robuste og mulige at ændre.

I udformningen af sin daglige livsførelse må en person også koordinere det med forskellige andre deltagende personer forskellige steder. Han må forhandle ordningen af sine daglige aktiviteter med forskellige andre deltagere. De arrangementer, de etablerer, skaber en særlig ordinær kvalitet i deres dagligliv. Ud over det ordinære ved de daglige arrangementer rummer dagligliv også variationer og brud, som muliggør andre måder at tage del på og andre erfaringer. Faktisk foretrækker personer forskellige slags og grader af orden og variation i deres dagligliv. De foretrækker forskellige slags og grader af regelmæssighed og planlagthed kontra åbenhed og variation i arrangementet af deres dagligliv, og de må forhandle sig frem til deres spillerum for disse forskelle med hinanden.

På baggrund af disse arrangementer opstår et personligt dagligliv med "engagementer og forpligtelser i særlige andre personer, i rige, konkrete sociale relationer, i særlige steder og oplevelser af steder, i særlige aktiviteter og organiseringer af livsrytmer," som Smith (1987) udtrykker det. Den måde personer forstår sig

selv på bliver derfor præget af arrangementet, retningen og måderne at håndtere mulighederne og konflikterne på i deres daglige livsførelse. Archer fremfører en lignende pointe ved at citere Frankfurt: "Det er disse ordnende og afvisende, integrerende og adskillende handlinger, der skaber et selv ud af det indre livs råmaterialer (1988, p. 170)." Og hun tilføjer:

... ved at dedikere sig til et sæt af anliggender, tager man ansvar for dem og gør dem til sine egne. Subjektet konstituerer sin identitet som det væsen, der har denne konstellation af anliggender, (og) således ... opnår subjektet reflektivt en *bestemt personlig identitet i kraft af sit unikke mønster af engagementer*. (Archer, 2007, p. 87-8)

Personer tager altså vare på sig selv i kraft af den måde, de fører deres dagligliv på i forhold til de samfundsmæssige arrangementer.

Til sidst i denne artikel skal jeg forbinde, hvad jeg skrev om intervention med, hvad jeg skrev om daglig livsførelse. Det er bredt anerkendt, at medicinske interventioners succes afhænger af en persons livsstil. Nogle, fx. Ogden og Hills (2008), hævder også, at psykologiske interventioners succes med hensyn til at opnå varige adfærdændringer, for eksempel i forhold til vægttab, afhænger af vaner i en persons livsstil. Men at føre et dagligliv er andet og mere end et spørgsmål om stil og vaner. Det er et spørgsmål om engagementer, forpligtelser og præstationer, om at få dagliglivet til at hænge sammen og om koordination – på basis af personlige arrangementer i forhold til samfundsmæssige arrangementer. Min forskning om psykoterapi i dagliglivet har ført til følgende generelle indsigter i forholdet mellem interventioner og en klients daglige livsførelse.

En given interventions betydning og virkning afhænger af den særlige måde, hvorpå en klient fører sit dagligliv. Fordi forskellige sociale kontekster, relationer, muligheder og anliggender betyder mest i forskellige klients daglige livsførelse, er det desuden forskelligt, hvilke forbindelsespunkter og udløserer for te-

rapistøttede ændringer der vil være mest meningsfulde og udbytterige for dem. Effekterne af en given generel intervention vil da variere tilsvarende.

Den måde, en klient fører sit dagligliv på, påvirker forløbet og dynamikken i ændringerne af hendes problemer. Således påvirker graden af orden eller åbenhed over for variationer i en klients daglige livsførelse, hvilke muligheder for at ændre sine problemer der er til rådighed, fx. hvilke nye arrangementer der kan etableres og hvordan. En daglig livsførelse involverer også særlige måder at tage problemer op og håndtere dem på såsom at foretrække at lade tingene falde lidt til ro, før man er parat til at tage et problem op, at lægge problemer bag sig, hvis det er muligt, at gå efter en frisk start som en udvej, at fortsætte med at bære nag mod andre, at vise villighed til nye forhandlinger eller at have brug for en 'time out' til at gruble over det for at kunne finde ud af, hvordan man vil håndtere et problem.

En intervention kan interferere med en etableret daglig livsførelse. En sådan intervention kan faktisk ikke rigtigt komme til at virke, med mindre den daglige livsførelse ændres i relevante henseender.

