

Marie Lie Falkenberg

Fellesfaktorer i familieterapi

En litteraturstudie av hva som bidrar til terapeutisk endring

**Masteroppgave i familiebehandling
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag
2016**

Sammendrag

Familieterapi har utviklet seg i ulike retninger, eller skoler, hvor fokuset ligger på ulike intervensjoner eller teknikker, samt på ulike perspektiver på hvordan det definerte problemet oppstår, opprettholdes og løses. Videre har evidensbevegelsen ført til interesse for å studere effekten av ulike behandlingsmodeller. Forskning i psykoterapi og familieterapi viser imidlertid at det er lite forskjell i effekt når ulike behandlingsmetoder sammenlignes. Dette har ført til interesse for å studere de faktorene som bidrar til terapeutisk endring som ikke kan forklares av behandlingsmetoden. Dette er faktorer som ulike metoder og retninger har til felles, og omtales som fellesfaktorer. Fellesfaktorer er generelle forhold ved terapi og terapeutiske endringsmekanismer som ulike behandlingsmodeller har til felles, og som er knyttet til vellykkede resultater i terapien. I psykoterapi har det blitt forsket mye på fellesfaktorer i terapi. Dette er blant annet klientfaktorer, terapeutfaktorer og terapeutisk allianse. I familieterapi har det vært lite forskning på fellesfaktorer i terapi. Tidlig fellesfaktorforskning i familieterapi er kritisert for kun å liste opp en rekke faktorer, uten å gjøre det anvendelig i praksis. Hensikten med denne oppgaven er å få en utvidet forståelse av hva som er fellesfaktorer i familieterapi, og hvordan disse aspektene ved terapi bidrar til terapeutisk endring. Problemstillingen i denne oppgaven er: *Hva kan kvalitativ forskning i familieterapi fortelle oss om hva som bidrar til terapeutisk endring, sett fra et fellesfaktorperspektiv?* Det er brukt litteraturstudie som metode, og grunnlaget for analysen er seks empiriske artikler fra fem studier med kvalitativt forskningsdesign. Resultatene i studiene viser at generelle forhold ved terapi spiller en viktig rolle for terapeutisk endring. I studiene blir det særlig lagt vekt på håp og motivasjon hos klienten og den terapeutiske relasjonen mellom klienten og terapeuten. Videre er terapeuten sentral for hvorvidt terapi er vellykket eller ikke, og studiene peker på ulike karakteristikk og ferdigheter hos terapeuten som er med på å bidra til at terapien blir vellykket. I tillegg til disse generelle forholdene ved terapi, peker alle studiene på viktigheten av intervensjoner og teknikker. Ulike terapeutiske modeller i familieterapi har enkelte teknikker og intervensjoner som har samme endringsmekanisme, selv om selve teknikkene og intervensjonene formuleres forskjellig. Dette er for eksempel å se problemer i en relasjonell kontekst eller å endre dysfunksjonelle relasjonelle mønstre. I oppgaven drøftes det hvilken betydning en fellesfaktortilnærming får for forskning, praksis og utdanning/veiledning, og konkluderes med at et fokus på disse forholdene ved terapi, fortjener større oppmerksomhet, på lik linje med kunnskapen om ulike modeller og retninger i familieterapi.

Abstract

Family therapy has evolved through different treatment models, or schools within therapy, with emphasis on different techniques and interventions, and how the defined problem should be understood and solved. Moreover the evidence based movement has led to an interest in studying the effects of different treatment models. Research in psychotherapy and family therapy, however, shows that there is little difference in outcome when different treatment models are compared. This has led to an interest in studying other factors responsible for therapeutic change that are not related to the treatment model. Common factors are general aspects of therapy and therapeutic change mechanisms that transcend various models and are related to successful outcomes. In psychotherapy a great deal of research has studied common factors. These include client factors, therapist factors and therapeutic alliance. In family therapy research, there has been less interest in studying common factors. Early family therapy research on common factors, is criticized for only making a list of factors, without giving guidance for clinical practice. The purpose of this thesis is to get a deeper understanding of common factors in family therapy, and how these aspects of therapy leads to therapeutic change. The research question in this thesis is: *What can qualitative research in family therapy from a common factor perspective, tell us about what contributes to therapeutic change?* The method used is literature review and the basis for the analysis is six empirical articles based on five studies with qualitative research design. The results of the studies show that the general aspects of therapy play an important role in therapeutic change. Hope and motivation of the client, and the therapeutic relationship between client and therapist is emphasized. Furthermore, the qualities of the therapist are central to whether therapy is successful or not, and the studies points at different characteristics and skills of the therapist that plays a part in making therapy successful. In addition to these general conditions of therapy, all five studies points at the importance of interventions and techniques. Different therapeutic models in family therapy have certain techniques and interventions that have the same change mechanism, even though the actual techniques and interventions are formulated differently. This is for example to conceptualize problems in a relational context or changing dysfunctional relational patterns. In this thesis I discuss the implication of a common factor approach for research, practice and training/supervision, and conclude that a focus on these issues in therapy deserves a greater attention, alongside the knowledge of different treatment models and schools of family therapy.

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag
Oslo 2016

Forord

Bakgrunnen for valget av temaet var et ønske om å få mer kunnskap om hva som bidrar til terapeutisk endring i terapi. Det er jo det terapi i bunn og grunn handler om, at klientene opplever nytte av terapien. Jeg ønsket å bruke prosessen med masteroppgaven til å utvikle meg selv som terapeut. I arbeidet med masteroppgaven har jeg erfart at forskning i familierapi kan være høyst praksisnært- og relevant. Forskningsartiklene jeg valgte til litteraturstudiet har gitt meg ny innsikt som jeg kan ha nytte av forhold til den praksisen jeg nå skal ut i. Forskning trenger hverken å være kjedelig, eller vanskelig å forstå, som jeg kanskje trodde på forhånd.

Underveis i arbeidet har jeg fått god hjelp og støtte. Takk til Læringscenteret P35, for veiledning på litteratursøk, og rask og god tilbakemelding på e-post når jeg ikke fant de artiklene jeg trengte. Takk til Bennedichte C. R. Olsen og Oddbjørg Skjær Ulvik for god veiledning, og takk til Michael Helge Rønnestad for tips til litteratur. Takk til mamma Kathrine Lie, pappa Erik Falkenberg og min venninne Jin Fosli, som har lest igjennom oppgaven min. Takk til min samboer, Karl Anthon H Eknes, som ikke en eneste gang har kommentert alt rotet som har vært i leiligheten når har kommet hjem fra jobb. Og ikke minst, takk til lille Lea Victoria, født underveis i arbeidet med masteroppgaven, og som med et godt sovehjerte, har sovet seg igjennom mammas arbeid med masteroppgaven på formiddagen.

Det som gjenstår nå, når oppgaven er ferdig skrevet og innlevert, er å prøve å overføre all denne kunnskapen til praksis. Forhåpentligvis er ikke dette bare en oppgave som er ferdig skrevet, men en prosess som har gjort meg til en bedre terapeut.

Oslo, Mai 2016

Innhold

1. Innledning	8
1.1 Tema	8
1.2 Problemstilling	9
1.3 Avgrensing og definisjon av begreper.....	10
1.4 Oppgavens oppbygging	11
2. Min faglige bakgrunn	12
3. Metode	13
3.1 Litteraturstudie	13
3.2 Søkene	14
3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.4 Artikler som er inkludert i litteraturstudiet.....	15
3.5 Analyse.....	16
3.6 Litteraturstudiens utfordringer	17
4. Familieterapi	18
4.1 Historisk bakgrunn	18
5. Terapiforskning – et bredere forskningsfokus	19
5.1 Evidensbasert praksis i psykoterapi	19
5.1.1 Randomiserte kontrollerte studier (RCT).....	20
5.1.2 Evidensbasert praksis i psykologi	21
5.1.3 Prosessstudier	22
5.2 Forskning innen familieterapi	23
5.3 Et bredere forskningsfokus – fellesfaktorer i terapi	24
5.3.1 Ideen om fellesfaktorer blir brakt på banen.....	24
5.3.2 Forskning som sammenligner effekten av ulike metoder.....	26
5.3.3 Lambert’s modell over virksomme faktorer i terapi.....	28
5.4 Fellesfaktordebatten – mot en moderat forståelse av fellesfaktorer	29
6. Hva bidrar til terapeutisk endring i familieterapi? - litteraturstudiens resultater	30
6.1 Presentasjon av studiene.....	31

6.1.1 Studie 1: Common factors across theories of marriage and family therapy: A modified delphi study (Blow og Sprenkle 2001).....	31
6.1.2 Studie 2: What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part 1: Model-dependent common factors across three models (Piercy og Davis 2007a). part 2: model-independent common factors and an integrative framework. (Piercy og Davis 2007b)	31
6.1.3 Studie 3: Clients perceptions of the therapeutic process: A Common factors Approach (Ward, Linville og Rosen 2007).....	32
6.1.4 Studie 4: Change process in couple therapy: an intensive case analysis of one couple using a common factors lens (Blow, Morrison, Tamaren, Wright, Schaafsma og Nadaud 2009).	33
6.1.5 Studie 5: Moving up the continuum of hope: developing a theory of hope and understanding its influence in couples therapy. (Ward og Wampler 2010).....	33
6.2 Klientfaktorer	34
6.2.1 Hendelser i livet til klientene og kontekstuelle forhold.....	35
6.3 Motivasjon og håp.....	36
6.4 Terapeutfaktorer	39
6.4.1 Vil egenskaper hos terapeuten påvirke utfall av terapi?.....	39
6.4.2 Karakteristikk hos terapeuten – funn i litteraturstudien	40
6.5 Terapeutisk allianse og relasjonen mellom terapeut og klienter	42
6.5.1 Utvidet terapeutisk allianse	43
6.5.2 Funn i litteraturstudien	44
6.6 Intervensjoner og teknikker.....	47
6.6.1 Relasjonell konseptualisering.....	48
6.6.2 Endring av dysfunksjonelle relasjonelle mønstre.....	49
6.6.3 Redefinering av problemet - ”reframing”	50
6.6.4 Arbeid med følelser	51
6.6.5 Oppsummering	51
6.7 Hvordan er forholdet mellom fellesfaktorene?.....	52
7. Drøfting og avslutning.....	54
7.1 Hva kan kvalitativ forskning i familierapi fortelle oss om hva som bidrar til terapeutisk endring, sett fra et fellesfaktorperspektiv?	54

7.2 Implikasjoner for forskning.....	55
7.3 Hvilken betydning har et fellesfaktorperspektiv for terapeutisk praksis?	57
7.3.1 Samarbeid med klienten	57
7.3.2 Å vende blikket utenfor terapirommet	58
7.3.3 Både- og tilnærming, ikke enten- eller	58
7.4 Konsekvenser for utdanning og veiledning	60
7.5 Avsluttende notat.....	61
Litteraturliste.....	63

1. Innledning

1.1 Tema

Følgende spørsmål danner bakteppet for denne oppgaven; hva er virksomme faktorer i terapi? hvordan kan vi utføre terapi slik at klientene opplever en positiv endring? Og i kappløpet om hva som er den beste behandlingen, har det kommet noen vinnere?

(They) were placed along the course, here and there. There was no "One, two, three and away", but they began running when they liked, and left off when they liked, so that it was not easy to know when the race was over. (...) At last the Dodo said, "EVERYBODY has won, and all must have prizes".

(Lewis Carroll – fra Alice's adventures in wonderland)

I dag finnes det flere hundre forskjellige former for psykoterapi, og det utføres stadig nye studier for å demonstrere en behandlingsmodells suverenitet ovenfor andre.

For 80 år siden publiserte psykologen Paul Rosenzweig (1936) en, på den tiden, kontroversiell artikkel. Der foreslo han at det er elementer som er felles for ulike terapiformer som utgjør de virksomme faktorene i terapi, og at det derfor har liten betydning hvilken behandlingsmetode en bruker i det terapeutiske arbeidet. Metaforen "everybody has won, and all must have prizes" som Rosenzweig brukte i innledningen til artikkelen, står som et frampek på det som forskning senere skulle bekrefte. At alle behandlingsmetoder er effektfulle, og at det er få forskjeller på effekt når de sammenlignes.

Familieterapien har sine røtter i ulike retninger, eller terapiformer. De ulike retningene har vært opptatt av å definere seg som forskjellig fra hverandre når det kommer til hva som bidrar til terapeutisk endring. De ulike formene for familieterapi har forskjellige svar på hvordan problemer skal forstås, hvorfor de blir opprettholdt og hvordan de kan løses. Selv om de fleste familieterapeuter i dag integrerer elementer fra forskjellige metoder i sin terapeutiske praksis, er det fortsatt et stort fokus på ulike retninger og metoder i utdanninger, og forskning i familieterapi. Dette gjør at andre forhold ved terapiprosessen ikke har fått like stor oppmerksomhet. Forskingen i familieterapi handler i hovedsak om hvilke metoder som er best egnet for ulike diagnoser eller problemområder. Dette gjenspeiler ikke de utfordringene som klinikere møter i hverdagen.

