

# Det nødvendige samvirket mello spesifikke og generelle faktorer

TEKST

Terje Tilden

PUBLISERT 4. oktober 2013

---



TRÅDER: Spesifikke og generelle faktorer må virke sammen, og de utgjør dermed en felles, terapeutisk vev.

Illustrasjonsfoto: Flickr.com

Hvis healere og spåkoner er gode på fellesfaktorene, har de da like stor terapeutlegitimitet som fagfolk med en lang terapeututdannelse? Slik spissformulerer Sprenkle og Blow (2004) seg i debatten om behandlingsmodellens betydning for behandlingseffekt. Denne vel 30 år gamle debatten kom etter at Smith, Glass og Miller (1980) fant at det ikke var vesentlige forskjeller når de sammenliknet utfall fra ulike behandlingsmodeller overfor samme lidelse.

«Spesifikke og generelle faktorer må virke sammen, og de utgjør

## dermed en felles, terapeutisk vev»

Debatten om fellesfaktorer og spesifikke faktorer blusser opp med jevne mellomrom og preges av polariseringer. I dette essayet presenterer jeg en modell av Wampold og Budge (2012) som viser at det ikke er noen motsetning mellom spesifikke og generelle faktorer, men at de samvirker i et helt nødvendig og gjensidig avhengighetsforhold.

### Begrepsavklaring

Det er brukt forskjellige begreper om virksomme terapifaktorer. Lambert (1992) delte det inn i ekstraterapeutiske faktorer, fellesfaktorer, forventning (placebo) og spesifikke teknikker, mens Miller, Duncan og Hubble (1997) plasserte alle Lamberts faktorer under paraplybetegnelsen «fellesfaktorer» – noe som skaper forvirring, da en underordnet kategori dermed blir gjort overordnet. Senere introduserte Wampold (2001) begrepene generelle faktorer, uforklart varians (herunder klientfaktorer) og spesifikke faktorer. Jeg bruker begrepet «spesifikke faktorer» om de variabelene som er unike for én spesifikk teoretisk tilnærming eller modell/metode (Sprenkle & Blow, 2004), mens begrepet «generelle faktorer» omhandler alle de virksomme faktorene i terapi som ikke er spesifikke for tilnærmingen.

### Prinsipperklæringen

Psykologforeningens «Prinsipperklæring om evidensbasert praksis» (Aanonsen, 2007) er et utmerket grunnlag for den videre debatten om virksomme faktorer i psykoterapi. Erklæringen vektlegger en integrering av kunnskap fra 1) den beste tilgjengelige forskning, 2) klinisk ekspertise, og 3) klientens egenskaper, kultur og preferanser. Prinsipperklæringens betoning av klientens bidrag bør ifølge Høstmælingen (2010) få kliniske implikasjoner ved at terapeuten for eksempel aktivt etterspør klientens egne erfaringer, hans tidligere forsøk på å hjelpe seg selv, og hans opplevelse av terapiprosess og -progresjon. Et eksempel på hvordan prinsipperklæringens evidensbegrep får klinisk relevans, er når terapeuten ut fra forskningslitteratur og anbefalte retningslinjer anvender en spesifikk metode hvor denne tilnærmingen (a) i kontrollerte, eksperimentelle studier viser seg å være en annen tilnærming overlegen, og at (b) denne tilnærmingen også i praksis har vist seg å skape bedring hos andre klienter med samme lidelse. Like fullt må klinikerne (c) spørre akkurat *denne klienten* om tilnærmingen faktisk oppleves hjelpsom, da kvantitativ forskning alltid impliserer en variasjon rundt gjennomsnittet. Utfallsbegrepene på disse nivåene differensieres med henholdsvis effekt («efficacy»), effektivitet («effectiveness») og nytteverdi («efficiency» – Gullestad, 2001).

