

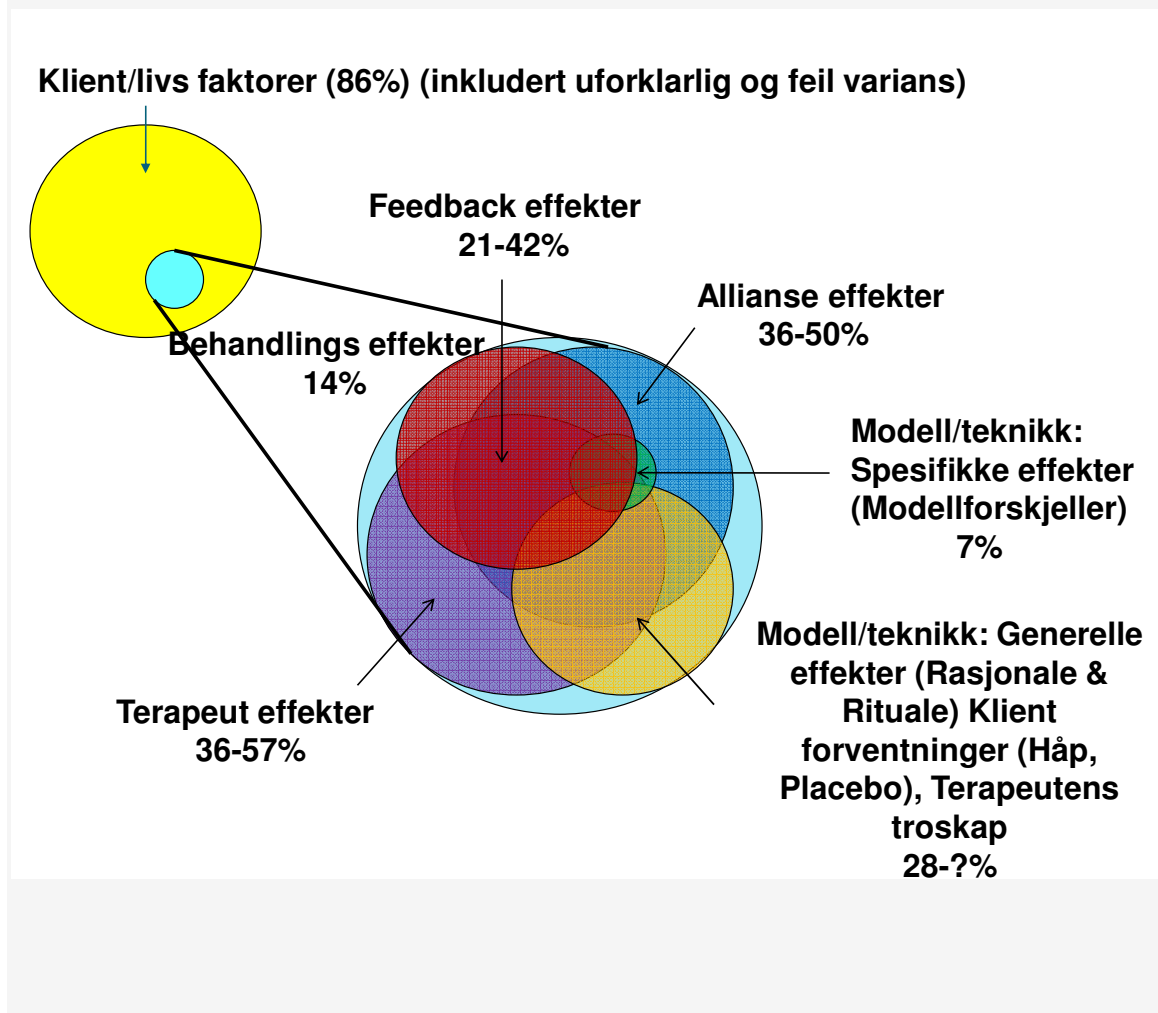
# Hjerte og sjel i endring: Å bli bedre på det vi gjør.