Når fokus ligger på ulike behandlingsmetoder, er det legitimt å spørre om det er selve behandlingsmetodene som fører til terapeutisk endring. Det Rosenzweig foreslo i 1936, støtter nyere forskning nå opp om. Ulike terapiformers felles elementer som klientfaktorer, terapeutfaktorer og den terapeutiske alliansen forklarer en stor del av utfallet i terapi. Dette omtales som fellesfaktorer. I det en ble opptatt av disse forholdene ved terapi, startet en slags protestbevegelse mot det store fokuset på behandlingsmetoder. Klienten, terapeuten og alliansen, ble løftet fram som det som førte til terapeutisk endring, og behandlingsmetode ble nærmest sett på som uviktig. I en moderat fellesfaktortilnærming vil en imidlertid vektlegge at selve metoden en bruker i terapien er en viktig del av det som fører til endring. Nå er det ikke lenger et spørsmål om det er de spesifikke metodene eller fellestrekk ved terapiformene som fører til terapeutisk endring, men en både- og holdning.

Mesteparten av forskningen på fellesfaktorer i terapi, er knyttet opp mot individualterapi. Fram til 2004 var det et fåtall studier i familieterapi som undersøkte fellesfaktorer. Disse handlet stort sett om forslag til antatte faktorer i familieterapi, en oversikt over faktorene i individualterapi og en oppfordring om mer forskning på fellesfaktorer i familieterapi (Davis og Piercy 2007). Sexton, Ridley og Kleiner (2004) etterlyser en tydeligere definisjon av begrepene, og en kontekstualisering av faktorene i en klinisk prosess, slik at de kan gi retningslinjer til praksis. De påpeker at fellesfaktorer er nødvendige, men ikke tilstrekkelige ingredienser i modeller for terapeutisk endring.

Med dette som bakgrunn ønsker jeg å studere publisert litteratur på området, for å se om forskning i familieterapi kan tydeliggjøre det som defineres som fellesfaktorer. Dette kan bidra til en utdypet forståelse av hva det er ved klienten, terapeuten og den terapeutiske relasjonen som fører til en terapeutisk endring. Jeg ønsker også å se på forskning som studerer *hvordan* denne endringen skjer. Å få et innblikk i hvordan endring skjer i vellykkete terapiforløp, gir økt innsikt i hvordan terapi kan utføres på best mulig måte.

1.2 Problemstilling

Hva kan kvalitativ forskning i familieterapi fortelle oss om hva som bidrar til terapeutisk endring, sett fra et fellesfaktorperspektiv?

Jeg bruker litteraturstudie som metode, og dataene mine består av seks empiriske artikler i tillegg til annen støttelitteratur. I psykoterapifeltet har det en stund nå vært forsket på fellesfaktorer i terapi, men innen familierapi er forskningen fortsatt i startfasen. Mye er antakelig felles for familierapi og individualterapi, men enkelte forhold vil se annerledes ut i familierapi. Et eksempel er den terapeutiske alliansen. I individualterapi er den terapeutiske alliansen en allianse mellom to personer. Den terapeutiske alliansen er definert av Bordin (1979) som; enighet om mål og oppgaver i behandlingen, og et emosjonelt bånd basert på trygghet og tillitt. I familierapi har behandlingen som utgangspunkt at det som defineres som problemet blir satt i en relasjonell kontekst. Det direkte behandlingssystemet blir derfor utvidet, slik at andre betydningsfulle personer blir inkludert i behandlingen. Dette medfører at den terapeutiske alliansen blir utvidet. Det er ikke lenger en allianse mellom to personer; behandler og klient, men en allianse mellom flere mennesker, og gjerne også to terapeuter. Det er slett ikke sikkert at hele familien er enige om hva som er målet med behandlingen, eller hvilke oppgaver som skal gjøres i terapien, og det blir derfor en større utfordring å skulle skape en god terapeutisk allianse i familierapi.

Økt kunnskap om hvilke aspekter i familierapi som bidrar til terapeutisk endring fra et fellesfaktorperspektiv, kan gi et bidrag i forhold til hva man bør fokusere på i den terapeutiske praksisen, og i utdannelsen av familierapeuter. Dette er kunnskap som kan komplementere kunnskapen som allerede er på feltet, når det gjelder de ulike retningene innen familierapi. Målet med oppgaven er å bidra med en kunnskapsutvikling på feltet og berøre et tema som ikke tidligere er omtalt i stor grad. Jeg ser på det som viktig å trekke frem dette perspektivet på terapi som et tillegg til det metodeorienterte. Ikke fordi det er en motsetning mellom disse to, men fordi ulike behandlingsmetoder og retninger kanskje har fått et større fokus i feltet enn andre perspektiver på endring. Jeg ønsker med oppgaven å bidra til et økt fokus på forhold ved klienten, terapeutrollen, den terapeutiske alliansen og på hvordan en kan bidra til å gi økt håp hos klienten.

1.3 Avgrensning og definisjon av begreper

I oppgaven skiller jeg mellom psykoterapi og familierapi. Psykoterapi er et generelt begrep for bruken av psykologiske metoder i behandlingen av psykiske lidelser og problemer. Begrepet inkluderer en rekke forskjellige behandlingsformer som kognitiv terapi,

psykodynamisk terapi, psykoanalyse, atferdsterapi, leketerapi og familierapi.¹ Jeg har valgt å avgrense oppgaven til fellesfaktorer i familierapi. Individualterapi og familierapi står som to forskjellige retninger innen psykoterapi, men det er også aktuelt å drøfte hvor store forskjellene egentlig er, og hva man kan lære av hverandre.

Det er mange måter å definere *terapeutisk endring* på. Jeg legger en bred forståelse av begrepet til grunn i oppgaven. Terapeutisk endring kan handle om at klientene opplever en bedring i forhold til det som var årsaken til at de startet med terapi.

Et sentralt begrep i oppgaven er begrepet *fellesfaktorer*. Med dette menes hva ulike terapiformer har til felles som gjør dem like suksessfulle, altså faktorer ved terapi, uavhengig av metode som har en terapeutisk effekt (Rosenzweig 1936). Når jeg gikk igjennom litteraturen til oppgaven, så jeg at begrepet fellesfaktorer både ble brukt som en definisjon på hva ulike retninger har til felles som fører til terapeutisk effekt, men også som en betegnelse på et perspektiv eller en tilnærming til terapi. På engelsk brukes begrepene ”common factors perspective” og ”common factors approach”. Et perspektiv er den rammen man ser noe ut ifra. Når jeg bruker begrepet fellesfaktorperspektiv i oppgaven, innebærer det å se på hva som bidrar til terapeutisk endring med et bredere forskningsfokus enn hvordan en terapeutisk metode fører til endring. Et fellesfaktorperspektiv innebærer å se etter virksomme faktorer som er felles for de ulike retningene eller metodene, slik som klientfaktorer, terapeutfaktorer, terapeutisk allianse og teknikker/intervensjoner.

1.4 Oppgavens oppbygging

Jeg starter oppgaven med å skrive litt om min faglige bakgrunn, og bakgrunnen for valg av tema for masteroppgaven. Deretter kommer et metodekapittel hvor jeg presenterer hvilken metode jeg har brukt for å få svar på problemstillingen min, hvordan jeg har samlet inn data og hvilke inklusjons- og eksklusjonskriterier jeg har valgt. Jeg vil også kort gi en liten innføring i den historiske bakgrunnen for at familierapi oppstod som et eget felt.

Fordi temaet for oppgaven min har sin opprinnelse i psykoterapi vil jeg, før jeg beveger meg inn på fellesfaktorer i familierapi, først gi en generell innføring til temaet. Jeg vil kort skrive om forståelser av evidensbasert praksis, som har stor påvirkning på forskningsfeltet i dag, og

¹<https://snl.no/psykoterapi> (30.01.2015)

jeg vil skrive litt om forskningens posisjon i familierapi. Deretter vil jeg presentere et bredere forskningsfokus i terapi, hvor jeg skriver om den historiske bakgrunnen for at en begynte å forske på fellesfaktorer i terapi. Denne delen vil omhandle psykoterapi generelt.

Deretter kommer hoveddelen i oppgaven, hvor jeg beskriver hva et utvalg av kvalitative studier i familierapi forteller oss om hva som bidrar til terapeutisk endring. Dette kapittelet er litteraturstudiens resultater. I analysen av artiklene mine kom jeg fram til følgende hovedtemaer: klientfaktorer, håp og motivasjon, terapeutfaktorer, terapeutisk allianse, og intervensjoner/teknikker. Jeg vil også kort trekke frem hvordan disse fellesfaktorene forholder seg til hverandre. I drøftningsdelen drøfter jeg hvilke implikasjoner et fellesfaktorperspektiv på endring får for forskning, terapeutisk praksis, og utdanning og veiledning.

2. Min faglige bakgrunn

Mitt faglige ståsted vil i noen grad påvirke de valgene jeg tar underveis i oppgaven. Det vil også påvirke hvordan jeg leser og tolker litteraturen jeg går igjennom. Jeg vil derfor redegjøre for min faglige bakgrunn.

Jeg er utdannet sosionom og har deretter studert rådgivning og spesialpedagogikk. I jobben jeg hadde da jeg begynte på studiet, arbeidet jeg med tilrettelegging og koordinering av tjenester til barn med nedsatt funksjonsevne. Interessen for familiearbeid gjorde at jeg begynte å studere master i familiebehandling på Høgskolen i Oslo. I jobbsammenheng og igjennom sosionomstudiet har helhetsperspektivet vært viktig for meg, og dette har blitt forsterket igjennom studiet i familiebehandling. I jobbsammenheng, et foredrag av Frid Hansen ved Borgestadklinikken uttalte hun at mennesker har sammensatte problemer, men møter et fragmentert hjelpeapparat. Jeg ser at dette ofte stemmer med den praksisen jeg av og til møter igjennom jobb. Desto mer takknemlig er jeg for å ha hatt en jobb hvor jeg kunne koordinere tjenester til familier og sørge for et helhetlig tjenestetilbud. Jeg ser gang på gang at møtet med utsatte familier innebærer problematiske forhold på flere områder, og hos flere av familiemedlemmene. Tilrettelegging av tjenester for et barn med en funksjonshemning må sees i sammenheng med de sosiokulturelle forholdene familien lever under fordi dette i såpass stor grad påvirker foreldrene i den omsorgen de gir. Økonomiske bekymringer, dårlige boforhold, manglende norskkunnskaper, sykdom hos foreldrene, alt dette skaper bekymringer som også er en del av hverdagen til familien. Tiltak spesifikt rettet mot barnet uten at man ser

den komplekse situasjonen familien lever i, vil bare delvis hjelpe familien. Den biopsykososiale modellen (Engel 1977) som vi har fått innblikk i igjennom studiet i familiebehandling, har vært et viktig teoretisk holdepunkt for meg. Samtidig preger den medisinske modellen, med diagnosesystemene, i stor grad realiteten vi må forholde oss til i praksis.

Jeg ble opptatt av temaet for masteroppgaven etter å ha lest boken *I fellesskap for endring* av Barry Duncan og Jaqueline Sparks (2008). Den var på pensum i masterstudiet og representerte for meg en litt annen tilnærming til terapi enn den litteraturen jeg tidligere hadde lest. I boken ble det presentert en modell for hvilke faktorer i terapi som gir effekt (Lambert 1992). Denne modellen vil jeg presentere senere i oppgaven, men kort fortalt trekker den frem forhold ved klienten selv, og relasjonen mellom terapeut og klient som de viktigste faktorene for at terapi skal lykkes. Dette ble presentert som en annen vinkling til terapi enn det som blir presentert gjennom teori om ulike retninger i familierapi og behandlingsmodeller. For meg åpnet modellen til Lambert opp for å inkludere helhetsperspektivet i den familierapeutiske praksisen, hvor også faktorer utenfor terapirummet, i klientenes liv, får en viktig plass i terapiforløpet. Etter å ha lest boken til Barry Duncan og Jaqueline Sparks fikk jeg lyst til og utforske temaet nærmere.