Basert på klientens tilbakemelding skreddersys tilnærmingen, og systematisk monitorering ved bruk av et tilbakemeldingssystem (Tilden et al., 2010) øker sjansen for brukermedvirkning og dermed klientens bidrag til kunnskapsbasen – helt i tråd med anbefalingen fra Høstmælingen (2010). Slike tilbakemeldinger kan gi informasjon om

at generelle faktorer som for eksempel manglende allianse ikke er til stede og dermed står i veien for nyttiggjøring av de spesifikke faktorene. Eller en blir gjort kjent med at den spesifikke tilnærmingen som er valgt, ikke gir mening eller ikke oppleves hjelpsom av klienten.

## Terapeutfaktorer

Det var et uventet funn at terapeuter innenfor samme modell hadde større variasjon i behandlingsutfall enn når man sammenliknet dem med terapeuter som anvendte andre modeller (Wampold, 2001). Dette ble tolket som at terapeutens betydning for behandlingsutfall var større enn tidligere antatt. Denne antakelsen ble styrket i en studie av Baldwin, Wampold og Imel (2007), som fant at det var terapeutens bidrag til alliansebyggingen, ikke klientens, som var mest knyttet til vellykkede terapier. Derfor retter forskning i økende grad blikket mot kjennetegn ved de gode terapeutene. Funn hittil forteller at gode terapeuter er fleksible overfor behov, de er empatiske og alliansebyggende, er faglig kompetente, ber om tilbakemelding og samarbeider med klientene, formidler håp, optimisme, tro og oppmuntring, og de er opptatt av faglig oppdatering, inklusive kjennskap til beste tilgjengelige forskningsevidens (Wampold, 2011). Dette tydeliggjør hvilke personlige egenskaper og tilegnede ferdigheter som bør vektlegges i utdanning og kompetanseheving hos terapeuter.



Figur 1. Virksomme faktorer i psykoterapi (Wampold & Budge, 2012)

## Kontekst og relasjon som generelle faktorer

Terapi defineres som et relasjonelt, målrettet samarbeid for en tidsbegrenset periode mellom klient og terapeut hvor de to har ulike roller i en kontekst (Beutler, Harwood, Michelson, Song, et al., 2011). Bordin (1979) definerte terapeutisk allianse som klientens og terapeutens enighet omkring mål og oppgaver/middel, samt et tilstrekkelig godt nok følelsesmessig bånd. Det er solid evidens for at klientens tidlige vurdering av alliansen, samt empati, varme og genuinitet hos terapeuten predikerer terapiutfall (Norcross & Wampold, 2011). Det er imidlertid usikkert hvorvidt alle klientgrupper profitterer like mye på tidlig etablering av det følelsesmessige båndet før det arbeides mer spesifikt rundt mål og oppgaver. Ryum, Stiles og Vogel (2009) fant for eksempel at angstpasienter profitterte bedre på et raskt fokus på læring av teknikker og ferdigheter for å mestre angsten, uten en innledende vektlegging på terapeutisk allianse. Depresjonspasienter profitterte derimot best på at terapeutisk allianse ble etablert før de ble introdusert til mer spesifikke tilnærminger. Tilden, Hoffart, Sexton, Finset og

Gude (2011) fant i en studie av par innlagt ved Familieavdelingen, Modum Bad, at bedring i én spesifikk faktor (ferdigheter i kommunikasjon og konflikthandtering) den ene uken predikerte bedring i de generelle prosessvariablene (optimisme, empati, tillit/trygghet, innsikt) – og især innsikt, den neste uken. Hoffart, Borge, Sexton, Clark og Wampold (2012) fant i en studie av sosial fobi- pasienter ved Modum Bad at terapeutisk allianse predikerte utfall, men at dette forholdet var mediert av spesifikke kognitive tilnærminger. Videre fant de at spesifikke kognitive tilnærminger hadde en direkte effekt på utfallet. Disse eksemplene viser at vi trenger mer kunnskap om forholdet mellom generelle faktorer slik som allianse/følelsesmessig bånd og spesifikke tilnærminger overfor gitte lidelser.

### **En generisk modell for terapi**

Wampold og Budge (2012) presenterer en modell med tre samvirkende veier til endring som inkluderer både spesifikke og generelle faktorer (se figur 1).