Barry Duncan

Norsk oversettelse: Psykolog Morten Anker, PhD

For å bli en dyktig psykoterapeut, synes det å være en rådende oppfatning at man må være godt bevandret i ulike evidensbaserte behandlinger (EBT), eller i de terapimodellene som gjennom randomiserte kliniske studier (RCT) har vist å være effektive for ulike "lidelser". Tanken bak er å lage psykologiske intervensjoner idiotsikre, hvor mennesker – klient og terapeut – i utgangspunktet er irrelevante (Duncan, 2010). Sett i gang og diagnostiser, utfør den foreskrevne behandlingen og "Voila", kuren eller symptomlette er garantert. Imidlertid strider terapistudier mot denne medisinske måten å tenke på innen EBT, fordi selve behandlingen forklarer så lite av variansen i resultatet. Klienten og terapeuten og deres relasjon forklarer så mye mer av resultatene som oppnås. Det er de faktorene som er felles for alle psykoterapier som faktisk viser seg å ha størst betydning.

Figur1:Fellesfaktorene



### ***Fellesfaktorene.***

For å forstå fellesfaktorene, er det nødvendig å skille den delen av variansen som kan tilskrives selve psykoterapien (se figur 1) fra faktorer som kan tilskrives klienten eller klientens livssituasjon. Videre variabler som ikke kan knyttes til selve behandlingsmodellen og som er særegne for den spesifikke klient og de forholdene i livssituasjon som bidrar til bedring, uavhengig av deltakelse i terapi (Lambert, 2013). Dette vil si alle de forhold som klienten bringer med seg inn som ikke har noe med oss å gjøre. Når en beregner ut fra en effektstørrelse (ES) på 0,80 som terapi ofte blir beregnet å ha, er andelen av resultatet som tilskrives selve behandlingen (14 %) illustrert med den lille sirkelen integrert i den større sirkelen nederst på høyre side av venstre sirkel. Variansen som kan tilskrives klientfaktorer (86%), da inkludert uforklarlig og feil varians, er illustrert med den store sirkelen til venstre. Selv med et raskt blikk ser vi den uforholdsmessige store innflytelse klienten bringer med seg inn i terapien. Klienten er med andre ord motoren i endringen (Bohart & Tallman, 2010).

Videre illustrerer figur 1, med den andre store sirkelen, overlappende faktorer som skaper 14% av variansen som kan tilskrives terapien. Visuelt er forholdet mellom fellesfaktorene mer nøyaktig representert med et venn-diagram, hvor overlappende sirkler og skyggelegging illustrerer gjensidig og innbyrdes påvirkning.

### ***Terapeut effekter***

Terapeuteffekter representerer den delen av variansen som tilskrives terapeuten og hvem denne er, og ikke hvilke modeller som blir praktisert. Det er ikke overraskende at begge deltakerne i det terapeutiske arbeidet kan tilskrives hovedandelen av hvordan endring skjer. Nyere studier indikerer at 5-8 % av den totale variansen kan tilskrives terapeuteffekten (Baldwin & Imel, 2013) eller med andre ord 36-57 % av variansen som tilskrives behandlingen. Omfanget av variansen som tilskrives terapeutfaktorer er omtrent fem til åtte ganger større enn for modellforskjeller.

Hva som konkret skiller de beste terapeutene fra resten, finnes det lite forskning på, til tross for at vi vet at noen terapeuter er bedre enn andre. Demografi (kjønn, etnisitet, utdanning og erfaring) ser ikke ut til å bety noe særlig, og selv om en rekke mellommenneskelige variabler hos terapeuten synes å være intuitivt viktige, finnes det ikke mye empirisk støtte som kan vise til noen bestemte kvaliteter eller egenskaper (Baldwin & Imel, 2013). Så hva har betydning? Det finnes et par faktorer som er sannsynlige, og en faktor som kan fastslåes med sikkerhet.