3. Metode

3.1 Litteraturstudie

Jeg har valgt å bruke litteraturstudie som metode for å svare på problemstillingen min. Fem studier er inkludert i min analyse (se kap 3.4). En litteraturstudie fanger opp empirisk kunnskap som allerede eksisterer på feltet. Jesson, Matheson og Lacey (2011) skiller mellom tradisjonell og systematisk litteraturstudie. En systematisk litteraturstudie skal være objektiv, og bruker en standardisert, strukturert og protokollstyrt metode. Den inkluderer all relevant litteratur innenfor et avgrenset område. Fremgangsmåten skal kunne dokumenteres. En tradisjonell litteraturstudie tillater mer fleksibilitet og gir mulighet for og utforske en idé. Målet er å få en bred forståelse og beskrivelse av et felt. Søkemetoden er mer utforskende enn det strukturerte litteratursøket i en systematisk litteraturstudie, og tillater at en følger ledetråder fra en studie til en annen. Validitetsvurderingen av studiene er basert på forfatterens mening. En tradisjonell litteraturstudie egner seg som bakgrunn for et

forskningsprosjekt eller som metode på en masteroppgave (Matheson og Lacey 2011,105). I denne oppgaven er det elementer fra en tradisjonell litteraturstudie jeg bruker. En utfordring ved tradisjonell litteraturstudie er at denne i større grad er subjektiv enn en systematisk litteraturstudie. Den kan derfor kritiseres for å være ikke-vitenskapelig. Metodekapittelet vil imidlertid være med på å gjøre det tydelig på hvilket grunnlag utvalget av studier og analysen er gjort, slik at det blir lettere å vurdere relevansen av funnene.

3.2 Søkene

For å finne litteratur til masteroppgaven har jeg benyttet meg av ulike søkemetoder. Jeg leste først noen bøker hvor temaet fellesfaktorer i terapi blir nevnt. Ut i fra disse så jeg i referanselistene hvilke publikasjoner som ble hyppig sitert. Disse publikasjonene dannet utgangspunktet for utforskningen av hva fellesfaktorer er, og hvorfor begrepet har oppstått. En sentral kilde i starten av arbeidet mitt var boka ”*Common factors in couple and family therapy*” av Douglas H. Sprenkle, Sean D. Davis og Jay L. Lebow (2009).

Jeg har også gjort søk i litteraturl databaser. De databasene jeg i hovedsak har brukt er Oria og Academic search premier. Jeg har også gjort noen søk på ProQuest og Google Scholar. I starten av prosessen fikk jeg veiledning i søkeprosedyrer på læringscenteret på Høgskolen i Oslo og Akershus. Jeg har gjort flere søk i perioden desember 2014 til april 2016, og brukt mange forskjellige kombinasjoner av søkeord. Hyppigst brukt var ”common factors” kombinert med ”family therapy” OR ”couples therapy”. Jeg fikk få treff på samme søk på norsk.

Av treffene på søkene i databasene valgte jeg ut relevante artikler som kunne bidra til å svare på problemstillingen min. I referanselisten i disse artiklene så jeg også andre artikler som kunne være aktuelle å inkludere.

Jeg gikk igjennom innholdsfortegnelsen på alle numrene av tidsskriftet, ”Fokus på familien”, fra 2002 og frem til i dag for å se etter flere artikler. Jeg fant også noe bakgrunnsmateriale her. Ved gjennomgang av pensum i master i familiebehandling fant jeg også litteratur som kunne knyttes til problemstillingen min.

De relevante artiklene førte jeg opp i en lesematrise for å få en oversikt over stoffet. I alle artiklene noterte jeg ned formål, problemstilling, design, utvalg, datainnsamlingsmetode,

resultater, konklusjon og nye spørsmål, anvendelse i praksis og svakheter ved studiene. Lesematriksen ble til slutt ganske omfattende, så en forenklet versjon er lagt ved i kapittel 3.4.

3.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Artiklene jeg har inkludert i selve analysen, omhandler familierapi og parterapi. Dette er utgangspunktet for oppgaven min, da det er forskning i familierapi jeg ønsker å studere. Parterapi er inkludert fordi artikler kun i familierapi ville gitt for få treff og fordi det er flere likheter enn forskjeller mellom par- og familierapi.

Et annet inklusjonskriterium var at artiklene skulle ha et bredere forskningsfokus enn å forske på effekten av en terapeutisk metode. De skulle ha fellesfaktorperspektivet som teoretisk bakgrunn. Det vil si at de skulle studere faktorer som er felles for ulike terapeutiske retninger eller terapimodeller. Forskningsartikler som omhandlet hvorvidt en metode kunne vise til effekt, ble derfor ekskludert. Jeg inkluderte studier som hadde som formål å beskrive *hva* som fører til endring eller oppleves som nyttig i terapi, og *hvordan* dette skjer.

I takt med at problemstillingen min ble endret og spisset underveis, har det vært nødvendig å revurdere hvilke artikler som skulle inkluderes. Dette henger sammen med en bredere forståelse av temaet underveis i arbeidet. De artiklene jeg stod igjen med til slutt var derfor langt færre enn de jeg startet ut med. Men, å fordype seg i færre artikler gav også en mye bredere forståelse at det temaet jeg ville undersøke. I utgangspunktet hadde jeg også med kvantitative studier. Disse ble etter hvert ekskludert fordi det ble vanskelig å sammenligne studiene, samt at de kvalitative studiene var bedre egnet til å svare på problemstillingen min. En av artiklene jeg har inkludert kombinerer kvalitative og kvantitative metoder.

3.4 Artikler som er inkludert i litteraturstudiet

Etter å ha gjennomgått aktuelle artikler etter inklusjons- og eksklusjonskriterier, endte jeg opp med seks artikler som var relevante for problemstillingen min. Se tabell under. To av artiklene er fra samme studie. Jeg har også brukt mye annen litteratur som støttelitteratur.

Forfatter	Tittel	Publisert	Formål	Forsknings design
Blow, Adrian J. og Douglas H. Sprenkle.	Common factors across theories of marriage and family therapy: A modified delphi study.	2001 Journal of Marital and family therapy	Å identifisere kjerneingredienser i familierapi-modeller med mål å lage mer "parsimonious"/ (forenklet teoretisk forklaring på) og effektive behandlinger	Delphi-studie, Spørreskjema og kvalitativt intervju
Davis, Sean D. og Fred P. Piercy	What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part 1: Model-dependent common factors across three models.	2007 Journal of Marital and family therapy	Å undersøke om det er fellesfaktorer på tvers av 3 forskjellige familie- og parterapiformer: Emosjonsfokuset terapi, kognitiv atferdsterapi og Internal Family Systems Therapy. Del 1 fokuserer på modellavhengige faktorer	Kvalitativt intervju, Modifisert Grounded theory i analyse
Davis, Sean D. og Fred P. Piercy.	What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part 2: Model-independent common factors and an integrative framework.	2007 Journal of Marital and family therapy	Å undersøke om det er fellesfaktorer på tvers av 3 forskjellige familie- og parterapiformer: Emosjonsfokuset terapi, kognitiv atferdsterapi og Internal Family Systems Therapy. Del 2 fokuserer på modelluavhengige faktorer	Kvalitativ studie, intervju, Modifisert Grounded theory i analyse
Ward R. Michelle, Deanna C. Linville og Karen H. Rosen.	Clients perceptions of the therapeutic process.	2007 Journal of Couple & Relationship therapy	Å utforske klienters perspektiv på hva som var nyttig i deres terapeutiske erfaring.	Kvantitativ studie (spørreundersøkelse og kvalitativ studie (intervju))
Blow, Adrian J. Nancy C. Morrison, Karen Tamaren, Kristin Wright, Melanie Schaafsma og Alison Nadaud	Change processes in couple therapy; an intensive case analysis of one couple using a common factors lens.	2009 Journal of Marital and family therapy	Å forstå hvordan par oppnår endring i terapi uten å foreskrive en spesifikk type teori i det kliniske arbeidet. Sett fra klientperspektivet, terapeutperspektivet og forskerteamet.	Caseanalyse, Spørreskjema, video Intervjuer
Ward, David B. og Karen S. Wampler	Moving up the continuum of hope: developing a theory of hope and understanding its influence in couples therapy.	2010 Journal of marital and family therapy	Å definere håp som konsept, og identifisere prosessen i terapirommet som skaper håp.	Kvalitativt intervju, Grounded theory analyse

3.5 Analyse

Resultatene er analysert tematisk etter hovedtemaer som er beskrevet i artiklene. Aveyard (2014,143) beskriver tematisk analyse som en fremgangsmåte som best egner seg for

litteraturstudier for studenter. Dette gir også muligheten til å kombinere empiriske studier med ulikt forskningsdesign, og både kvalitative og kvantitative studier.

Jeg leste først igjennom alle artiklene. En av studiene (studien til Davis og Piercy 2007 a og b) framstod som spesielt nyttig på grunn av omfanget og kvaliteten på studien. Jeg fant den også referert i flere bøker og artikler. Denne artikkelen fungerte som en referanseramme for de andre artiklene i arbeidet mitt. Deretter leste jeg artiklene flere ganger og sorterte funnene i alle artiklene etter tema. Hovedtemaene som jeg kom fram til i oppgaven, var i hovedsak temaer som artiklene selv presenterte, med noe justering fra meg. Temaene var i stor grad sammenfallende, selv om studiene presenterte ulike resultater innenfor de aktuelle temaene. Årsaken til at temaene var like, kan være fordi alle artiklene har brukt en fellesfaktortilnærming som bakgrunn for utvikling av metode og analyse. Slik sett kan en også tenke seg at resultatene kan ha blitt påvirket av forskernes teoretiske referanseramme.

3.6 Litteraturstudiens utfordringer

Litteraturstudien omhandler et bredt tema, noe som har gjort det utfordrende å gjøre søk på artikler. Dersom jeg hadde valgt å skrive om bare terapeutisk allianse, hadde søkene blitt mer begrenset. Jeg ønsket imidlertid å inkludere flere faktorer som bidrar til terapeutisk endring, og utforske fellesfaktorer som en helhet, fremfor å gå i dybden på en. Fordi det har vært krevende å gjøre søk, kan det være relevante artikler som jeg ikke har fått med. På grunn av tidsperspektivet for innlevering av masteroppgaven, ble det også nødvendig å stoppe på et punkt, og ikke inkludere ny litteratur i analysen.

En annen utfordring ved denne litteraturstudien er å kunne generalisere på bakgrunn av de empiriske artiklene. De studiene jeg har inkludert i analysen er kvalitative. Dette betyr at de ikke sier noe om noen generell årsakssammenheng mellom de ulike faktorene og terapeutisk utfall, men de sier noe om hva som oppleves som nyttig for terapeutene og klientene som har deltatt i studiene. Å undersøke en årsakssammenheng krever andre forskningsdesign. Det er derfor en viss usikkerhet hvorvidt funnene er generaliserbare til familierapi generelt. Det er likevel en styrke at det er mange likheter i resultatene i studiene. Dette kan indikere at det er aspekter ved resultatene i litteraturstudien som kan gjelde i familierapi generelt.

Studiene undersøker den terapeutiske prosessen fra ulike perspektiver; klientperspektivet, terapeutperspektivet og perspektivet til observatører. Dette kan gi forskjellige resultater. Det

er ikke sikkert at det terapeutene mener er viktig, er det samme som klientene oppfatter som nyttig. Noen av studiene inkluderer både perspektivet til klienter og terapeuter.

4. Familieterapi

Fordi denne oppgaven handler om familieterapi vil det som en bakgrunn for resten av oppgaven, gis et lite innblikk i hva familieterapi er, og bakgrunnen for at dette oppstod som et eget felt.

4.1 Historisk bakgrunn

Familieterapi oppstod som en egen disiplin mellom 1950 og 1960, i en protest mot den daværende forståelsen av psykiske problemer som uttrykk for indre konflikter i enkeltindivider (Johnsen og Torsteinsson 2012, 15). Noen terapeuter opplevde en utilstrekkelighet ved behandling av enkelte pasientgrupper, som barn eller voksne med alvorlige diagnoser som anoreksi og schizofreni. Behandlingen gav ikke ønskede resultater, og det ble behov for å endre måten man arbeidet med disse pasientgruppene på. Det var et behov for å utvikle nye terapeutiske intervensjoner. Utviklingen tok retning av at en gikk bort fra den psykodynamiske forståelsen med vekt på indre konflikter, og fikk mer fokus på relasjoner med andre (Johnsen og Torsteinsson 2012, 25). Hvordan problemer forstås, hvorfor de blir opprettholdt og hvordan de løses, ses på i et relasjonelt perspektiv i familieterapi. I samtalene blir betydningsfulle andre inkludert. I familieterapi er systemisk tenkning sentralt. Et *system* kan forstås som deler som organiseres som en helhet, og hvor systemet er mer enn summen av delene. I familieterapi betyr dette at familien er mer enn bare en samling individer, man ser på hele familien som et system. En kan ikke se et familiemedlems problemer løsrevet fra den sammenhengen det oppstår i, som familien og konteksten individet lever i. En vil se på hvordan familien som system opprettholder sin organisering og hvordan det kan endres. Dette kan innebære at familien er i et fastlåst mønster som fører til at problemet blir opprettholdt. Å endre dette samspeillet eller mønsteret blir derfor viktig for å løse det som defineres som problemet.

