

Fellesfaktordebatt på ville veier

Helene A. Nissen-Lie
UiO, Psykologisk Institutt

Hanne Weie Oddli

Bruce E. Wampold
University of Wisconsin-Madison og Forskningsinstituttet, Modum Bad, Vikersund

Kjøbli og Ogdens faglige innspill baserer seg på en alvorlig feillesning og misforståelse av viktige empiriske studier og sentrale begreper.



TIL KORT : Kjøbli og Ogdens innlegg kommer til kort av to vesentlige grunner, skriver Nissen-Lie, Oddli og Wampold. For det første har de misforstått tallgrunnlaget, og for det andre har de en uklart forståelse av hva begrepet fellesfaktorer faktisk beskriver.

DEBATT: FELLESAKTORER

Fellesfaktorene spiller en mindre rolle enn tidligere antatt, skrev John Kjøbli og Terje Ogden i marsutgaven av Psykologtidsskriftet.

Betydningen av og forholdet mellom fellesfaktorer og spesifikke teknikker i psykoterapi er en av de mest sentrale diskusjonene innenfor psykoterapiforskningen. Debatten er i dag mer opptatt av hvordan fellesfaktorer og spesifikke teknikker henger sammen, enn av å sette disse to opp mot hverandre. Denne utviklingen ønsker vi velkommen.

I sitt innlegg i marsnummeret av Psykologtidsskriftet gir Kjøbli og Ogden imidlertid et bidrag som baserer seg på en klart misforstått lesning av min (Bruce Wampolds) bok fra 2001 og artikler jeg har vært medforfatter på (som Flückiger, Del Re, Wampold og Horvath, 2012). Bidraget deres tar heller ikke inn over seg den nyanserte forståelsen av og empirien om samspillet mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer som dominerer dagens debatt. Dermed opprettholder bidraget deres den samme dikotomien som forfatterne ønsker livet av. Vi ser derfor behov for en opprydding.

Feil tall

For å ta tallene først. De er ikke helt enkle å forstå, men Kjøblis og Ogdens mistolkning er forbausende og graverende. De forteller at fellesfaktorer (som de sidestiller med allianse, uten å nevne andre og viktige fellesfaktorer) i tidligere metaanalyser viste seg å forklare 70 % av utfall (endring) i terapi, men at nye resultater reduserer dette til kun 7 %. De henter sine tall fra sammenlikninger mellom Wampold (2001) og nyere studier (f eks Flückiger et al., 2012).

Virkeligheten er ganske annerledes. Vi vet at psykoterapi er usedvanlig effektivt; i gjennomsnitt oppnår en pasient behandlet med psykoterapi større bedring enn ca. 80 % av ubehandlede pasienter. Når man sammenlikner de som har gått i psykoterapi med de som ikke har gått i behandling, forklarer psykoterapien likevel bare 13 % av variasjonen i utfall. Resten er ekstraterapeutiske effekter. Av utfallsvariasjonen som kan tilskrives psykoterapi (13 %), forklarer fellesfaktorer 70 %. Av den totale utfallsvariasjonen forklarer alliansen alene 7 %. Spesifikke teknikker forklarer 0–1 %. Dette kom klart frem i Wampold (2001), men er et ganske annet regnestykke enn det Kjøbli og Ogden setter opp. Selv om tallet høres lite ut, er altså 7 % av all utfallsvariasjon forklart av kvaliteten på arbeidsalliansen mellom klient og terapeut betydelig, når vi har i mente at psykoterapi forklarer 13 % av all variasjon i utfall.

Tallene og resonnementene fra min (Bruce Wampolds) 2001-bok er altså misforstått. I tillegg er konklusjonen fra de nye artiklene om allianse–utfall-forholdet basert på en feillesning. Flückiger og medarbeidere (2012) peker først på at relasjonen mellom allianse og utfall er «beskjeden» (ca 7 % av variansen i utfall kan forklares av alliansen), men at denne sammenhengen har vist seg å være robust gjennom metaanalyser utført over de siste 20 år. Her er det altså ikke skjedd de endringene fra 2001 til 2012 som Kjøbli og Ogden synes å tro.

At effekten av psykoterapi best demonstreres på fellesfaktornivået, innebærer ikke en avvisning av spesifikke prosedyrer og teknikker, slik Kjøbli og Ogden tror

I tillegg viser Flückiger et al. (2012) at alliansen er en like stabil prediktor av utfall selv når man tar i betraktning effekten av andre viktige variabler som kunne tenkes å moderere styrkeforholdet mellom allianse og utfall. For eksempel undersøkte Flückiger et al. (2012) betydningen av om man hadde brukt behandlingsmanualer skreddersydd til å behandle spesifikke psykiske vansker, om

behandlingen var kognitiv atferdsterapi eller ikke, eller om forskningsdesignen var en randomisert kontrollert studie (RCT), på forholdet mellom allianse og utfall. Overraskende nok hadde disse faktorene ingen betydning; alliansen er like sentral selv om de er tatt med i beregningen. Forskernes konklusjon er dermed motsatt av det Kjøbli og Ogden trekker ut fra deres artikkel. Fra at alliansen synes å være «mindre sentral enn tidligere antatt», viser dette studiet at alliansen egentlig er mer sentral og gjennomgripende enn man visste fra før.