*Det tidlige terapeutiske båndet:* Når en klient søker hjelp hos en terapeut, kan førsteinntrykket være avgjørende for det videre forløpet. Intuitivt vil klienten i de første sekundene av møtet danne seg et inntrykk av hvorvidt terapeuten virker tillitvekkende, for eksempel om terapeuten formidler ekspertise, empati og har en akseptabel væremåte (Benedetti, 2011). Klientens forhistorie, tidligere møter med andre terapeuter og hjelpesystemer, vil også påvirke hans forventninger og holdning til dette første møtet (Wampold & Budge, 2012). Behandlerens/behandlingstypens renommé (klienterfaringer, omdømme, medieoppslag, anbefaling fra henviser) vil være motiverende informasjon for hvorvidt klienten får tiltro og håp til nytteverdien av denne hjelpen (Wampold, 2001; 2007). Terapeutens bidrag til dette båndet vil, foruten empati, være preget av terapeutens motoverføringsreaksjoner og håndteringen av disse (Wampold & Budge, 2012).

Etter dette første møtet er det tre veier som samvirker for hvordan utfallet av behandlingen blir.

*Første vei: Ekte relasjon, tilhørighet, tilknytning.* Selv om en profesjonell relasjon er noe annet enn en vennerelasjon, handler kontakten likevel om grunnleggende mellommenneskelige behov slik som tilknytning og sosial støtte/tilhørighet. Mennesket har sannsynligvis overlevd som art fordi vi evner å uttrykke behov, og at vi gjennom empati oppfatter andres lidelse, slik at vi får mulighet til å hjelpe hverandre (Williams, 2002). Betydningen av relasjonen mellom klient og terapeut avspeiler derfor det allmennmenneskelige behovet for tilknytning, sosial relasjon og sosial støtte som mange klienter sliter med som en del av sin problematikk. Ikke minst er dette avgjørende når klienten trenger å arbeide med sine maladaptive mellommenneskelige mønstre direkte overfor terapeuten for å få nye relasjonelle erfaringer.

**«De generelle faktorene er et nødvendig grunnlag for gjennomføring av spesifikke**

## tilnærminger overfor spesifikke lidelser»

*Andre vei: Etablering av forventning via forklaring og behandling.* Forventninger vil naturlig nok styres av de problemene, ønskene og behovene klienten kommer til terapi med, og som ønskes endret. Klienten har kanskje prøvd annen hjelp tidligere, og han trenger håp om at denne tilnærmingen han nå søker, vil lykkes. Slikt håp kan gi en positiv virkning allerede før første samtaletime, da det å bestemme seg for å søke hjelp i seg selv innebærer en forventning om at hjelpetilbudet vil ha virkning (Wampold, 2001). Tro og forventninger er en nyttig placeboeffekt, og jo mer overbevisende terapeuten er når denne forventningen skapes (profesjon, status, tittel, formidlingsform og kontekst), dess større sjanse for at klienten opplever bedring.

Wampold (2007) finner i sine undersøkelser at en stor del av drop-out er knyttet til at klientene ikke fant mening i terapeutens forklaring. Hun bør derfor gi en forklaring som er forskjellig nok til å være utfordrende, men ikke for ulik det klienten er kjent med fra før. Det er ingen forutsetning at denne forklaringen er evidensbasert, så lenge den oppleves rimelig og akseptabel for klienten. Imidlertid vil en evidensbasert forklaring sannsynligvis styrke troverdigheten og dermed gi økt håp, forventning og motivasjon for klientens aktive deltakelse i terapien.

Et eksempel på å skape håp med å gi en annen forklaring er når klientens selvforståelse er at «Jeg er ensom fordi jeg ikke er attraktiv, og får derfor ingen venner». Ved at terapeuten gir en alternativ forklaring: «Du er ensom fordi du ikke har de nødvendige sosiale ferdighetene ennå, noe vi har mulighet til å jobbe med her i terapien », vil klientens attribusjon utfordres. Så hvis klienten finner mening i den alternative forklaringen, hvis terapeuten oppleves kompetent og troverdig, samt at det inngår elementer av handling som del av terapien, gir dette håp om endring.