Videre er sirkularitet et viktig begrep i familieterapi. Sirkularitet beskrives som en handling A som leder til handling B, som fører til handling C, som igjen kan forsterke handling A, og så videre. Dette forklarer de mønstrene som skjer innen en familie (Johnsen og Torsteinsson 2012, 27-29). Dette står i motsetning til en årsaks- virkning forståelse av problemer, som både

blir en forenkling av det som familier strever med, og kanskje også kan være en av årsakene til at de negative interaksjonsmønstrene oppstår.

Etter en kort periode med felles opprør mot den daværende lineære forståelsen i psykoterapi, ble det utviklet forskjellige retninger innen familierterapi. I USA på 1970-tallet var de ulike retningene knyttet til egne institutter med karismatiske grunnleggere, hvor de rendyrket en metode. Dersom man studerte familierterapi på den tiden var det én metode man lærte. Etter hvert som familierterapi vokste, ble undervisningen lagt til universiteter. Da ble studentene undervist i alle de ulike metodene, men fortsatt var fokuset på forskjeller, heller enn likheter (Karam 2016,88). De ulike retningene i familierterapi forholder seg ulikt til spørsmålene om hvordan problemer forstås, hvorfor de blir opprettholdt og hvordan de løses. (Johnsen og Torsteinsson 2012, 15). Hovedretningene det ofte vises til i utdanninger Norge er strukturell terapi, systemisk terapi (Milanoskolen), språkssystemisk terapi, strategisk og løsningsfokuseret terapi og narrativ terapi (Johnsen og Torsteinsson 2012). I dag er det ikke mange som utfører en rendyrket metode innen familierterapi, men de fleste terapeuter bruker en integrativ tilnærming (Lebow 1997). Dette innebærer at elementer fra ulike modeller fra terapi brukes i praksisen. Det skapes en bro mellom de ulike konseptene og intervensjonene i de ulike familierapeutiske retningene.

5. Terapiforskning – et bredere forskningsfokus

For å forstå hvorfor fellesfaktorer i terapi ikke har fått så mye oppmerksomhet sammenlignet med ulike terapiformer, vil det gis en kort beskrivelse av evidensbasert praksis, som preger både forskning og praksis innen psykoterapifeltet i dag. Det vil også kort beskrives hvilken posisjon forskning har i familierterapi.

5.1 Evidensbasert praksis i psykoterapi

Hvordan vi forstår begrepet evidensbasert praksis har betydning for rammebetingelsene for profesjonell praksis, for fokus i utdanninger, og for forskningsbevilgninger (Rønnestad 2009,39). Uttrykket evidensbasert praksis har sin opprinnelse i medisin, og har etter hvert blitt overført til andre fagområder, blant annet psykoterapi. Begrepet ofte forstått som en praksis som skal være vitenskapelig forankret. En ”mainstream” forståelse av evidensbasert praksis innebærer et syn på at det er forskning som danner kunnskapsgrunnlaget for profesjonell

praksis. Dette innebærer at annen type kunnskap innen psykisk helse kan stå i fare for å bli sett på som ugyldig (Rønnestad 2012,161).

5.1.1 Randomiserte kontrollerte studier (RCT)

Gullstandarden i evidensbasert forskning er randomiserte kontrollerte studier (RCT). I slike forsøk har en plukket ut en tilfeldig valgt gruppe mennesker som blir utsatt for et medikament eller en behandling, og en kontrollgruppe som får placebopille, behandling som vanlig eller ingen behandling. En vil da sammenligne effekten i de ulike gruppene. Denne typen forskning benyttes mye i medisin, men har også fått innpass i samfunnsfagene, blant annet innen psykoterapi og familieterapi (Grimen 2008). Dette medfører et par utfordringer. I RCT-design er det et krav om en presisjon i behandlingen for å sikre at alle får lik behandling.

Terapiformene blir derfor manualisert. Dette kan imidlertid sjelden gi noen presisjon i behandlingen, både fordi terapi innebærer at klientene må *fortolke* det som skjer i behandlingen og fordi selve interaksjonen i terapi er uforutsigbar. Et annet krav i RCT er at forskningsobjektene skal være homogene. Dette vil vanskelig la seg gjøre i psykoterapiforskning. For selv om klienter har samme diagnose, vil de kunne være svært forskjellige i forhold som er avgjørende for behandlingsresultatet (Rønnestad 2012).

Debattene innenfor evidensbasert praksis er mange. Det diskuteres om randomiserte kontrollerte studier (RCT) tatt fra medisinen skal ha en særstilling i å bestemme hva som er evidensbasert kunnskap, og om behandlingsformer kan manualiseres. Debatter foregår mellom de som mener at det er uetisk og ikke tilby den behandlingen som viser til best effekt for en spesifikk lidelse, og de som mener at RCT, ikke kan overføres til psykologifaget, og at bruken av behandlingsmanualer gjør at klientenes preferanser ikke blir tatt hensyn til.

Flere historiske forhold danner bakgrunnen for utvikling av evidensbasert praksis, noen av disse vil trekkes fram her. Det ene er helse- og sosiallovgivningen – særlig i USA. Legemidlet Thalidomid som fra 1954 ble brukt som smertestillende og beroligende middel, og kvalmestillende middel til gravide, viste seg å kunne føre til misdannelser hos fostre. Dette førte til en innskjerping av kravene til godkjenning av medikamenter, etterfulgt av en lovgivning som medførte at RCT ble innført for godkjenning av medisiner. På 1970- og 1980-tallet var det store omlegginger i helsetjenestene i USA, med den hensikt å redusere kostnader og tilby trygge og effektive behandlinger. ”Managed care” bidro til å standardisere og effektivisere behandlinger innen somatisk medisin. Videre ble det et press på å utvide

tenkningen til mental helse, og behandlingsmetoder skulle dokumenteres med forskning utført med eksperimentell design. Flere andre forhold har hatt påvirkning på det som benevnes som evidensbasert praksis, blant annet så har den offentlige styringsmodellen New Public Management bidratt til resultatorientering og økt administrativ kontroll innenfor helsesektoren (Rønnestad 2012, 163-165).

Per Jensen (2009) beskriver overføringen av tankemåten i den medisinske evidensbaserte forskningen til psykoterapifeltet som en virkningsdiskurs. En diskurs kan forstås som en rådende tenkemåte, eller begreper og måter å snakke om virkeligheten på innenfor et fagfelt. I virkningsdiskursen ligger det en oppfatning om at for å forstå terapi, så må vi forstå hva det er som virker. Den rådende forståelsen er at for å finne løsningen på det problematiske, må en finne den riktige ”medisinen” eller intervensjon. Når man spør hva som virker i terapi, så er det en metode eller intervensjon en leter etter (Jensen 2009).

Evidenshierarkier benyttes som et hjelpemiddel for å vurdere hvilken forskning som er best egnet til å svare på kliniske spørsmål. Øverst kommer ”gullstandarden” RCT. Kvalitative studier får ofte ikke plass i evidenshierarkier. Hvilken forskning som er best egnet til å svare på kliniske spørsmål, avhenger imidlertid av hvilke spørsmål som stilles (Rønnestad 2012,172). Dersom de mest virksomme faktorer i terapi er forhold hos klienten, terapeuten og den terapeutiske alliansen, er ikke spørsmålet ”virker denne behandlingsmetoden?” godt egnet for å utvikle den terapeutiske praksisen. At RCT-design regnes som gullstandarden, og er det som genererer forskningsmidler, kan medføre at andre betydningsfulle spørsmål i terapi får mindre oppmerksomhet i forskning, fordi de krever andre forskningstilnærminger.

5.1.2 Evidensbasert praksis i psykologi

Nyere definisjoner av evidensbasert praksis åpner opp for en mer utvidet forståelse av begrepet. APA-komiteen, den amerikanske psykologforeningen formulerte i 2005 en definisjon av evidensbasert praksis, i en rapport som også Norsk psykologforening har sluttet seg til (Rønnestad 2008). De definerer evidensbasert praksis som ”integrasjonen av den beste tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise, i kontekst av pasientenes egenskaper, kultur og preferanser” (Levant 2005 i Rønnestad 2008). Definisjonen innebærer at ikke bare forskning skal danne utgangspunkt for profesjonell praksis, men også terapeutenes erfaring, og begge disse i lys av klientens preferanser. I rapporten blir det skrevet at forskning støtter at både behandlingsmetoder, terapeuten, klienten og relasjonen mellom disse er bidragsyttere i

vellykket psykologisk praksis, derfor skal alle disse forholdene vurderes i en forståelse av evidensbasert praksis. Videre blir den ”beste tilgjengelige forskning” beskrevet med et større bredde i forskningstilnæringer enn tidligere forståelser av evidensbasert praksis, hvor randomiserte kontrollerte studier (RCT) ble vektlagt. Blant flere andre forskningstilnæringer, blir klinisk observasjon (kasusstudier) og kvalitative studier trukket fram rapporten (Levant 2005 i Rønnestad 2008). Dette er forskningsmetoder som blir brukt i de studiene som er plukket ut for å belyse problemstillingen i denne oppgaven.

5.1.3 Prosesstudier

Kvalitative studier er egnet til å innhente kunnskap om prosesser i psykoterapi. Formålet med prosesstudier er å lære mer om den terapeutiske prosessen, ikke bare å evaluere terapi i forhold til utfall. Det gir en mulighet til å fange opp både klientenes, og terapeutenes perspektiv på hva som er nyttig i terapi. Prosesforskning kan hjelpe oss og skille mellom ulike terapeutiske tilnæringer, men også å studere fellestrekk i de ulike retningene, som for eksempel den terapeutiske alliansen (Dallos og Draper 2010,230).

En annen type forskning som kan gi kunnskap om hvilke faktorer som fører til terapeutisk endring i psykoterapi er prosess-utfallsforskning. Prosess-utfallsforskning gir kunnskap om psykoterapiprosesser samt effekten, eller utfallet av disse. Orlinsky, Rønnestad og Willutzki (2004) har gjort en analyse av prosess-utfallsforskningen som er gjort mellom 1993 og 2002. Prosess-utfallsforskning har hatt en stor økning de siste tiårene. Studier av den terapeutiske alliansen påvirkning på utfall har fått særlig stor oppmerksomhet, med sterke bevis for en relasjon mellom den terapeutiske alliansen og utfall for terapi (Orlinsky mfl 2004).

En psykologisk forståelse av begrepet evidensbasert praksis, hvor forskning og klinisk ekspertise skal sees i rammen av klientens preferanser, blir et argument for å se på andre virksomme faktorer ved terapi enn selve behandlingsmetoden. Når dette skal undersøkes, er det nødvendig med et bredt spekter av forskningsmetoder, kvalitative studier så vel som ”gullstandarden” – RCT. Forskningen må dessuten ikke få forrang foran andre typer kunnskap, som terapeutens erfaring og kunnskapen en innhenter fra hver enkelt klient. Alt dette skal sees på som ”gyldig” kunnskap når evidensbasert praksis skal utformes.

5.2 Forskning innen familierterapi

Familierterapi er et relativt ungt fagfelt, sammenlignet med psykodynamisk og behavioristisk individualterapi (Hårtveit og Jensen 2004, 236). Derav er også forskningstradisjonen på feltet mye kortere. I tillegg har familierterapien vokst fram som et alternativ til etablert psykologi og psykiatri, og vært kritisk til det kunnskapssynet som disse vitenskapene har bygget på (Solem, Tilden og Thuen 2008). Det var først i 70-80-årene vi fikk en mer omfattende familierapiforskning i England og USA (Nichols & Schwartz, sitert fra Jensen 2006,95). Forskning har generelt sett ikke fått stor oppmerksomhet i det familierapeutiske behandlingsmiljøet i Norge (Jensen 2006, Solem, Tilden og Thuen 2008).

Solem mfl. (2008) argumenterer for at familierapien, som tradisjonelt sett har markert seg ved å ta avstand fra, og representere et alternativ til kunnskapsynet som psykiatrien og medisinen bygger på, bør la forskning bli en integrert del av praksisen. Mulighetene dette gir er for det første å tilfredsstille det økende kravet fra myndighetene til å dokumentere om den kunnskapen vi bruker er virksom for dem vi skal hjelpe. For det andre vil forskningen gi økt kunnskap, og gi bedre begrunnede valg av intervensjonsformer, slik at det blir mer nyttig behandling for den det gjelder.