På den anden side er det ofte vigtige begivenheder, brud og besvær i klienternes dagligliv, som giver anledningen til, at de opsøger interventioner. Disse begivenheder, brud og besvær kan indebære, at det bliver nødvendigt at genetablere en tidligere daglig livsførelse, der er brudt sammen, eller at ændre den hidtidige livsførelse.

Klienter har behov for tid til at genoverveje og til at gøre op med sig selv, hvilke ændringer i deres dagligliv de ønsker at skabe i forhold til deres problemer. Indtil da kan ændringer ikke bygges ind i de regelmæssige arrangementer af deres dagligliv.

Nogle besvær får klienter til at genoverveje deres liv og ønske at blive anderledes i nogle henseender, fordi de omvurderer bestemte ting, ønsker at undgå bestemte besvær i fremtiden

osv. De genovervejer og eksperimenterer da med at ændre deres daglige livsførelse, og de trækker måske på deres terapi tillige med andre inspirationskilder, begivenheder og vilkår, når de gør det.

Klienter kan ændre arrangementet af deres daglige livsførelse for at kompensere for, hvad de nu er kommet til at se som en vigtig forsømmelse eller fejltagelse i deres måde at leve på. Terapiinterventioner kan blive en del af disse ændringer af deres arrangementer.

Det er ofte ikke muligt for klienter at forfølge en løsning på bestemte problemer uden at skabe ny plads til at forfølge og løse dem i deres daglige livsførelse.

Klienter er ofte uenige med andre om problemrelaterede ændringer i deres fælles livsførelse. De må derfor forhandle sådanne ændringer og finde hinanden i at realisere og etablere dem.

At ændre et problem involverer at gøre noget ekstra og særligt ved det i nogen tid for at overvinde det og at tage ansvar for disse ekstraordinære anstrengelser. Familiemedlemmer, venner og kolleger må også være villige til at tage del heri: gå til samtaler, overtage daglige opgaver, yde ekstra assistance og tilpasse deres relationer og dagligliv.

Ligesom besvær er interventioner noget ekstraordinært, der må gøres til en del af det ordinære liv for at kunne opretholdes og ikke blive glemt igen efter nogen tid.

Klienters reaktion på besvær og interventioner kan bestå i blot at indføre nogle midlertidige ændringer i den tro, at de kan vende tilbage til deres gamle normale liv igen efter nogen tid, når deres besvær er forsvundet eller er trådt mere i baggrunden. Hvis de forbedringer, de håbede på, ikke indfinder sig inden for, hvad de anser for et rimeligt tidsrum, kan de holde op med at tro på dem og engagere sig i dem.

Det, der er kendt som tilbagefald, betyder ofte blot, at klienter falder tilbage til deres tidligere daglige livsførelse.

Konklusion

Hvad følger der af argumenterne i denne artikel for fremtidig forskning om psykologisk intervention? Vi føres ud af de randomiserede, kontrollerede undersøgelsers privilegerede, isolerede situation ind i en meget bredere verden, som psykoterapiforskningen må undersøge. Vi må holde op med at tildele de randomiserede, kontrollerede undersøgelser kausal særstatus og anerkende, at evidensbaseret forskning vil få begrænset effekt på den terapeutiske praksis på grund af dens manglende blik for praksis i bred forstand. Vi må opgive den inadækvate antagelse, at terapeutens adfærd er den afgørende årsag til klientens forandringer og i stedet se nærmere på terapeuters særlige bidrag til et meget mere komplekst og dynamisk kausalt samspil i ændringsprocesser. Den evidensbaserede forskning vender vor opmærksomhed væk fra vigtige emner, vi nødvendigvis må fokusere på for at kunne forstå, hvordan ekspert og klient-praksisser virker og udføres. Der er behov for andre forskningsmetoder og emner, som kan være mere produktive i at støtte den kvalitative udvikling af den psykoterapeutiske praksis. Vi må fremhæve forskningsmetoder og emners praktiske, kliniske relevans og produktivitet. Men forskningen skal ikke blot komme tættere på praksis. Den må adressere terapipraksis i en meget bredere forstand, end den traditionelt har gjort. Først og fremmest må den rette meget mere opmærksomhed mod klienters aktive rolle i at frembringe deres behandlingsresultater, og det må den gøre ved at se ud over sessionerne ind i klienternes igangværende og fortsatte dagligliv og ind i samspillet mellem deres sessioner og deres dagligliv – i sessionerne såvel som i deres dagliglivs forskellige kontekster. Sådant forskning er bredere end både den evidensbaserede forskning og terapiforskningens andre traditioner. Den hviler på en bredere konception om terapipraksis, som har blik for betydningen af de samfundsmæssige arrangementer af terapisesioner og for de måder, hvorpå