*Tredje vei: Målrettede tilnærminger.* Den terapeutiske alliansen kjennetegnes ved at klienten og terapeuten forhandler seg til enighet omkring mål og oppgaver/middel for å løse spesifikke problemer (Bordin, 1979). En slik målrettet tilnærming er for eksempel terapeutiske hjemmeoppgaver, som er funnet å ha en relativt sterk sammenheng med terapiutfall (Kazantizis, Dean & Ronan, 2000). Det en fokuserer på er ofte det som endres, og følgelig er bevissthet rundt målsetting sentralt for å oppnå ønsket utfall (Doss, Thum, Sevier, Atkins & Christensen, 2005). Å formulere målet positivt («Jeg vil komme meg mer ut blant folk») gir bedre utfall enn negativt formulert mål («Jeg må isolere meg mindre») (Wollburg & Braukhaus, 2010).

Spesifikke modeller og teknikker inneholder gjerne instruksjon for handling, noe som skaper en egnet struktur for behandlingen ved å danne trygge og forutsigbare rammer. Spesifikke faktorer basert på kunnskap om hva som er best virkemiddel overfor spesifikke tilstander, inngår ofte i målrettede tilnærminger. Fordi nesten alle terapimodeller inkluderer handling som faktor, der virkemiddelet er å få nye erfaringer slik at en negativ sirkel brytes, kan dette også betraktes som en generell faktor (Wampold, 2007). Ved at disse målrettede tilnærmingene formidles gjennom

terapeutens overbevisende forklaring og oppmuntring, skapes tro og forventninger hos klienten, jf. «Andre vei».

## **Utfall**

Klientens kriterier for hva som er en vellykket behandling, defineres delvis gjennom den terapeutiske kontrakten (terapeutisk allianse, målsettingsarbeid), men også gjennom den jevnlige vurderingen av hvorvidt den terapeutiske aktiviteten leder en i ønsket retning. Klienten omformulerer gjerne målet underveis. Wampold og Budge (2012) beskriver bedre livskvalitet og symptomlette som to former for utfall der disse har en innbyrdes forbindelse. Forskningen fokuserer gjerne på endring av de problemene – og da primært symptomer – klientene kommer til terapi for å bli kvitt. Men å måle disse uten samtidig å ta i betraktning livskvalitet kan gi misvisende svar, da noen klienter rapporterer symptomlette uten at livskvaliteten har økt. Andre klienter rapporterer uendrede (eller forverrede) symptomer, men opplever likevel bedret livskvalitet, kanskje fordi de har tilegnet seg mer hensiktsmessige mestringsstrategier både individuelt og relasjonelt i hverdagslivet (Borg, 2009).

## **Den terapeutiske veven**

Flere forskere har gitt oss prosentvise fordelinger av effekten av generelle og spesifikke faktorer (for eksempel Lambert, 1992; Wampold, 2001). Spesifikke faktorer tildeles ofte 8–15 %, noe mange tolker som at spesifikke faktorer har liten betydning sett i forhold til generelle faktorer. Wampold selv er uenig i en slik konklusjon, som han mener bidrar til en uheldig og unødvendig polarisering. Psykologforeningens prinsipperklæring (Aanonsen, 2007) og modellen til Wampold og Budge (2012) gir en mer forent og nyansert posisjon. Et slikt syn deles også av Sprenkle og Blow (2004). De ser på de generelle faktorene som et nødvendig grunnlag for gjennomføring av spesifikke tilnærminger overfor spesifikke lidelser, for eksempel ved at de blir formidlet i en relasjonell kontekst som inkluderer en tilstrekkelig grad av terapeutisk allianse. Spesifikke modeller betraktes ifølge forfatterne som «kjøretøy» (eng. «vehicles») som de generelle og spesifikke faktorene (slik som teknikker) virker gjennom. De mener det er de spesifikke tilnærmingene som gjør den «tyngste jobben», og uten slike spesifikke ingredienser vil de ikke kalle det terapi.