Også i familierapi har evidensbasert praksis fått sitt gjennomslag, og dette har ført til at det i større grad enn tidligere har blitt innført evidensbaserte metoder i behandlingen. Det har bidratt til utviklingen av evidensbaserte familierapimetoder som Multisystemisk Terapi (MST) og Parent Management Training (PMTO) (Sundet 2015, 8). I en gjennomgang av par- og familierapiforskning det siste tiåret (Sexton, Datchi, Evans, Lafollette og Wright 2013), vises det at hovedfokuset på forskning ligger på utfall av manualbaserte metoder for spesifikke diagnoser eller kliniske problemområder. Dette gjelder spesielt innenfor familierapi. Det blir gitt lite oppmerksomhet på relasjonelle og kliniske endringsmekanismer, og det er få systematiske studier som omhandler fellesfaktorer. En utfordring i par- og familierapiforskning er at, selv om forskningen har god metodologisk kvalitet, har mye av forskningen et snevert fokus ved at den forsker på spesifikke metoder for spesifikke vansker. Forskningen er ikke representativ for de sammensatte problemområdene som man møter i kliniske settinger, og de mer generelle tilnærmingene og individuelle teknikkene som ofte brukes i klinisk praksis (Sexton mfl 2013, 627). Derfor kan kanskje forklaringen på hvorfor familierapiforskningen ikke har fått så stor oppmerksomhet i

behandlingsmiljøet, være fordi forskningen ikke fanger opp de problemstillingene man møter i praksis. Forskningen kan oppfattes som unyttig, eller vanskelig tilgjengelig for klinikere.

Det eksisterer mye forskning som kan fortelle at en behandlingsmetode virker, men vi vet fortsatt lite om *hvorfor* en metode virker, og *hva* det er som fører til terapeutisk endring. Når det kommer til hva som fører til terapeutisk endring, vil man innenfor en ”evidensbevegelse” være opptatt av spørsmålet: Hvilken behandlingsmetode er best egnet for hvilken psykisk lidelse? Dette er en del av virkningsdiskursen som råder i terapifeltet (Jensen 2009). I denne oppgaven stilles det et annet spørsmål; Hva er det i terapi, uavhengig av behandlingsmetode, som bidrar til terapeutisk endring?

5.3 Et bredere forskningsfokus – fellesfaktorer i terapi

Bakgrunnen for å innføre forskning på fellesfaktorer i terapi, oppstod ved det Sprenkle mfl (2009) kaller et fremvoksende paradigmeskifte innen psykoterapi, hvor det rådende paradigmet innen psykoterapi blir forstått som manualbasert-, eller evidensbasert behandling som baserer seg på en medisinsk modell.

5.3.1 Ideen om fellesfaktorer blir brakt på banen

Selv om begrepet fellesfaktorer sees på som et relativt nytt begrep innen psykoterapi, kan ideene tilskrives noen årtier tilbake. Den første som brukte begrepet fellesfaktorer var Paul Rosenzweig, som i 1936 publiserte en artikkel om fellesfaktorer i terapi. Han foreslo at effekten av psykoterapi er fra de ulike metodenes felles elementer, og ikke det spesifikke ved metodene. Han la mye vekt på terapeutfaktorer. Rosenzweig konkluderte med at hvis en har en terapeut som har en personlighet som gjør at han er en effektiv terapeut, og han i behandlingen bruker et sett av behandlingsformer som han mestrer og som er tilpasset til klienten, så har det liten betydning hvilken metode terapeuten bruker. Videre foreslo han at terapeuter bør ha et repertoar av forskjellige metoder å bruke etter behov, og at man i større grad bør diskutere samspillet mellom personlighetene til klienten og terapeuten, og vurdere når de aktuelle personlighetene ikke best passer sammen (Rosenzweig 1936, 414-415). Artikkelen skapte debatt da den kom ut, da det på den tiden var et kontroversielt bidrag i psykoterapifeltet. I et intervju med Rosenzweig i 2000 ble han spurt hva reaksjonen på artikkelen var da den kom ut. Han fortalte at en kollega av han kom inn på kontoret med tidsskriftet i hånden og sa ”*fools rush in, where angels fear to tread*”. Dette oppsummerte mange av reaksjonene på artikkelen (Duncan 2010, 16).

Flere forskere har bygget videre på de tankene Rosenzweig presenterte, og mye forskning har i senere tid støttet opp om hans tanker. Selv om Saul Rosenzweig var den første til å beskrive fellesfaktorer, er Jerome Frank mer kjent for å ha brakt temaet på banen. Han har også kommet med et langt større litterært bidrag. I 1961 gav han ut en egen bok om temaet; *Persuasion and Healing*, fulgt av en rekke andre utgivelser i årene som kom. Frank identifiserte fire funksjoner som var til stede i alle effektive terapiformer:

1. en emosjonelt ladet, trygg relasjon med en hjelpeperson
2. en terapeutisk setting
3. et rasjonelt begrepsapparat som gir en plausibel forklaring på klientens symptomer, og foreskriver et ritual eller prosedyre for å løse dem
4. et ritual eller en prosedyre som krever aktiv deltagelse av både klient og terapeut, og som begge har tro på at er det rette middelet for å gjenopprette klientens helse (Frank 1961 i Duncan 2010,7, Frank og Frank 1991 i Duncan 2010,7).

Disse funksjonene blir referert til som en kontekstuell modell for terapi, og som et alternativ til den medisinske modellen hvor en tenker at løsningen på sykdommen ligger i de teknikkene eller modellene for terapi en bruker (Wampold 2001,24). I en kontekstuell modell for terapi som beskrevet av Jerome Frank, inkluderes den terapeutiske relasjonen i hva som er viktig i terapi. Det beskrives en viktighet både av å ha en rasjonell forklaring på hvorfor symptomene har oppstått, samt intervensjoner eller en prosedyre i terapi. Men, i en kontekstuell modell ligger ikke fokuset på hva som er den beste metoden, eller den riktige forklaringen på klientens vansker, men at klienten og terapeuten har *troen* på at det de gjør fører til terapeutisk endring.

En annen som også har påvirket forståelsen av at fellesfaktorer i terapi utgjør viktige ingredienser i terapeutisk endring, er Carl Rogers. Carl Rogers er kjent for sin retning innen terapi; personsentrert psykoterapi. Riktignok er dette en spesifikk metode for behandling, men den omfatter også et viktig bidrag til fellesfaktorertilnærningen. I en artikkel fra 1957 presenterer Rogers seks avgjørende forhold for at terapi skal gi effekt. Han presiserte selv at dette ikke kun er aktuelt for hans egen retning; personsentrert terapi, men at det er generelle faktorer som gjelder for alle typer terapi hvor det skal skje en konstruktiv endring i personlighet. Han nevner følgende forhold:

1. Det må være et terapeutisk forhold mellom to mennesker.
2. Klienten må være i en tilstand av inkongruens, en sårbarhet for angst.
3. Terapeuten må være kongruent, altså ekte eller genuin, og ikke stille seg bak en fasade.
4. Terapeuten må vise ubetinget positiv aktelse for alle forhold ved klienten.
5. Terapeuten må kunne forholde seg empatisk til klientens indre referanseramme, og kunne kommunisere dette til klienten.
6. Klienten må oppfatte terapeutens empati og ubetingede positive aktelse.

Carl Rogers mente at dette var nødvendige og tilstrekkelige forhold som måtte være tilstede for å kunne få til en terapeutisk endring. Når det gjelder teknikker innen ulike metoder mente han at disse var uviktige, med unntak av at de fungerer som kanaler for forholdene som nevnt over. Formålet med disse seks forholdene var, i følge Rogers, å kunne hjelpe terapeuter til og kritisk reflektere over hvilke elementer av deres erfaring, holdninger og atferd som er essensielle for terapi, og hvilke som ikke er essensielle, eller til og med skadelig for terapi (Rogers 1957).

Ganske tidlig ble det altså foreslått at selve behandlingsmetoden ikke er det viktigste når det kommer til terapeutisk endring, og at det ikke utgjør noen stor forskjell hvilken behandlingsmetode en bruker i arbeidet. Dette ble senere støttet opp med forskning som sammenligner effekten av ulike metoder innen psykoterapi.

5.3.2 Forskning som sammenligner effekten av ulike metoder

I 1975 gjorde Luborsky, Singer og Luborsky en gjennomgang av forskning, hvor de analyserte virkningen av ulike behandlingsformer. De kom fram til at alle behandlingsformer i gjennomsnitt hadde samme effekt, og at de hos tre av fire klienter hadde en betydelig positiv effekt. Dette ble kalt ”Dodo-dommen”, inspirert av sitatet fra Alice i eventyrland som Rosenzweig først brukte; ”everybody has won and all must have prizes”. Alle behandlingsformene viste positive resultater, og på generell basis kunne det konkluderes med at psykoterapi virker. Luborsky og kollegaene konkluderte med at essensen av behandling ikke ligger i de spesifikke metodene i de ulike modellene, men i fellesfaktorer som er grunnleggende i all god behandling. Artikkelen var utgangspunkt for mye debatt i årene etter den kom ut, og den har blitt kritisert av forskningsmiljøer som forsker på spesifikke metoder.

Det eksiterer imidlertid også nyere forskning som støtter funnene som ble gjort i 1975 (Sprenkle mfl. 2009:23).

Wampold, Mondin, Moody, Stich, Benson og Ahn (1997) utførte en metaanalyse for å teste ”Dodo-dommen”, hypotesen om at det ikke er noen forskjell i effekt når ulike terapiformer sammenlignes. De analyserte nesten 300 studier, publisert i årene mellom 1970 og 1995. Deres analyse støttet denne hypotesen og de fant at effekten var omtrentlig lik på de ulike terapiformene.

I 2014 kom en metaanalyse av studier publisert mellom 1996 og 2012, som sammenligner behandlingsformer (Marcus, O’Connell, Norris og Sawaqdeh. 2014). Denne inkluderer derfor studier som ikke ble med i metaanalysen til Wampold mfl i 1997. Resultatene fra metastudien var ikke entydige. De fant evidens for forskjell i utfall ved avsluttet behandling når det gjaldt symptomene eller problemene som var direkte målet for behandling. Der viste kognitiv atferdsterapi seg å være noe mer effektiv enn alternative behandlinger. Studien viste imidlertid lite evidens for forskjell i behandlingsformer når det kom til generell livskvalitet og underliggende årsaker til problemet ved avsluttet behandling og ved oppfølging. Forskerne foreslår en både- og- holdning når det kommer til om fokus i utdanning av klinikere bør ligge på spesifikke metoder eller generelle fellesfaktorer. Hvis noen diagnoser krever en spesifikk behandlingsform (f. eks kognitiv atferdsterapi ved panikktilfeller), og andre vil respondere like godt på ulike intervensjoner, bør behandlere være fleksible og i stand til å vurdere når spesifikke teknikker er fordelaktige, og når generelle forhold ved terapi er viktigst. De konkluderer med at selv om det vil være uansvarlig og ikke tilby en spesifikk behandling når pasienter søker hjelp til spesifikke symptomer som det finnes evidensbaserte metoder for, vil den spesifikke behandlingsmanualen i de fleste tilfeller ikke ha noen stor innvirkning på utfallet av terapien. Dette vil vise seg spesielt i månedene som følger etter at terapien er avsluttet. Disse konklusjonene er like de som ble gjort av Luborsky Singer og Luborsky mfl i 1975 (Marcus mfl 2014).