Det var dermed ganske forunderlig å lese at jeg (Bruce Wampold) skulle ha gjennomgått en endringsprosess jeg selv ikke var klar over (jf. «Tidene forandrer seg, og det gjør også Wampold», Kjøbli & Ogden, s. 263). Evidensen er like klar nå som den var før: Alliansen er en moderat, men robust prediktor av utfall. Vår første innvending mot Kjøblis og Ogdens innlegg er altså at det er basert på en misforståelse av tallene i de empiriske studiene de har brukt som belegg for påstandene sine.

Fellesfaktorer er mer enn allianse

Vår neste innvending er at Kjøbli og Ogden likestiller begrepet fellesfaktorer med arbeidsallianse. Dermed utelates andre viktige faktorer som forklarer effekten av terapi på tvers av de spesifikke behandlingsmodellene. Fellesfaktorene rommer nemlig både terapeutvariabler, klientvariabler, transteoretiske endringsstrategier/ endringsprinsipper (som går på tvers av de spesifikke terapitradisjonene/-modellene) og klientens forventninger, i tillegg til relasjonen mellom terapeut og klient (inkludert arbeidsalliansen). Blant de transteoretiske endringsprinsippene har vi prosesser som fremmer håp, motivasjon, positive forventninger og korrigerende erfaringer, for å nevne noen. Dermed vil fellesfaktorene samlet selvfølgelig også forklare mer av variansen i utfall enn alliansen alene kan forklare.

Fellesfaktorer står ikke i motsetning til spesifikke teknikker

Fellesfaktorenes plass i psykoterapi – og forholdet mellom fellesfaktorer og spesifikke faktorer – er krevende å forstå. Komplekse forskningsfunn er tidvis vanskelige å sammenfatte i et noenlunde oversiktlig bilde av hvordan psykoterapi virker. Bildet kompliseres ytterligere av at fellesfaktorene også internt opererer på ulike abstraksjonsnivåer. Vi skal likevel prøve å bidra med en konseptuell avklaring.

I motsetning til hva Kjøbli og Ogden synes å tro ut fra utsagnet: «At konkrete behandlingsprosedyrer er knyttet til utfallet av intervensjoner, bryter med ideen om at fellesfaktorer alene er tilstrekkelige når psykiske helseproblemer skal avhjelpes» (s. 264), er ikke fellesfaktorer og spesifikke faktorer atskilte enheter, men henger sammen konseptuelt og empirisk. Nettopp dette ble slått fast i Wampold (2001): «Naturligvis er teknikker som er konsistent med en teoretisk forklaring av en psykisk forstyrrelse, problem eller helseplage, nødvendig innen en kontekstuell modell av psykoterapi. En terapeut kan ikke forme en terapeutisk relasjon uten å ha en godt definert prosedyre for terapeutisk handling» (s. 217). Uten spesifikke terapeutiske ingredienser er det ingen behandling, og de spesifikke ingrediensene kan ikke administreres uten fellesfaktorene.

Flere har foreslått at fellesfaktorer, som for eksempel de transteoretiske endringsprinsippene og arbeidsalliansen, opererer på annet konseptuelt nivå enn de spesifikke teknikkene og behandlingsprosedyrene (f.eks. Goldfried 2009; Hatcher, 2010). Begrepet fellesfaktorer angir det nivået der man best har klart å demonstrere effekten av nettopp terapeutiske teknikker. Begrepet arbeidsallianse handler for eksempel om hvordan terapeuten og klienten opplever at de samarbeider om blant annet valg av terapeutiske teknikker. Teknikker og fellesfaktorer henger dermed konseptuelt

sammen, og står i et nødvendig forhold til hverandre. Det gir derfor ikke mening når Kjøbli og Ogden hevder at fellesfaktorer ikke er en kur for alt fordi teknikkene også har en effekt.

Er det det samme hvilken teknikk vi velger?

Kjøblis og Ogdens innlegg utfordrer psykoterapiforskningsfeltets nåværende nedtoning av effekten av spesifikke teknikker og prosedyrer. Velvillig lest er deres betimelige, om enn indirekte spørsmål: Er det det samme hvilken teknikk jeg velger?