**«Det er forbilledlig at fagfolk som blir oppfattet som motpoler nå er medforfattere i samme artikkel»**

Spesifikke og generelle faktorer må altså virke sammen (Kjøbli & Ogden, 2013), og de utgjør dermed en felles, terapeutisk vev. Forskningens sterkere fokus på endrings-/virkningsmekanismer (hva som virker hos hvem, når det virker, og hvorfor det virker) gir grunn til optimisme om at vi stadig får mer kunnskap om de kompliserte samspill av innvirkende terapifaktorer. I denne sammenhengen er det forbilledlig at fagfolk som

blir oppfattet som motpoler i synet på spesifikke og generelle faktorer (hhv. David Clark og Bruce Wampold), nå er medforfattere i samme artikkel (se Hoffart et al., 2012).

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 10, 2013, side 1006-1010*

#### TEKST

**Terje Tilden**, Forskningsinstituttet, Modum BadKontakt: tilden@modum-bad.no

+ [Vis referanser](#)

#### Referanser

- Aanonsen, A-M. (2007). Evidensbasert psykologisk praksis. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44(6), 802.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E. & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(6), 842-852.
- Benedetti, F. (2011). The patient's brain: The neuroscience behind the doctor-patient relationship. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X. & Holman, J. (2011). Reactance/resistance level. I J. C. Norcross (red.), Psychotherapy relationships that work (2nd ed.), kap. 13. New York: Oxford University Press.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16, 252-260.
- Borg, M. (2009). Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 46(5), 452-459.
- Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2005). Improving relationships: Mechanisms of change in couple therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73, 624-633.
- Gullestad, S. E. (2001). Hva er evidensbasert psykoterapi? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 38, 942-951.
- Hoffart, A., Borge, F-M., Sexton, H., Clark, D. M. & Wampold, B. E. (2012). Psychotherapy for social phobia: How do alliance and cognitive process interact to produce outcome? Psychotherapy Research, 22(1), 82-94.
- Høstmælingen, A. (2010). Hvordan kan prinsipperklæringen bidra til å kvalitetssikre psykologisk praksis? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47, 930-936.
- Kazentzis, N., Deane, F. P. & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. Clinical Psychology: Science and Practice, 7, 189-202.
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2013). Fellesfaktorer: ingen kur for alt. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 50, 263-234.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapies. I: J.C. Norcross & M.R. Goldfried (red.), Handbook of Psychotherapy Integration (s. 94-129). New York: Basic Books.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (1997). The escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice. New York: W.W. Norton & Company.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. Psychotherapy, 48(1), 98-102.

- Ryum, T., Stiles, T. C. & Vogel, P. A. (2009). Kvaliteten på tidlig terapeutisk allianse som prediktor for behandlingseffekt ved depresjon og angst. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 46, 651-657.
- Smith, M., Glass, G. & Miller, T. (1980). *Benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sprenkle, D. H. & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- Tilden, T., Hoffart, A., Sexton, H., Finset, A. & Gude, T. (2011). The role of specific and common process variables in residential couple therapy. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 10, 262-278.
- Tilden, T., Håland, Å.T., Hunnes, K., Lærum, K., Finset, A. & Gude, T. (2010). Internett-basert tilbakemelding i par- og familieterapi: Erfaringer med empiriinformert terapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 1115-1118.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873.
- Wampold, B. E. (2011). Qualities and actions of effective therapists. APA (American Psychological Association): DVD. Intervju.
- Wampold, B. E. & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address: The relationship - and its relationship to the common and specific factors of psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623.
- Williams, A. C. d. D. (2002). Facial expression of pain: An evolutionary account. *Behavioral and Brain Science*, 25, 438-488.
- Wollburg, E. & Braukhaus, C. (2010). Goal getting in psychotherapy: The relevance of approach and avoidance goals for treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 20, 488-494.