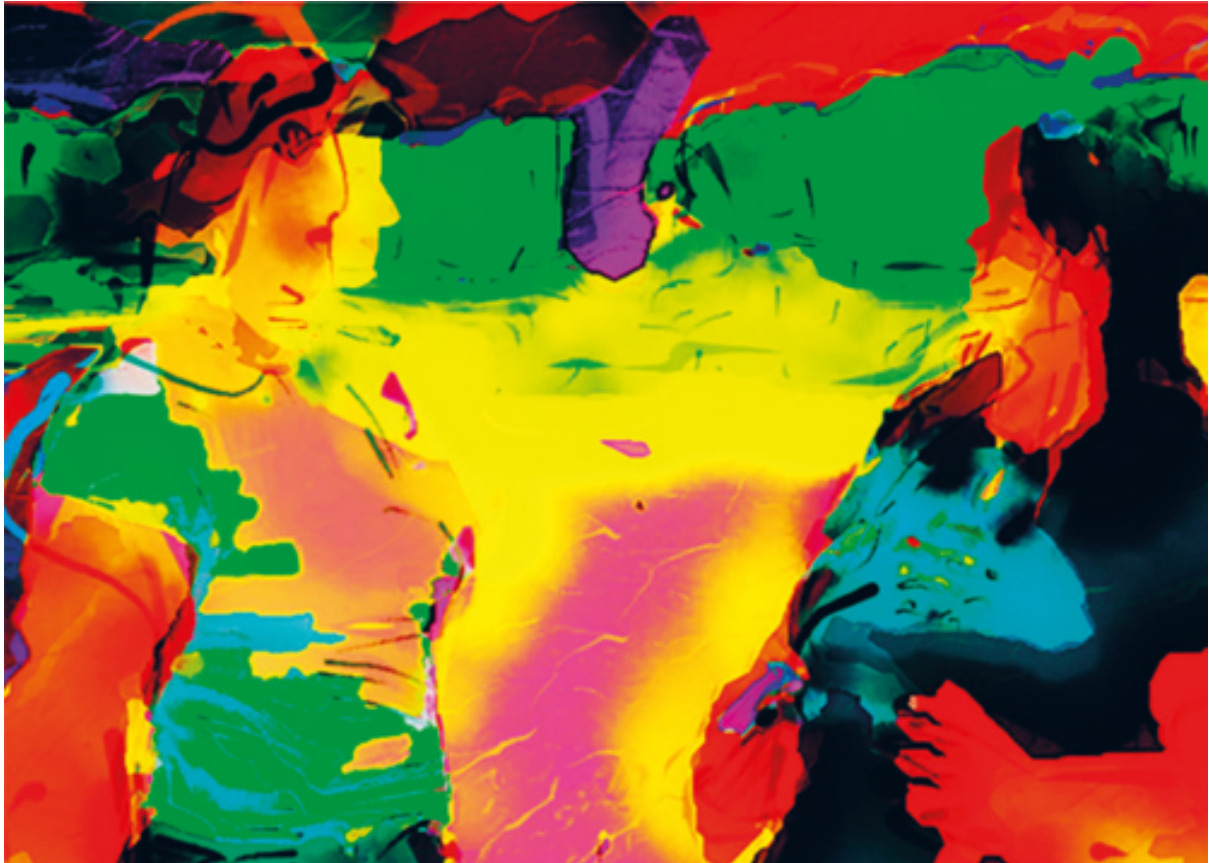


Fellesfaktorer og fagdialog

Christian Moltu

Psykologspesialist, Ph.D., Helse Førde og Førsteamanuensis II, Universitetet i Bergen

Psykoterapiforskningen har ikke noe mål om å gjøre sekken med «fellesfaktorer» stor. Målet er å fremskaffe spesifikk kunnskap om hva som virker endrende.



TIL STEDE: SPØRSMÅLET er ikke om fellesfaktorer er nok eller ikke. Fellesfaktorer bare er der, som de ingredienser som nå en gang er til stede i psykoterapi.

Foto: Flickr / Ian Bertram

DEBATT: FELLESAKTORER

John Kjøbli og Terje Ogden skal ha ros for sitt innlegg i marsutgaven av Tidsskriftet der de diskuterer fellesfaktorer og spesifikke intervensjoner i terapi. De ønsker å bryte ned det kunstige skillet mellom det som er felles i alle terapier, og det som er spesifikke strategier rettet mot et gitt klinisk problem eller en vanske. Målet er en tydeligere fagdebatt og videre utvikling av feltet. Initiativet er prisverdig, men samtidig risikerer de også å gå i sin egen felle. Når de avslutter med: «Fagfeltet må ta innover seg forskningen de siste ti årene?», tegner de opp et fagfelt som motsetter seg forskning, og de skriver videre: «Motstandere av evidensbasert kunnskap har ofte hevdet?»