terapi kan opfylde sit overordnede formål at påvirke klienters dagligliv på en problemrelevant måde. At gøre det kræver en anden tilgang til intervention, som er ligeså relevant inden for andre praksisfelter som den er for terapi.

Referencer

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, *61*, 271-285.
- Archer, M. S. (2007). *Making our Way through the World. Human Reflexivity and Social Mobility*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bauer, R. M. (2007). Evidence-Based Practice in Psychology: Implications for Research and Research Training. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 685-694.
- Beutler, L. E. & Johannsen, B. E. (2005). Dialogues: Convergence and Contention. I J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on Fundamental Questions* (pp. 243-245). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bohart, A. (2005). The Active Client. I J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on Fundamental Questions* (pp. 218-226). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Clarkin, J. E. & Levy, K. N. (2004). The Influence of Client Variables on Psychotherapy. I M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fifth Edition* (pp. 194-226). New York: Wiley.
- Collins, F. L., Leffingwell, T. R. & Belar, C. D. (2007). Teaching Evidence-Based Practice: Implications for Psychology. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 657-670.
- Dreier, O. (2008). *Psychotherapy in Everyday Life*. New York: Cambridge University Press.
- Dreier, O. (2009). Persons in Structures of Social Practice. *Theory & Psychology*, *19*, 193-212.
- Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. A. (2004). *The Heroic Client: A Revolutionary Way to Improve Effectiveness Through Client-Directed, Outcome-Informed Therapy*. Revised Edition. San Francisco: Jossey Bass.
- Frankfurt, H. G. (1988). *The Importance of What We Care About*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Holzkamp, K. (1998). Daglig livsførelse som subjektvidenskabeligt grundkoncept. *Nordisk Udkast*, *26*, 3-31.
- Kazdin, A. E. (2007a). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 1-27.
- Kazdin, A. E. (2007b). Evidence-Based Treatment and Practice. New Opportunities to Bridge Clinical Research and Practice, Enhance the Knowledge Base, and Improve Patient Care. *American Psychologist*, *63*, 146-159.
- Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. Fifth Edition*. New York: Wiley.
- Mackrill, T. (2008a). Pre-treatment Change in Psychotherapy with Adult Children of Problem Drinkers: The Significance of Leaving Home. *Counselling & Psychotherapy Research*, *8*, 160-165.
- Mackrill, T. (2008b). Exploring psychotherapy clients' independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance and Counselling*, *36*, 441-453.
- Mackrill, T. (2009a). Constructing client agency in psychotherapy research. *Journal of Humanistic Psychology*, *49*, 193-206.
- Mackrill, T. (2009b). A cross-contextual construction of clients' therapeutic practice. *Journal of Constructivist Psychology*, *22*, 283-305.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E. & Levant, R. F. (Eds.). *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on Fundamental Questions*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Ogden, J. & Hills, L. (2008). Understanding sustained behavior change: the role of life crises and the process of reinvention. *Health*, *12*, 419-437.
- Smith, D. E. (1987). *The Everyday World as Problematic*. Boston: Northeastern University Press
- Spring, B. (Ed.) (2007a). Evidence-Based Practice in Clinical Psychology. Special Issue. *Journal of Clinical Psychology*, *63*.

Spring, B. (2007b). Evidence-Based Practice in Clinical Psychology: What It Is; Why It Matters; What You Need to Know. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 611-631.g

Denne artikel er en udvidet udgave af Dreier, O. (2011). Intervention, evidence-based research and everyday life. I: Stenner, P. Cromby, J., Motzkau, J., Yen, J & Haosheng, Y. (Eds.). *Theoretical Psychology. Global Transformations and Challenges*. Concord, ON, Canada: Captus University Publ., 260-269.