En sannsynlig faktor er å rekruttere klientens styrker og resiliens, dette basert på bakgrunn av variansen som kan tilskrives klienten/ klientens liv. Gassman og Grawe (2006) fant at de terapeutene som brukte mer tid på det de kalte "ressursaktivering" enn "problemaktivering" fikk bedre resultater. En annen sannsynlig faktor er erfaring, men ikke den generelle erfaringen som vi ofte antok skulle gjøre oss bedre. Nyere studier tyder på at spesifikke erfaringer med bestemte populasjoner eller "tilstander" kan føre til bedre resultater (Kraus, D., Castonguay, L., Boswell, J., Nordberg, S., & Hayes, J. (2011). En faktor er helt sikker: Klientens opplevelse av alliansen. Alliansen er ikke bare en robust prediktor for behandlingsresultater, men kanskje også den beste måten å forstå terapeutforskjeller på. Forskingen er overbevisende. Klienter som blir behandlet av terapeuter som i gjennomsnitt har en høyere alliansen, får bedre resultater (Crits - Christoph et al. 2013). Svaret på spørsmålet om hvorfor noen terapeuter er bedre enn andre, er med andre ord så enkelt som det som ofte blir tatt for gitt, altså vår gamle venn, den terapeutiske alliansen.

### **Alliansen**

Forskere finner igjen og igjen at en positiv alliansen, et mellommenneskelig samarbeid mellom klient og terapeut for å oppnå klientens mål (Bordin, 1979), er en av de beste prediktorene for resultatet. Horvath, Del Re, Fluckinger og Symonds (2011) gikk gjennom 201 studier og fant sammenhengen mellom alliansen og resultatet til å være  $r = 0,28$ , noe som forklarer 7,5% av den totale variansen eller 36-50 % av variansen som er knyttet til behandlingen. Den delen av behandlingsresultat som tilskrives alliansen, er derfor omtrent fem til syv ganger (innbefattet andre studier) så stor som en bestemt modell eller teknikk.

Vi har alle klienter som raskt responderer på oss og det vi gjør. Men hva med de personene som er pålagt behandling av domstolene eller barnevernet, eller som rett og slett ikke ønsker å være der (som nesten alle barn)? Hva med de menneskene som aldri har vært i et godt forhold eller har blitt misbrukt eller traumatisert? Hva med de personene som livet bare aldri synes å gi en pause? Vel, terapeutens jobb, vår jobb, er uansett nøyaktig den samme. Hvis vi ønsker at noe bra skal skje, så hviler alt på en sterk alliansen, vi må engasjere klienten i et målrettet arbeid. Forskingen på hva som skiller terapeuter, så vel som min personlige erfaring, tyder på at evnen til å skape allianser med mennesker som ikke er lett å danne allianser med, samt engasjere mennesker som ikke ønsker å bli engasjert, skiller de beste fra resten.

### **Modell / Teknikk: Generelle effekter (Forklaringer og Ritualer), Klient Forventninger (Håp, Placebo), og Terapeutens troskap.**

Intervensjonsmodeller/terapiteknikker er egenskaper som anses å være unike og spesifikke for en gitt behandling. Disse spesifikke faktorer, virkningene av forskjeller mellom behandlinger, er svært liten. Disse forskjellene forklarer bare 1% av den totale variansen eller 7% av de forhold som kan tilskrives behandlingen. De **generelle effekter** av å utføre en behandling er derimot langt mer potent.

Intervensjonsmodeller oppnår sine effekter, i stor grad, om ikke fullstendig, gjennom aktivering av placebo, håp og forventning, kombinert med terapeutens tro på den behandlingen som utføres. Så lenge behandlingen virker fornuftig, er akseptert og fremmer et aktivt engasjement av klienten, er den bestemte tilnærming som brukes uviktig.