Fellesfaktorer og spesifikke målorienterte intervensjoner kan ikke stå i et konkurranseforhold med hverandre, for de er ikke på samme nivå

Motstandere? Vel, både Kjøbli, Ogden og jeg vet vel at disse finnes, og at noen har overbrukt Wampolds bok (2001) som argument for å fortsette som de alltid har gjort. Men skrivestilen i deres innlegg fremmer ikke fagdialogen de ønsker seg. I fagfeltet vårt finnes minst tre måter å forholde seg til dette på: vi har en liten gruppe som avviser forskning som relevant kunnskapskilde, vi har gruppen som leser forskning kritisk og analytisk og forsøker å integrere dette i pågående praksis, og endelig har vi de som utelukkende vil knytte an til manualer og RCT -forskningens blå. Begge ytterpunktene er uheldige, mens midtgruppen vokser ved gode faglige dialoger. Jeg frykter imidlertid at noen av Kjøbli og Ogdens beskrivelser risikerer å forlenge det skismaet de ønsker å bryte ned. Diskusjonen og temaet er imidlertid viktig, og jeg ønsker gjerne å bidra med noen enkle klargjøringer.

Uheldig feil

Kjøbli og Ogdens tekst er publisert under faglig innspill, og er derfor ikke fagfelleverdert. Om den var det, ville kanskje følgende svært uheldige feil blitt luket ut:

Forfatterne skriver at ny forskning setter forståelse av fellesfaktorer i et nytt lys, og at Wampold og kolleger nå har nedjustert effektestimater av fellesfaktorer fra 70 % til 7 % av forklart varians. Dette synes nesten for revolusjonerende til å være sant, og er det da heller ikke. Jeg skal forsøke å forklare. På et sted i boka si skriver Wampold (2001, s. 207–208) at 70 % av variansen forklares ved *generelle effekter*, og i den tilhørende figuren deles disse generelle effektene opp i 30 % fellesfaktorer og 40 % utenomterapeutiske faktorer (altså om pasienten får det bedre på grunn av noe ytre som skjer i livet). De 30 % fellesfaktorene oppgir Wampold å bestå av «en mengde variabler som finnes i en rekke terapier?». Så de 70 % Kjøbli og Ogden tar utgangspunkt i, er altså en stor sekk som, i tillegg til alt som er felles i terapi, også omfatter alt som skjer i pasientens liv *utenfor* terapi. Den nye forskningen de refererer og henter 7 %-sammenligningen fra (Flückinger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012; Horvath, Del Re, Flückinger & Symonds, 2011) ser imidlertid på noe helt annet, selv om Kjøbli og Ogden feilaktig skriver at den ser på effektstørrelsen av fellesfaktorer: disse studiene ser på forklart varians av *alliansen*, og konkluderer med at denne er rundt 7 %. Så her sammenligner Kjøbli og Ogden et tall som omfatter to store samlesekker, med et tall som ser spesifikt på litt av innholdet i den ene sekken, og illuderer at en stor endring har skjedd. Men mer enn det: Wampold (2001) bruker hele kapittel 6 på en gjennomgang av metaanalyser som ser nettopp på alliansens effekt. Her konkluderer han med at den står for mellom 5 % og 7 % av den forklarte variansen. Så her har det altså nettopp ikke vært noen endring som setter ting i et nytt lys.

Det er leit at denne feilen kom med i Kjøbli og Ogdens innlegg, da innlegget ellers er viktig og bør åpne for en god fagdebatt i Tidsskriftet. Men skjevformidling av forskning virker fremmedgjørende for informerte lesere. Dessuten tegnes et feilaktig bilde av forskning på vidvanke, noe som kan gjøre at klinikere mister tillit til forskning som er nyttig for dem. Det er derfor hensiktsmessig med noen avklaringer for den videre debatten.

Fellesfaktorer bare er

Fellesfaktorer er, og har alltid vært, et deskriptivt konsept og ikke en aktiv strategi i psykoterapitenkningen. Det er altså de ingredienser som nå en gang er til stede i psykoterapi: den ytre rammen, at det er en terapeut og en pasient, at disse former en relasjon med et implisitt eller eksplisitt

mål, at terapeuten har et faglig mandat, og så videre. Spørsmålet er ikke om fellesfaktorer er nok eller ikke; *fellesfaktorer bare er*.