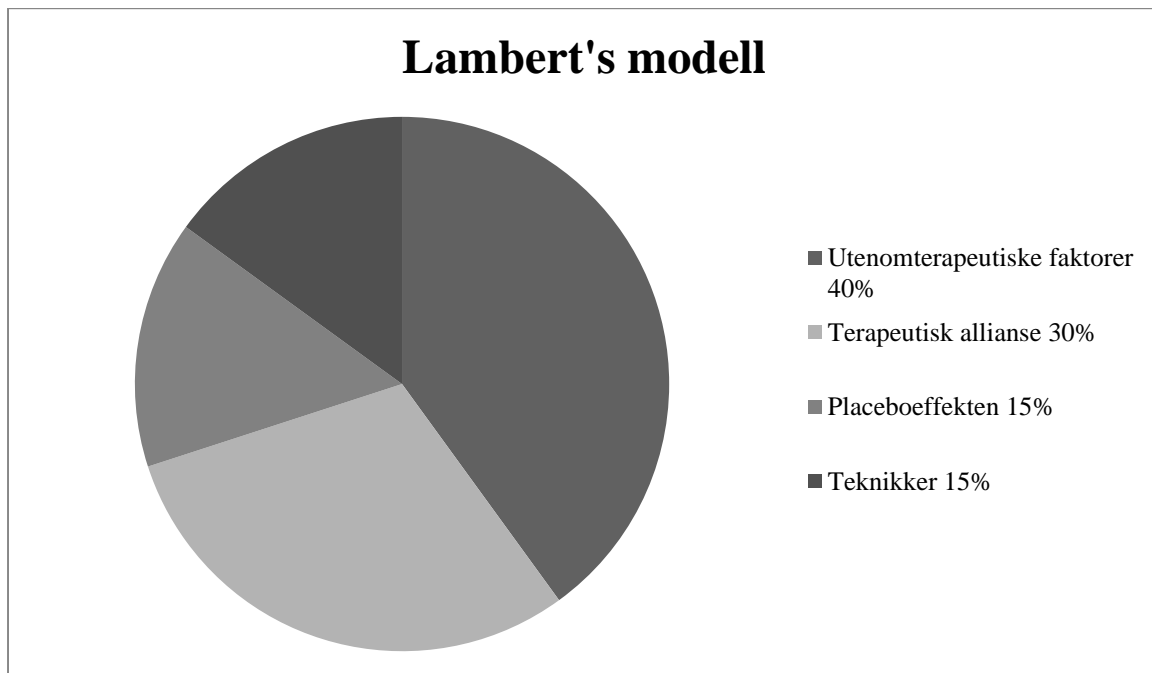
Disse metastudiene har vært gjort på psykoterapi generelt, men vil også være aktuelt for familierapi. Det har imidlertid også vært gjort metastudier som har sett spesifikt på familierapi. Shadish og Baldwin (2003) gikk igjennom 20 metaanalyser gjort på par- og familierapi. De konkluderte med at par- og familierapi har effekt, sammenlignet med ingen behandling, og at par- og familierapi er minst like effektivt som andre

intervensjoner, som individualterapi. De fant også at det er lite forskjell når det kommer til ulike metoder innen par- og familieterapi når det kommer til effekt (Shadish og Baldwin 2003, 566).

Disse studiene indikerer at selv om noen studier viser at enkelte metoder har bedre effekt ved enkelte diagnoser, kan hovedvekten av effekt tillegges fellestrekk ved behandlingsmetoder. Det sentrale spørsmålet videre vil bli *hva* disse fellesfaktorene er.

5.3.3 Lambert's modell over virksomme faktorer i terapi

Lambert (1992) presenterer en modell som illustrerer hva forskning sier om utfall av psykoterapi når det kommer til faktorer som gir effekt. Modellen er basert på en omfattende gjennomgang av forskning på feltet, og inkluderer både en stor variasjon av målgruppe og forskningsdesign (Lambert, Shapiro og Bergin 1986 i Lambert 1992,96). Det ble imidlertid ikke brukt statistiske metoder for å komme frem til prosentfordelingen, og Lambert selv påpeker at den kan framstå som mer presis enn det som er ment. Modellen blir presentert her fordi den er hyppig brukt som referanse i lærebøker og artikler som skriver om fellesfaktorer. Et viktig poeng er imidlertid, som Lambert har signalisert og forskning senere vist, at det er et behov for å revidere selve størrelsesforholdene. Poenget blir imidlertid godt illustrert, at teknikker og intervensjoner bare utgjør en liten del av virksomme faktorer i terapi.



Modellen til Lambert viser at 40 prosent av bedring hos pasienter kan tilskrives utenomterapeutiske faktorer, 30 prosent kan tilskrives terapeutisk allianse, 15 prosent kan

tilskrives placeboeffekten og 15 prosent av bedringen hos pasienter er som følge av spesifikke teknikker.

Utenomterapeutiske faktorer er både karakteristikk hos klienten, som personlige styrker og personlighet, og forhold ved omgivelsene, som sosial støtte eller betydningsfulle hendelser. At rundt 40 prosent av bedringen hos pasienter kan tilskrives utenomterapeutiske forhold betyr at et en stor andel av pasienter opplever bedring uavhengig av om de går i terapi eller ikke (Lambert 1992:98). En endring i livssituasjon, for eksempel å bytte jobb, eller å komme ut av et skadelig forhold vil føre til bedring hos pasienten.

Videre viser modellen at 30 prosent av effekt, eller bedring hos pasienten kan tilskrives terapeutisk allianse. Dette er faktorer som empati, varme, aksept og lignende (Lambert 1992,97). Utenomterapeutiske faktorer og terapeutisk allianse gis en stor andel av antatt effekt, sammenlignet med de spesifikke teknikkene, som kun har 15 prosent effekt i følge modellen. Dette er en like stor andel som placeboeffekten.

5.4 Fellesfaktordebatten – mot en moderat forståelse av fellesfaktorer

Tidlig litteratur på fellesfaktorer førte til en debatt i fagfeltet, hvor det ble diskutert hvilke faktorer som kan forklare hvorfor behandling virker, og hvorvidt det var fellesfaktorer eller spesifikke faktorer (i behandlingsmodeller) som førte til endring (Fraser, Solovey, Grove, Lee og Greene 2012). Fellesfaktorperspektivet er kritisert for å representere en forenkling av endringsprosessen, ved kun å liste opp en rekke faktorer. Dette forklarer ikke kompleksiteten i en endringsprosess. Sexton, Ridley og Kleiner (2004) etterlyser en tydeligere definisjon av begrepene, og en kontekstualisering av faktorene i en klinisk prosess, slik at de gir retningslinjer til praksis. De påpeker at fellesfaktorer er nødvendige, men ikke tilstrekkelige ingredienser i modeller for terapeutisk endring.

En skiller nå mellom en radikal og en moderat fellesfaktortilnærming. Duncan og Miller (2000) og Wampold (2001) er regnet for å tilhøre et radikalt perspektiv (Fraser, Solovey, Grove, Lee og Greene 2012) En moderat fellesfaktortilnærming innebærer at en tar avstand fra utsagn om at alle behandlinger er like effektfulle, eller at det ikke spiller noen rolle hva en gjør i terapi så lenge en har en god relasjon med klienten. En moderat tilnærming ser på modeller som et middel for å aktivisere fellesfaktorene, og at faktorer, som den terapeutiske alliansen, kun er én del av det som fører til endring i terapi (Sprenkle mfl 2009,68).

Også i det norske psykoterapimiljøet har det pågått en debatt om hvor stor del av den terapeutiske endringen som kan tilskrives fellesfaktorer, og om hva som skal forstås med begrepet fellesfaktorer (Kjølbi og Ogden 2013a, Kjølbi og Ogden 2013b, Nissen-Lie, Oddli og Wampold 2013, Moltu 2013, Anker og Duncan 2013). Det er imidlertid enighet om at fellesfaktorer og spesifikke faktorer ikke må sees på som motsetninger. Kjølbi og Ogden (2013a) påpeker at diskusjonen hvorvidt det *enten* er fellesfaktorer, *eller* spesifikke komponenter i terapi som fører til positiv endring, har vært skadelig for fagfeltet. Dette fordi det fører til polariseringer, heller enn faglig utvikling.

I det norske familieterapifeltet har de spesifikke komponentene i behandlingsmetodene fått et stort fokus, kanskje et større fokus enn andre forhold ved terapi. Videre i oppgaven vil det derfor trekkes frem forskning i familieterapi som ser på hva som bidrar til terapeutisk endring sett ifra et fellesfaktorperspektiv. I lys av kritikken til Sexton mfl (2004) om at fellesfaktorer ikke er tydelig nok definert til å kunne gi noen retningslinjer for praksis, er det funnet forskning som bidrar med en tydeliggjøring av hva som ligger i begrepene som hyppig omtales i fellesfaktorlitteraturen; klientfaktorer, håp og motivasjon, terapeutfaktorer og terapeutisk allianse. I tillegg inkluderes også felles endringsmekanismer, eller teknikker og intervensjoner, som i en moderat fellesfaktortilnærming også må forstås som viktige bidrag til terapeutisk endring.

6. Hva bidrar til terapeutisk endring i familieterapi? - litteraturstudiens resultater

Som flere påpeker, er forskningen på fellesfaktorer i familieterapi fortsatt i sin begynnelse (Davis og Piercy 2007, Sprenkle 2009). Det er rimelig å anta at mye av forskningen innen psykoterapi, ofte representert ved individualterapi, også vil gjelde i familieterapi. Allikevel er det visse forhold ved familieterapi som gjør at det også kan være forskjeller. Artikkene som danner bakgrunn for analysen er derfor fra forskning på fellesfaktorer i familie- og parterapi.

6.1 Presentasjon av studiene

6.1.1 Studie 1: *Common factors across theories of marriage and family therapy: A modified delphi study (Blow og Sprenkle 2001).*

Blow og Sprenkle (2001) utforsket fellesfaktorer i par- og familieterapi ved bruk av Delphi-metode. I Delphi-metode blir en gruppe eksperter på området bedt å komme til konsensus om et tema igjennom brainstorming, spørreskjema og intervju. Deltagerne var både professorer og klinikere. I denne studien ble de først bedt om å gjøre rede for likheter mellom ulike familieterapiretninger. De ble deretter bedt om å beskrive hva de personlig mente var kjernen i terapeutisk endring. 40 eksperter i par- og familieterapifeltet deltok. Det ble utført kvalitative intervjuer med et utvalg på seks av deltagerne, for å klargjøre uenigheter og for å gi mening til dataene. Resultatene av studien ble delt inn i fire kategorier; klient- og utenomterapeutiske faktorer, terapeutisk allianse, modell/teknikkfaktorer og placebo, håp og forventning.

Styrken til studien er at utvalget består av ledende eksperter innenfor området, med god kjennskap til de ulike familieterapeutiske retningene, og til den terapeutiske praksisen. Det er også en styrke at ulike forskningsmetoder ble brukt i studien (brainstorming, spørreskjema, intervju). En svakhet er at dette kun representerer meningene til deltagerne. Det representerer for eksempel ikke meningene til klienten, som jo er hovedpersonen i terapi, og er den som skal oppnå en terapeutisk endring. Hva terapeuter mener fører til terapeutisk endring, og hva klientene selv opplever som nyttig, kan være ulikt.

6.1.2 Studie 2: *What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part 1: Model-dependent common factors across three models (Piercy og Davis 2007a). part 2: model-independent common factors and an integrative framework. (Piercy og Davis 2007b)*

Piercy og Davis (2007a og 2007b) utførte en studie hvor tre retninger innen familie- og parterapi ble sammenlignet. Det ble studert hva som førte til terapeutisk endring igjennom modellavhengige og modelluavhengige fellesfaktorer, fra både terapeutperspektivet og klientperspektivet. Modellavhengige fellesfaktorer er faktorer som er felles for ulike metoder, som har med selve metoden eller teknikkene å gjøre. Dette ble kategorisert i felles konseptualiseringer, felles intervensjoner og felles utfall. Modelluavhengige fellesfaktorer er faktorer som er tilstede i terapi uavhengig av metode, og som er knyttet til terapeutisk endring. Dette er generelle forhold ved terapi som terapeutfaktorer, klientfaktorer og

terapeutisk allianse. Modellene som ble studert var emosjonsfokusert terapi, kognitiv atferdsterapi og Internal Family Systems therapy. I studien ble både klienter og terapeuter intervjuet. Klientene var tre par og to individer. Terapeutene til disse ble intervjuet, hvorav tre var modellutviklerne og to var studenter til modellutviklerne. Til sammen var det 8 klienter og 5 terapeuter. I studien ble det brukt kvalitativt intervju av både klienter og terapeuter, og en grounded theory teknikk for å analysere dataene. Grounded theory analyse innebærer at en forsøker å utvikle en teori ut ifra dataene. Datainnsamling og analyse foregikk parallelt, og analysemetodene som ble brukt var konstant komparativ analyse, analytisk induksjon, åpen koding og aksial koding. Etter 10 intervjuer kom det ikke fram flere kategorier eller underkategorier i analysen, og datainnsamlingen ble avsluttet.

En svakhet ved studien er at utvalget av klienter var relativt homogene da de hadde felles etnisitet, høy sosioøkonomisk status, hadde vært i terapi i lang tid, og hadde høy utdanning. Det er derfor et spørsmål hvorvidt alle resultatene kan generaliseres. En annen svakhet er muligheten for at forskeren har påvirket resultatene fordi ens personlige meninger og erfaringer ubevisst påvirker analysen. Dette gjelder alle studiene i litteraturanalsen. I denne studien var det imidlertid bare én forsker som gjorde analysen. Risikoen for egen påvirkning er derfor større enn når flere analyserer det samme materialet uavhengig av hverandre. For å minimere denne risikoen leste to studenter igjennom 30 prosent av de transkriberte intervjuene og gjorde en åpen koding. En styrke ved studien er at både klient- og terapeutperspektivet er undersøkt, samt at funnene i studien gir utfyllende beskrivelser av kategorier og subkategorier innenfor som defineres som fellesfaktorer.

