

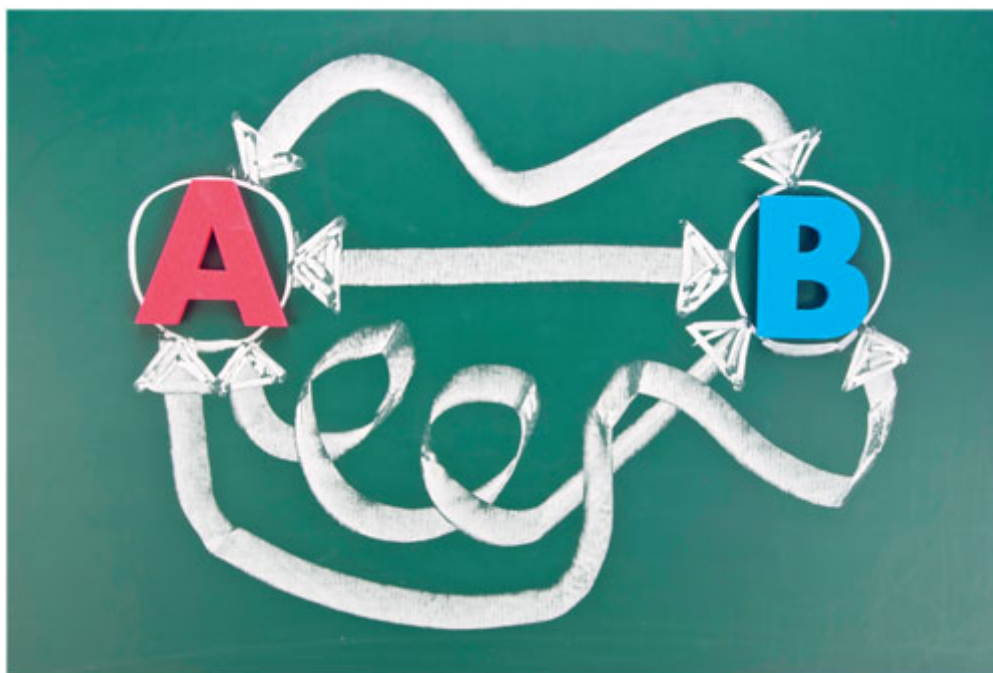
Fellesfaktorer: ingen kur for alt

Forskning viser at fellesfaktorer spiller en vesentlig mindre rolle enn tidligere antatt. I tillegg til fellesfaktorer trenger klinikere konkrete behandlingsprosedyrer når de skal avhjelpe psykiske helseproblemer.

TEKST

John Kjøbli
Terje Ogden

PUBLISERT 5. mars 2013



IKKE ÉN VEI: Eksponering er ingen fellesfaktor, men like fullt en virksom komponent i angstbehandling. Effektiv grensesetting er heller ikke en fellesfaktor, men øker effekten av foreldretrening. At konkrete behandlingsprosedyrer påvirker utfallet, viser at fellesfaktorer alene ikke er tilstrekkelig. I stedet krever ulike problemer ulike løsninger.

Foto: YAY Micro

I psykologien generelt, og i psykoterapien spesielt, har man lenge diskutert hvorvidt terapeutiske fellesfaktorer alene kan forklare positive endringer hos klienter (Ogden, 2012). Med fellesfaktorer menes typisk terapeutisk allianse og relasjonen mellom terapeut og klient. Allerede på 1930-tallet la psykologen Saul Rosenzweig fram ideen om viktigheten av fellesfaktorer (Rosenzweig, 1936). Han var den første til å bruke den

nå så kjente analogien fra *Alice i eventyrland* om «the Dodo Bird verdict». I fortellingen bestemte dodo- fuglen at alle deltakerne i et kappløp hadde vunnet og fortjente en premie. Rosenzweig brukte denne historien til å illustrere at alle terapiformer var like gode og produserte like gode resultater. Senere skrev Wampold (2001) at 70 prosent av effekten av ulike terapiformer var forklart av fellesfaktorer. Denne påstanden var basert på en kvantitativ gjennomgang av litteraturen (meta-analyse).

**«Fagfeltet må ta inn over seg
forskningen fra de siste ti årene.**

**Denne forteller klart at
fellesfaktorer ikke er en kur for
alt»**

I en metaanalyse av nyere dato ble fellesfaktorenes rolle imidlertid vurdert til å være mer beskjedne (Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011). I denne studien hadde fellesfaktorene en effektstørrelse på kun 0,28 og forklarte omtrent 7,5 prosent av effekten av ulike terapier. Tidene forandrer seg, og det gjør også Wampold. I en nylig studie der han var medforfatter, konkluderer forskerne med at fellesfaktorer står for 7 prosent, og ikke 70 prosent, av effekten av intervensjoner (Fluckiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012). Denne nye forskningen setter viktigheten av fellesfaktorer i et nytt lys.

Ja takk, begge deler

Diskusjonen om hvorvidt det enten er fellesfaktorer eller spesifikke komponenter i terapi som skaper positiv endring, har vært uheldig for fagfeltet. Det har for det første dikotomisert debatten ved at flere har valgt et enten–eller ståsted. Dette har skapt en unødig polarisering mellom de som mener at fellesfaktorer er viktigst, og de som mener at konkrete, virksomme verktøy er nødvendig for å få til endring. Den polariserte debatten har vært en bremse i fagutviklingen ved at den har hindret utveksling av kunnskap mellom fagmiljøer. Dette er det først og fremst klientene som lider under.