Forskningsmessig er fellesfaktorer ren deskriptiv statistikk, og har fremkommet som et biprodukt av forskning som sammenligner ulike terapitilnæringer. I metaanalyser i denne tradisjonen ser man en stor generell effekt samtidig som man ser små forskjeller mellom de ulike etablerte retningene (se for eksempel Green & Latchford, 2012 for en gjennomgang av 40 års metaanalyser som leder frem til denne konklusjonen). Når en slik ikke har klart å dokumentere at effekten av terapi kommer av den spesifikke terapiretningen, har en plassert en stor del av effekten i den deskriptive sekkebetegnelsen «fellesfaktorer». Dette er en mulig kortslutning: De ulike etablerte strategiene kan ha stor og tilnærmet lik effekt, men via ulike endringsprosesser. Det er heller dette som preger forskningen nå: overgangen fra det globale makrospørsmålet «Hvilke tilnæringer virker for denne overordnede problemstillingen?» til det mer spesifikke «hvordan oppstår gode endringsprosesser i den og den situasjonen, integrert i en generell anerkjent terapiform?». Å gjøre sekken med «fellesfaktorer» stor verken er eller har vært målet til psykoterapiforskningen. Målet er å fremskaffe så spesifikk kunnskap som mulig om hva som virker endrende.

I klinikken

I klinikken har nok fellesfaktorer, altså aspekter ved den omliggende rammen som skal være passivt til stede i all god terapi, sin virkning. Men de vil kun gjøre seg gjeldende som fokus når de er fraværende. En kan godt se for seg en samtale i terapeututdanning eller veiledning som fokuserer på hvordan legge til rette for at pasienten skal kunne møte opp, dersom dette er vanskelig, eller hvordan terapeuten skal strukturere sitt liv og sin praksis for å kunne tilby en trygg og stabil ramme, dersom han eller hun sliter med denne strukturen. Her blir fellesfaktorer et meningsfullt klinisk fokus fordi de ikke er til stede, og samtalene handler om hvilke grunnforutsetninger som må til for at det skal kunne bli til terapi. Det er derimot vanskeligere å se for seg at følgende utsagn faller i en veiledning av en pågående terapiprosess: «Nå ser pasienten din noe tyngre ut, depresjonen ser ut til å holdes oppe av denne vanskelige relasjonen som han forteller at han er låst i, her kunne det kanskje være lurt å fokusere mer på fellesfaktorer». Fellesfaktorer og spesifikke målorienterte intervensjoner kan ikke stå i et konkurranseforhold med hverandre, for de er ikke på samme nivå. Jeg tror ikke at Kjøbli og Ogden mener det slik. Men det er svært uheldig for fagdebatten og -utviklingen om teksten deres forstås slik av leserne, noe jeg ser en fare for slik den er formulert.

Kjøbli og Ogden skriver det ikke direkte, men jeg gjør, og antar at de er enige: «En relasjon og de ytre rammene er ikke i seg selv nok til å bevirke varig endring.» Forskningsfeltet har vært klart på dette lenge. I tillegg kommer høyspesialisert fagkunnskap om hva som skaper endring i en rekke av situasjoner, samt et overordnet språk som skaper en meningsfull helhet rundt rasjonale for, oppgaver innenfor, og målsettinger med, terapi. Manualer kan ha sine fordeler ved å gi struktur i vanskelige prosesser, men de har også sine slagsider. Kanskje det farligste er at manualene kan lede terapeuter til å tro at bare de følges, så driver de terapi. Men da fratrar man dem det menneskelige og profesjonelle ansvaret for å møte ethvert øyeblikk i terapi med en tilstedeværelse basert på inntonet forståelse av hvor pasienten er i sin lidelse, og samtidig et stort faglig oppdatert repertoar av endringskunnskap og teoretiske forståelser som kan anvendes.

Forskningsblikk

Vend blikket mot forskningen, sier Kjøbli og Ogden implisitt i innlegget sitt, og jeg er enig. Samtidig viser innlegget deres at det kan være vanskelig å lese enkeltartikler i et felt preget av stor og variert

kunnskapsproduksjon. Da kan det være lurerer å vende seg mot oppsummeringer og håndbøker som beskriver hva som er omforent, og hva som ennå er omstridt (APA , 2012; Lambert, 2013 er gode eksempler på slike). Forskningsfronten er opptatt av endringsprinsipper i kontekst, hvordan jobbe godt med en bredde av problemstillinger, hvilken rolle teori har i det kliniske møtet, hva som kjennetegner terapeuter som klarer å bevirke endring hos pasientene. Tiden for manualenes merkevarekamp er over. Har de kommet så langt at de er oversatt til norsk, så er de grei kunnskap, men ikke tro at de alene gjør deg til en god terapeut, eller at de i seg selv er nok.

Jeg er enig med Kjøbli og Ogden, klinikere og fagfeltet som sådant burde lese mer forskning, men jeg vil tillegge: på en kritisk, analytisk og klinikknær måte.

christian.moltu@helse-forde.no