6.1.3 Studie 3: Clients perceptions of the therapeutic process: A Common factors Approach (Ward, Linville og Rosen 2007)

I studien til Ward, Linville og Rosen (2007) brukes en fellesfaktortilnærming for å undersøke klientenes perspektiv på hva som var nyttig for dem i terapi. De brukte kvantitative og kvalitative målinger for å samle inn data fra 41 klienter. I den kvantitative undersøkelsen svarte klientene på en spørreundersøkelse med 20 spørsmål som målte klientenes oppfatning på fem områder; klientenes endring, hvor hjelpsomt terapi var, terapeutisk relasjon, håp og forventning, og utenomterapeutiske faktorer. Analyser ble utført i SPSS. Resultatene indikerte at terapeutisk relasjon, klientens motivasjon, utenomterapeutiske faktorer og håp og forventning stod for 49% av variansen i klientenes oppfattelse av endring, og 73% av variansen i klientenes oppfattelse av hvor hjelpsomt terapi var. I den kvalitative undersøkelsen ble klientene stilt spørsmålet; ”Hva generelt (hvis noe) hjalp deg å føle deg

bedre med situasjonen som var grunnen til at du startet i terapi?” Analyser på den kvalitative delen ble utført med en modifisert versjon av ”constant comparative method”. Fellesfaktorer ble brukt som ramme, og resultatene ble kodet individuelt av tre personer. Deretter ble kodingen analysert for å se hvor ofte hvert tema var nevnt av deltagerne. Resultatene indikerte at terapeutisk relasjon var det mest hjelpsomme aspektet ved klientenes erfaring i terapi. En svakhet ved studien er at den har et lite utvalg (41 personer) for å utføre en kvantitativ studie. En styrke er at ved å kombinere, og sammenligne den kvalitative og kvantitative delen, får en ulik type kunnskap om et tema, og de fanger opp ulike aspekter ved hva klienter oppfatter som nyttig i terapi.

6.1.4 Studie 4: Change prosess in couple therapy: an intensive case analysis of one couple using a common factors lens (Blow, Morrison, Tamaren, Wright, Schaafsma og Nadaud 2009).

I studien til Blow, Morrison, Tamaren, Wright, Schaafsma og Nadaud (2009) ble det utført en caseanalyse på hvordan et par oppnår endring i terapi, med hensikt å beskrive en endringsteori for dette paret. Paret oppnådde en betydelig endring i løpet av en 13 måneders periode. Det ble samlet inn både kvantitative data (spørreskjemaer, videoopptak) og kvalitative data (intervjuer) av begge klientene og fra terapeuten. Terapiforløpet ble analysert av fem forskere, både ut ifra klientperspektivet, terapeutperspektivet og forskerperspektivet. Resultatene fra studien viste at endringer hos dette paret ble forklart med klientenes motivasjon, håp og forventning, utenomterapeutiske faktorer, terapeutisk allianse, terapeutfaktorer og spesifikke teknikker. En svakhet ved studien er at den ikke er generaliserbar fordi den kun studerer et terapiforløp. Den gir imidlertid en grundig beskrivelse av hvordan endring skjer for dette ene paret. En styrke er at den terapeutiske endringen er studert både ut ifra klientperspektivet, terapeutperspektivet og forskerperspektivet, samt at analysen er utført av fem personer.

6.1.5 Studie 5: Moving up the continuum of hope: developing a theory of hope and understanding its influence in couples therapy. (Ward og Wampler 2010)

Ward og Wampler (2010) har utført en kvalitativ studie for å tydeliggjøre definisjonen av konseptet ”håp” i parterapi, og identifisere prosessene i terapirommet som skaper håp. De gjorde kvalitative intervjuer med 15 terapeuter om ulike aspekter ved håp. Videre brukte de grounded theory analyse på dataene, hvor de brukte åpen koding på intervjuene for å komme fram til en konsensus om en teori. En svakhet ved studien er at den kun fanger opp terapeutperspektivet. En annen svakhet er at intervjuene og analysen ble utført av kun en

forsker, selv om andre ble brukt i kodingen for å øke troverdigheten av funnene. Studiens styrke er at funnene gir oss en utfyllende beskrivelse av hvordan en kan øke håp hos klienter. Utøvende terapeuter vil nok oppleve stor nytte av denne studien.

Til sammen representerer disse studiene meningene til 61 terapeuter og 51 klienter om hva som er nyttig i terapi, og hva som bidrar til terapeutisk endring. Resultatene av analysen blir kategorisert tematisk under overskriftene:

- klientfaktorer
- håp og motivasjon
- terapeutfaktorer
- terapeutisk allianse
- intervensjoner/teknikker

Selv om disse faktorene blir oppdelt på denne måten, betyr ikke dette at det er rene kategorier. Disse aspektene ved terapi er avhengig av- og påvirker hverandre.

6.2 Klientfaktorer

I Lambert sin modell (1992) estimerer han at 40 prosent av bedring i terapi skjer som følge av utenomterapeutiske faktorer. Begrepet utenomterapeutiske faktorer inkluderer både egenskaper ved klienten, klientens rolle i terapien og forhold i omgivelsene til klienten. I familierapi har det skjedd et skifte med tanke på posisjonen til terapeutene og klientene. I tidlig familierapi hadde terapeuten en ekspertrolle mens mot 1980 tallet ble det lagt mer vekt på samarbeid og terapeuten i en "ikke-vitende" posisjon (Johnsen og Torsteinsson 2012). I dag er det et økt fokus på klientens bidrag i terapi, og det er innført bruk av systematisk tilbakemelding fra klientene i behandlingen flere steder. Både personlighet og egenskaper hos klienten og kontekstuelle forhold er viktige faktorer i terapi som kan kategoriseres under klientfaktorer. Også håp og motivasjon hos klienten er klientfaktorer, dette blir imidlertid omtalt i et eget underkapittel.

I Delphie-studien til Blow og Sprenkle (2001) hvor 40 eksperter innen familierapi ble intervjuet, var en av kategoriene som ble undersøkt klient- og utenomterapeutiske faktorer. Klientens motivasjon ble sett på som viktig, både når det kom til hva de ulike terapiretningene hadde til felles, og hva paneldeltagerne personlig mente var en viktig del av terapeutisk endring. At klientene tar ansvar for egen endring ble lagt vekt på i hva deltagerne personlig

mente var viktig, men ikke i hva de mente terapiretningene hadde til felles. Personlig mente paneldeltagerne at de karakteristikkene som klientene brakte til terapirommet var viktig, mens de mente at terapeutfaktorer ble vektlagt i de terapeutiske retningene. Der mente de at terapeuten ble sett som en ekspert, en som fungerte som regissør i terapitimen. Generelt så ble ikke klient- og utenomterapeutiske faktorer lagt så mye vekt på i denne studien. Forskerne påpeker at det er mulig at disse faktorene ikke blir lagt så stor vekt på i familierapifeltet.

I studien til Piercy og Davis (2007b) derimot, ble klientfaktorer tillagt stor vekt. Av alle kategoriene i studien til Piercy og Davis (2007a, 2007b) var faktorer knyttet til klientenes personlighet og egenskaper den mest klare når det kom til hva som førte til terapeutisk endring. Av personlighet og egenskaper hos klientene fant forskerne faktorer som ydmykhet og villighet til endring, at de var dedikert til å delta i terapi, at de jobbet intensivt i prosessen, og at de hadde en evne til å forstå psykologiske konsepter. *Ydmykhet* innebar at parene kunne erkjenne et felles eierskap til problemene og løsningene etter terapien, og at de var villige til å ta sjanser og gjøre seg selv sårbare ovenfor terapeuten og ektefellen. Dette ble beskrevet som å "legge ned guarden". De var også *villige til å endre seg* når de innså sin rolle i problemene med relasjonene. De fleste klientene var i terapi i over et år og de virket forpliktet og engasjert i terapien. Klientene hadde en evne til å forstå psykologiske og systemiske konsepter. De forstod abstrakte forklaringer når det gjaldt deres vanskeligheter og hvordan de kunne få til endring. I studien ble dette relatert til deres klasse og utdanning. Dette ble derfor antatt som mer tydelig egenskaper i denne studien, enn for klienter generelt.

6.2.1 Hendelser i livet til klientene og kontekstuelle forhold

I casestudien til Blow mfl (2009) ble endringer hos paret blant annet knyttet til hendelser i livet til klientene. Hos dette paret var det flere hendelser som fikk påvirkning på terapiforløpet; en mistanke om kreftsykdom hos kvinnen i paret, at mannen mistet jobben sin, og fengselsoning hos mannen. Til tross for at dette er hva vi vil karakterisere som negative hendelser, fikk det positivt utfall i forhold til relasjonen hos paret. Mistanken om kreftsykdom førte til en endring i relasjonen mellom paret ved at mannen viste mer omtanke og omsorg ovenfor sin ektefelle. Å miste jobben, som bestod av nattskift, gjorde at mannen var mer opplagt resten av dagen, at han slapp å bekymre seg for hva kvinnen gjorde når han var på jobb, og at de startet å jobbe i samme vaskefirma. Fengselssoningen førte til at mannen gjenopptok kontakten med sin sønn etter 12 år uten kontakt. I forhold til utenomterapeutiske faktorer konkluderer forfatterne med at det er viktig å spørre om slike hendelser, for å kunne

bruke disse som en mekanisme for å få til en terapeutisk endring. Selv svært negative hendelser kan gi en mulighet til endring (Blow mfl 2009).

Av annen forskning enn studiene som er bakgrunn for analysen, har en studie av Solem (2013) bidratt til et fokus på at forhold utenfor terapirommet bør tas med i behandlingen. Familieterapeuter som jobber med foreldre i krevende oppdragelsessituasjoner fokuserer ofte kun på interaksjonen mellom foreldre og barn. Det større sosiale systemet som familiene lever i er ofte ignorert. Det er et behov for å se på hvordan den sosiokulturelle situasjonen til familiene påvirker hverdagslivet. Dette innebærer å inkludere både beskyttelsesfaktorer og mulige risikofaktorer som gjør det vanskelig for familiene. Ofte vil sosiale og materielle forhold påvirke foreldreskapet (Solem 2013).

Når Lambert (1992) anslår at rundt 40 prosent av bedring hos klienter kan tilskrives utenomterapeutiske faktorer, foreslår han at mange klienter vil oppleve bedring uavhengig av om de går i terapi eller ikke. Dette kan imidlertid også bety at det er behov for å ta hverdagslivet inn i terapirommet i større grad. En familie er i terapi i kanskje en time i uken. Dette utgjør en svært liten del av resten av hverdagen som familien forholder seg til. Livshendelser blir ofte inkludert i terapien, men det er i hverdagslivet at livet skjer. Bekymringer i forhold til arbeid, økonomi, bolig o. l, påvirker livet vi lever i stor grad.

Artiklene som er bakgrunn for analysen legger ulik vekt på personlige egenskaper og hendelser i livet til klientene, som viktig for terapeutisk endring. Enkelte faktorer blir imidlertid nevnt i flere av studiene, som at klientene tar ansvar for egen endring og at de er dedikert og engasjert i forhold til det å gå i terapi.

6.3 Motivasjon og håp

Håp og motivasjon til å gå i terapi er også en klientfaktor, dette var et resultat i alle studiene. Motivasjon for endring ble tillagt stor vekt i flere av studiene.

Case-studien til Blow, Morrison, Tamaren, Wright, Schaafsma og Nadaud (2009) viser at graden av motivasjon for behandling var en viktig forklaring for hvorfor terapi var vellykket hos dette ene paret. Til tross for en vanskelig fortid var paret motivert for endring. Det var flere årsaker til motivasjonen. En rettsavgjørelse gjorde at mannen var forpliktet til å delta i terapi. Etter hvert hadde imidlertid paret et eget ønske om å få til en endring. Hensyn til

datteren gjorde at de ønsket å gå i terapi, samt at de tidlige hadde en historie med mislykkede forhold. I tillegg hadde kvinnen i paret skyldfølelse på grunn av utroskap, og dette gjorde henne motivert til endring. I tillegg til en motivasjon for endring, hadde paret også et håp om bedring i løpet av terapiforløpet, selv hvor vanskelig terapitimen hadde vært. Paret var dedikert til å jobbe med forholdet og holde sammen, og dette var en viktig faktor for å opprettholde håpet og motivasjonen. Terapeuten bidro også med å danne håp for paret, blant annet ved å signalisere optimisme, normalisere parets opplevelser og vektlegge styrker og positive endringer. Endringer i parforholdet tidlig i terapiforløpet førte også til håp hos paret (Blow mfl 2009).