Både klinikere og forskere kan med rette ha den oppfatningen at en spesifikk terapeutisk teknikk eller prosedyre virker, for eksempel eksponeringstrening ved angst. Det er ikke denne effekten vi diskuterer. Men vi vil advare mot påstanden om *komparativ* effekt, altså at en spesifikk teknikk fører til bedre effekt enn andre anerkjente intervensjoner mot angst. Effekten av eksponering kan oppnås ved bruk av forskjellige teknikker utledet av forskjellige teorier, for eksempel stolarbeid (i emosjonsfokuseret terapi og gestaltterapi), overføringsarbeid (i psykodynamisk terapi), så vel som eksponeringsteknikker innenfor kognitiv atferdsterapi. Faktisk ser det ut til at alle behandlingsformer som er ment å ha terapeutisk effekt mot angst, er omtrent like effektive (f.eks Benish, Wampold & Imel, 2008). *Effekten* av disse teorispesifikke teknikkene kommer best til uttrykk på det nivået vi har kalt transteoretiske endringsprinsipper, for eksempel korrigerende erfaringer, tilegnelsen av ny atferd og opplevelsesmessig konfrontasjon. Slike endringsprinsipper løper på *tvers* av de spesifikke behandlingsformene, og kan derfor forstås som eksempler på fellesfaktorer. Hvordan endringsprinsippene til enhver tid iverksettes, hvilke spesifikke teknikker som brukes i en spesifikk behandling, og hvordan de forstås og forklares, vil selvsagt variere mellom forskjellige behandlingsformer, klienter, terapeuter og andre kontekstuelle forhold.

At effekten av psykoterapi best demonstreres på fellesfaktornivået, innebærer altså *ikke* en avvisning av spesifikke prosedyrer og teknikker, slik Kjøbli og Ogden tror. Poenget er at effekten av terapi ikke kommer overbevisende til uttrykk på det spesifikke teknikknivået. Snarere kan effekten av spesifikke teknikker forstås som kontekstualisert i og levendegjort på nivået med fellesfaktorer. Som nevnt over, uten spesifikke ingredienser har vi ingen behandling, men de spesifikke ingrediensene kan heller ikke administreres uavhengig av fellesfaktorene.

Kunstig skille

Forholdet mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer diskuteres fortsatt innenfor psykoterapiforskningsfeltet. Noen forskere vil hevde at det finnes spesifikke effekter av intervensjoner utledet av spesifikke behandlingsformer (f.eks. Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson & Tomlins, 2012). Et sentralt spørsmål for disse forskerne er imidlertid hvilke koblinger (matcher) mellom ulike faktorer som kan belyse effekten av psykoterapi. Mens det er lite solid empirisk støtte for at det er gunstig å matche spesifikke diagnoser med spesifikke behandlingsprosedyrer, har mer finmaskete matcher mellom andre klientkarakteristika enn kliniske diagnoser (f.eks. motivasjon, mestringsstil, motstand, funksjonsnivå), terapeutkarakteristika, nivå av arbeidsallianse og spesifikke terapeutiske intervensjoner, gitt mer lovende resultater (f.eks. Beutler et al., 2012). Likevel, uavhengig av om forskerne vektlegger spesifisitet eller fellesfaktorer, ser det ut til å være enighet om at det er et avhengighetsforhold og en *interaksjon* mellom de spesifikke prosedyrene og fellesfaktorene.

Å sette for eksempel terapeutiske teknikker og den terapeutiske relasjon opp mot hverandre er ufruktbart på grunn av den påviselige interaksjonen mellom relasjon og teknikk, og fordi direkte arbeid i relasjonen, som alliansebyggende eller alliansereparerende strategier, kan ses som en teknikk (Nissen-Lie, 2013). Et av de første studiene som så på interaksjonen mellom teknikk og relasjon, fant

at systematisk desensitivisering som ble utøvd av en terapeut som ble oppfattet som varm, hadde mye bedre effekt enn når den ble utøvd av en terapeut som ble oppfattet som mer kjølig (Morris & Suckerman, 1974). Nylig fant Høglend og medarbeidere (2011) at effekten av en terapeutisk intervensjon (psykodynamisk overføringstolkning) avhenger av kvaliteten på arbeidsalliansen.

Til kort

Skillet mellom fellesfaktorer og spesifikke faktorer i psykoterapi er en kunstig dikotomi som opprettholder en misforstått enten- eller-tenkning. Vi deler Kjøbli og Ogden sitt syn her. Dessverre kommer deres innlegg til kort av to vesentlige grunner. For det første har de misforstått tallgrunnlaget, noe som leder til den feilaktige slutningen at fellesfaktorene ikke lenger gjør rede for så mye av variasjonen i utfallet som tidligere studier tydet på. For det andre hemmes diskusjonen av en uklar forståelse av hva begrepet fellesfaktorer faktisk beskriver. Om en spesifikk teknikk eller prosedyre virker eller ikke, avhenger av en rekke faktorer, for eksempel den aktuelle terapeuten og hvordan teknikkene tilpasses klienten og dennes livsbetingelser. Teknikker og fellesfaktorer er derfor ikke atskilte enheter, men tett sammenvevd både konseptuelt og empirisk.