### **Feedback effekter**

Forskningen på terapeutiske fellesfaktorer gir noen generelle retningslinjer for å fremheve de delene som har vist seg å ha størst innflytelse for å oppnå positive resultater. De mer konkrete retningslinjene kan bare trekkes ut fra klientens respons på det vi leverer, klientens tilbakemeldinger om fremgang i terapi og kvaliteten på alliansen. Selv om det kan virke for godt til å være sant, det å identifisere klienter som ikke drar nytte av behandlingen, er det viktigste en terapeut kan gjøre for å forbedre resultatene. Sammen med Lamberts Outcome Questionnaire System (Lambert & Shimokawa, 2011) og vårt eget Partnerskap for endring, styringssystem for resultathåndtering (PCOMS, Duncan, 2012), finner vi ni RCT som underbygger denne påstanden. En nylig meta-analyse av PCOMS studier (Lambert & Shimokawa, 2011) viser at feedbackgruppen hadde 3,5 høyere odds for å oppnå reliabel endring, og mindre enn halvparten av sannsynligheten for å oppnå forverring. I tillegg gjør det å innhente resultat og alliansefeedback fra klienter det mulig systematisk å følge egen terapeututvikling, slik at verken klientens utbytte eller din vekst som terapeut over tid blir overlatt til ønsketenkning. Besøk internettsiden <https://heartandsoulofchange.com> for mer informasjon (Feedbackskjemaene er gratis for personlig bruk og tilgjengelig på 23 språk). PCOMS er registrert av Substance Abuse and Mental Health Administration (SAMSHA) som en evidensbasert praksis. Dette er noe annet enn det som vanligvis regnes som evidensbasert praksis, fordi tilbakemeldingene er a-teoretiske og derfor kan brukes som et tillegg til enhver terapeutisk tilnærming, og kan brukes med klienter i alle diagnostiske grupper (Duncan, 2012).

Når en ser på Figur 1, så viser den at feedback overlapper og påvirker alle faktorer. Det er båndet som binder dem sammen, slik at de andre fellesfaktorene kan leveres en klient om gangen. Å bruke systematiske tilbakemeldinger er en levende, kontinuerlig prosess som i et samarbeid engasjerer klientene i en monitorering av resultatet, øker håp for endring, for å tilpasse klientens preferanser, maksimerer potensialet for terapeut - klient alliansen og brukermedvirkning, og er i seg selv en sentral del i terapeutisk endring.

Jeg ble nylig spurt (Kottler & Carlson, 2014) hva det er med det jeg gjør, og hvem jeg er, som hovedsakelig har gjort mitt arbeid effektivt (forutsatt at det er det). Det jeg gjør som er det viktigste bidraget til min effektivitet, er at jeg rutinemessig måler resultat og alliansen via PCOMS. Det koker ned til å identifisere klienter som ikke responderer på min terapeutiske «business as usual» og at jeg adresserer den manglene fremgang på en positiv, proaktiv måte som holder klientene engasjert mens vi sammen søker nye retninger.

Det er det jeg gjør, men det jeg bringer til det terapeutiske arbeidet er at jeg er en sann troende. Jeg tror på kraften i relasjonen og på psykoterapi som et redskap for endring, og jeg tror på meg selv, min evne til å være nærværende, fullstendig fordypet i klienten, og dedikert til å gjøre en forskjell. Oddsene for endring når du kombinerer en ressurssterk klient, en sterk allianse, og en autentisk terapeut som bringer ham/henne selv til scenen, er vel verdt å satse på, i hvert fall gir det grunn til håp, og er grunnen til min urokkelige tro på psykoterapi som en helbredende virksomhet.

## Referanser

- Baldwin, S. A., & Imel, Z. (2013). Therapist effects. In M. J. Lambert (Ed). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (6th ed., pp. 258–297). New York, NY: Wiley.
- Bohart, A., & Tallman, K. (2010). Clients: The neglected common factor. In B. Duncan, S. Miller, B.Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 83-12). Washington DC: American Psychological Association Press.

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Duncan, B. (2010). *On becoming a better therapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B. (2012). The partners for change outcome management system (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology*, 53, 93-104.
- Gassman, D., & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1–11.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Kottler, J., & Carlson, J. (2014) *Becoming a master therapist*. New York: Wiley.
- Kraus, D., Castonguay, L., Boswell, J., Nordberg, S., & Hayes, J. (2011). Therapist effectiveness. *Psychotherapy Research*, 21, 267-276.
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 169–218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M.J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72-79.

- 1) Prosentene må betraktes som en til nå fornuftig måte å forstå variansen i utfallet på, men ikke noe som viser til endelige sannheter. Dette er meta-analytiske anslag over hva den enkelte faktor bidrar til for utfallet. På grunn av overlapping mellom felles faktorene, vil prosentandelene for de ulike faktorene totalt ikke bli 100%.