Wampolds studie fra 2001 bidro også til en forståelse der det er fellesfaktorene alene som skaper endring hos klienter. De fleste som jobber med psykisk helse, opplever imidlertid at slike kunstige dikotomiseringer fører til u hensiktsmessige overforenklinger av virkeligheten. Svaret på debatten er da også ganske enkelt: begge deler er viktige (Fluckiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012). For å få til et positivt endringsarbeid i terapi trenger man dyktige klinikere som skaper gode rammer gjennom å bygge en trygg og god relasjon mellom kliniker og klient. Det er nettopp her fellesfaktorene kommer inn. Samtidig trenger dyktige klinikere virksomme verktøy når de skal hjelpe mennesker med spesifikke psykiske helseproblemer.

Motstandere av evidensbaserte tiltak har ofte hevdet at slike tiltak ikke tar hensyn til fellesfaktorene, og noen har sågar hevdet at evidensbaserte tiltak, med sin bruk av skriftlige retningslinjer og manualer, er ødeleggende for den terapeutiske allianse. En

ny studie av Langer, McLeod og Weisz (2011) tyder på at dette er en feilslutning. De fant snarere at bruk av manual i behandlingen av angst og depresjon hos ungdom var knyttet til en sterkere allianse i terapiforløpet.

Og videre: Et sentralt kjennetegn ved evidens- og manualbaserte metoder er at de inkluderer fellesfaktorer. Eksempelvis kan man ta utgangspunkt i evidensbaserte behandlingsformer, for barn og unge, som har blitt importert til Norge. Blant disse inngår De Utrolige Årene, Funksjonell Familieterapi (FFT), Multisystemisk Terapi (MST) og Parent Management Training, Oregonmodellen (PMTO). I alle disse metodene har man utarbeidet rutiner for å sikre at klinikerne fremviser det kliniske skjønn og gjør de individuelle tilpasningene som skal til for å få til effektivt endringsarbeid. At disse evidensbaserte metodene ivaretar fellesfaktorene, er sannsynligvis en viktig grunn til at de har vist seg å ha positive effekter. Eksempelvis er det slik i PMTO, som ofte varer i 20–30 timer, at terapeutene i mange tilfeller kan bruke 3 timer på å bygge en god allianse med foreldrene før de går i gang med å hjelpe dem til å ta i bruk konkrete verktøy for å redusere atferdsvansker hos barn.

Spesifikke problemer krever spesifikke løsninger

Fellesfaktorer alene er ikke nok i evidensbaserte intervensjoner. I tillegg til disse hjelper man klienter med å ta i bruk spesifikke mestringsstrategier og ferdigheter for å takle å overkomme problemene de sliter med. For eksempel har man i Mestringskatten, som er en intervensjon for å hjelpe barn og unge med angst, utviklet spesifikke prosedyrer for eksponering. Det betyr at klientene gradvis eksponeres for situasjoner de i utgangspunktet er engstelige for. Slik lærer barna å mestre angstvekkende situasjoner og tilstander. Men eksponering er ingen fellesfaktor. Like fullt viser denne prosedyren seg å være en kraftfull og virksom komponent i flere forskjellige intervensjoner rettet mot angst (Weisz & Gray, 2008).

Det foreligger en omfattende evidens for at foreldretrening – bestående av både fellesfaktorer og konkrete behandlingsprosedyrer – har positive effekter på barns atferdsvansker (Eyberg, Nelson & Boggs, 2008). Både i De Utrolige Årene og PMTO blir foreldrene hjulpet til å styrke sin positive samhandling med barn, samtidig som man trener foreldrene til å ta i bruk milde og konsekvente grensesettingsteknikker. Verken positiv samhandling mellom foreldre– barn eller effektiv grensesetting er fellesfaktorer. Begge prosedyrene har likevel i en metaanalyse vist seg å være knyttet til økte effekter av foreldretrening (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008). At *konkrete behandlingsprosedyrer* er knyttet til utfallet av intervensjoner, bryter med ideen om at fellesfaktorer alene er tilstrekkelige når psykiske helseproblemer skal avhjelpes. I stedet forteller denne forskningen oss at ulike problemer krever ulike løsninger.

Forskningen må påvirke fagfeltet

Fagfeltet må ta inn over seg forskningen fra de siste ti årene. Denne forteller klart at fellesfaktorer ikke er en kur for alt. Likeledes forteller den oss at ingen behandling egner seg for alt. Da gjør fagfeltet lurt i å bruke sine ressurser på å lete etter hvor og når

ulike behandlingsprosedyrer – enten det er fellesfaktorer eller konkrete komponenter – faktisk fortjener en premie. Selv om terapeutiske behandlinger hjelper mange i dag, har vi enda en lang vei å gå før dodo-fuglen kan avgjøre hvem som er vinnere.

john.kjobli@atferdssenteret.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 3, 2013, side 263-265

TEKST

John Kjøbli, forsker og seksjonsleder, Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregionen Øst og Sør (RBUP) og Institutt for pedagogikk, Universitetet i Oslo

Terje Ogden, Atferdssenteret, Unirand, Universitetet i Oslo

KONTAKT: terje.ogden@atferdssenteret.no

+ Vis referanser

Referanser

Eyberg, S. M., Nelson, M. M. & Boggs, S. R. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37, 215-237.

Fluckiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10-17.

Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.

Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H. & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.

Langer, D. A., Mcleod, B. D. & Weisz, J. R. (2011). Do Treatment Manuals Undermine Youth-Therapist Alliance in Community Clinical Practice? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 427-432.

Ogden, T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Weisz, J. R. & Gray, J. S. (2008). Evidence-Based Psychotherapy for Children and Adolescents: Data from the Present and a Model for the Future. *Child and Adolescent Mental Health*, 13, 54-65.