Piercy og Davis (2007a) vektla også motivasjon i resultatene i sin studie. I kategorien motivasjon og forventning fant forskerne flere temaer som skapte motivasjon og forventning. Klientene hadde tiltro til de som hadde henvist dem til behandling. Dette påvirket deres forventning og tro på at terapi ville virke. Klientene hadde også et syn på terapeuten som kompetent. Modellen som terapeuten brukte gav en troverdig forklaring på klientenes problemer, og dette gav klientene håp på at terapeuten hadde sett dette før og kunne hjelpe dem. Behandlingsmodellen gav klientene en form for struktur og orden på et opplevd kaos. Alle klientene hadde en motiverende tro eller overbevisning som hjalp dem å fortsette i terapi, selv om ting var vanskelig. Dette kunne være at fordi de hadde barn, eller på grunn av at de hadde vært gift så lenge, så ville de fortsette ekteskapet. En annen motivasjon var troen på at det å gå igjennom vanskelige perioder ville økte kjærligheten til hverandre. Terapeutene bidro også med motivasjon og tro hos paret ved å redefinere problemene ("reframing"); å sette det klientene strevde med inn i en ny ramme, slik at de fikk et nytt perspektiv på det de opplevde som vanskelig.

Også i studien til Blow og Sprenkle (2001) blir placebo, håp og forventning omtalt i resultatene av studien. Det var uenighet hos ekspertene i panelet hvorvidt håp er en viktig del av familierapiteorier. Personlig mente de imidlertid at dette var en viktig faktor. De trakk også fram terapeuten forventninger og håp som en viktig faktor, ikke bare klientens. Dette var fordi forventningene til terapeuten påvirker hvordan hun eller han utfører terapi, og dette igjen påvirker klientene. At klientene ser på terapeuten som en kompetent ekspert ble også trukket fram som en faktor som fører til endring av paneldeltagerne, fordi de mente at dette bidrar til et håp om bedring.

Ward, Linville og Rosen (2007) undersøkte klientperspektivet på terapeutisk endring. I den kvantitative delen av studiet, var håp og forventning den eneste variabelen som gjorde et signifikant bidrag i regresjonsligningene. Dette innebar at de klientene som var mest håpefulle i forhold til terapien, rapporterte mer positivt terapeutisk utfall, enn de klientene som var mindre håpefulle. Dette var tilfelle selv når terapeutisk relasjon, klientenes motivasjon og utenomterapeutiske faktorer ble tatt med i beregningen. I den kvalitative delen knyttet imidlertid bare 18% av klientene håp og motivasjon til det som hjalp i terapi. Forskerne forklarer dette med at det kan være at de andre faktorene, som terapeutisk relasjon og det terapeuten gjør, er mer håndgripelig for klientene fordi det er noe de konkret opplever. Så selv om håp er viktig for terapeutisk endring, så er det ikke sikkert klientene selv vil assosiere dette med endring.

Ward og Wampler (2010) har utført en kvalitativ studie for å tydeliggjøre definisjonen av konseptet ”håp” i parterapi, og identifisere de prosessene i terapirommet som skaper håp, sett fra terapeutperspektivet. Håp ble definert som en tro og følelse på at ønsket utfall er mulig. I analysen av resultatene kom forskerne fram til fire mekanismer som kunne forklare en persons grad av håp; en form for *bevis* på at det er mulig å komme til ønsket utfall, å ha noen *alternativer* eller en vei for å komme til dette ønskede utfallet, muligheten til å *handle* for å nå ønsket utfall, og at *tilknytning* til andre personer kan styrke håpet. Resultatene viste også flere prosesser som blir brukt i terapirommet som skaper økt håp hos klienter. Hovedkategoriene var; å skape en kontekst for håp, å stoppe negative interaksjonssirkler og ”komme seg over kneika”. For å skape en kontekst for håp viste studien at det er grunnleggende å ha en god terapeutisk relasjon i bunn. Videre er terapeutenes håp viktig, fordi dette fører til en motivasjon hos klienter, og fordi håpet speiles hos klientene. Et annet funn var at spiritualitet er noe som kan inkluderes i terapiprosessen der hvor dette er en kilde til håp for klienten. Den neste kategorien, å stoppe negative interaksjonssirkler, innebærer å få klienter til å bli dedikert til å jobbe med forholdet og å få et mer positivt samspill. Studien fant ulike intervensjoner som bidrar til dette, og som fører til håp hos klienter. Dette var for eksempel å sette en strek ved å slutte å fokusere på negative tidligere hendelser, og heller fokusere på terapiprosessen, samt å sette et tidsperspektiv på hvor lenge en skal forsøke terapi. En annen intervensjon var at terapeuter erkjenner opplevelser, normaliserer problemer og deretter uttrykker at det er håp. Andre intervensjoner var å finne unntak til problemet, redefinere problemer og oppfattelser, og å gi oppgaver om at klienter skal snakke om, eller gjøre noe, som ikke handler om problemet. Det var også en intervensjon å feire når det blir gjort fremskritt i terapien. Den

siste kategorien av prosesser som bidrar til håp i terapi, var ”å komme seg over kneika”. Dette innebærer å hjelpe klienter med å ta opp, og komme seg igjennom de vanskelighetene som har ført til en fastlåst situasjon. Terapeutene fortalte har at de bruker ulike teknikker som bidrar til å hjelpe klienter til å sette seg inn i den andres perspektiv, og hjelpe dem til å se problemet fra avstand slik at de kan se annerledes på situasjonen.

I litteraturstudien framstår håp og motivasjon som en av de viktigste faktorene for at terapi skal være vellykket. Alle studiene nevner håp og motivasjon hos klientene som viktig for terapeutisk endring. I tillegg nevner også flere av studiene at terapeutens håp er viktig for resultatet av terapi. Tre av studiene nevner at det at klientene ser på terapeuten som en ekspert bidrar til et større håp hos klientene om at de skal lykkes med terapi. Religion og personlig tro knyttes opp mot håp i to av studiene.

6.4 Terapeutfaktorer

En kan anta at det vil være forskjeller mellom dyktigheten på terapeuter, på samme måte som det vil være forskjeller på dyktighet hos andre yrkesgrupper. Det har tidligere vært lite fokus på forskning på terapeutvariabler i terapi. Dette gjelder både for psykoterapi generelt og for familierapi (Blow, Sprenkle og Davis 2007,300). En grunn til at det har vært lite fokus på terapeutvariabler i terapi kan være på grunn av evidensbevegelsen. I randomiserte kontrollerte studier ville en tidligere forsøke å kontrollere for terapeutfaktorer ved bruk av behandlingsmanualer. Ved bruk av behandlingsmanualer var det ønskelig å gjøre behandlingene mest mulig lik, uavhengig av hvilken terapeut som utførte behandlingen. Ønsket om å kontrollere for terapeutfaktorer kom av at en var ute etter å teste effekt knyttet til selve behandlingsmetoden. Fordi det er selve behandlingsmetoden en var interessert i å vite effekten av, ville utfall som kan knyttes til terapeuten være utenfor forskningsfokuset (Blow mfl. 2007). De siste årene har det imidlertid blitt et økt fokus på terapeutfaktorer i psykoterapi, og studier av terapeuteffekt og prosessvariabler blir også inkludert i RCT-studier. Flere studier har dokumentert terapeuteffekter (Rønnestad 2008). I individualterapi er det forsket mer på terapeutens egenskaper enn i familierapi.

6.4.1 Vil egenskaper hos terapeuten påvirke utfall av terapi?

En mye referert studie er Collaborative Depression study (Elkin, Shea, Watkins, Imber, Stosky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fister og Parloff 1989) utført i regi av National Institute of Mental Health (NIMH). I denne studien ble det forsøkt å kontrollere for

terapeutfaktorer. To manualbaserte terapiformer ble sammenlignet; Interpersonal psychotherapy og kognitiv atferdsterapi. Studien sammenlignet disse to terapiformene med behandling med antidepressiva pluss behandling som vanlig, og placebomedisin pluss behandling som vanlig. Utvalget var på 250 pasienter med diagnosen alvorlig depresjon. Studien fant at pasientene i alle behandlingsformene opplevde signifikant reduksjon i depressive symptomer og en bedring i behandlingen. Ingen behandlingsform viste seg å være signifikant bedre enn en annen (Elkin mfl. 1989). I studien ble terapeutene nøye lært opp i den manualbaserte metoden og hadde stor lojalitet ovenfor den. Til tross for forsøk på å kontrollere for terapeutfaktorer, viste resultatene at selv om det bare var en liten forskjell i utfall når de ulike behandlingsmodellene ble sammenlignet, så var det var store terapeutforskjeller innad i de ulike behandlingsmodellene, (Blow mfl 2007, 302). I en sekundæranalyse ble terapeutene i studien delt inn i de som var lite effektive, moderat effektive og mer effektive. Resultatene viste at det var en signifikant forskjell i terapeutisk effektivitet blant terapeuter. Dette var uavhengig av hvilken behandlingsmetode som ble brukt, den terapeutiske settingen og år med erfaring hos terapeuten (Blatt, Sanislow, Zuroff og Pilkonis 1996, sitert i Blow m.fl. 2007, 302). Også Kim, Wampold og Bolt (2006) har utført en reanalyse av The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. De fant at 8 prosent av variansen i utfall kunne forklares med terapeuteffekter mot 0 prosent med metodeeffekter (Kim mfl 2006 i Rønnestad 2008).

Wampold (2001) har gjennomgått forskning på psykoterapi og argumenter for at terapeuten er en kritisk faktor for at terapien skal lykkes. Han konkluderer med at det er helt avgjørende for behandlingen hvilken terapeut som gjennomfører terapien. (Wampold 2001,202). Mye nyere forskning viser at egenskaper ved terapeuten er viktig i forhold til om terapien blir vellykket eller ikke. Videre blir spørsmålet hvilke egenskaper ved terapeuten det er som påvirker behandlingsresultatet. Dersom en skal kunne endre praksis og utvikle seg som terapeut, er det sentralt å vite hvilke egenskaper det dreier deg som.

6.4.2 Karakteristikk hos terapeuten – funn i litteraturstudien

I studien til Piercy og Davis (2007b) ble klientene bedt om å beskrive terapeutene sine, og forskerne fant noen beskrivelser som gikk igjen. Dette var tålmodighet, at terapeuten var omsorgsfull men samtidig evnet å sette grenser, og at terapeuten var sensitiv for kultur og religion. Tålmodighet viste seg ved at terapeutene viste at de kunne bruke god tid på terapiprosessen. De pushet ikke klientene til å gå fortere enn det som de var komfortable med.

At terapeuten var omsorgsfull var viktig. Men dette kunne imidlertid også innebære at terapeuten utfordret klientene, enten på en varm og forsiktig måte, eller en fast og direkte måte. Terapeutene hadde evnen til vise omsorg for klientene, men samtidig å opprettholde profesjonelle grenser. Å være sensitiv for kultur og religion gjorde at terapeutene kunne jobbe *med* i stedet for *mot* dette i terapirummet.

Studien til Blow mfl (2009) som gjorde en caseanalyse av et terapiforløp hos et par, fant også egenskaper hos terapeuten som bidro til et positivt utfall av terapien. Terapeuten evnet å være rolig, til tross for mye konflikter og utbrudd hos paret. Dette sendte et signal til paret om at problemene ikke var så store at det vippet henne av pinnen. Hun holdt fokus på prosessen. Terapeuten var en sterk leder og jobbet samarbeidende med klientene. Hun snakket fritt om sine ideer på en nysgjerrig og tentativ måte, og prøvde ikke å føre sin agenda på en autoritær måte. Hun var åpen for at klientene var uenige i det hun sa. Hun brukte gjentakelser mye. Terapeuten brukte egne erfaringer i terapien, men dette var kun når det var relevant for det som ble diskutert, og det ble brukt sparsomt.

I Blow og Sprenkle (2001) sin Delphie studie hvor utvalget var en gruppe eksperter på familierapifeltet, ble også egenskaper til terapeuten undersøkt. Når det kom til fellesfaktorer for ulike familierapiteorier trakk de fram at terapeuten var en veileder, en som styrket endring hos klientene og støttet denne endringen. I deres personlige mening om hva som førte til terapeutisk endring av egenskaper hos terapeuten, trakk de fram selvsikkerhet, nysgjerrighet og lederskap. ”Joining”, (terapeutens måte å være på som skaper trygghet, og en god allianse med klientene) var særlig en kategori som ble trukket fram, både som en fellesfaktor i ulike familierapiteorier, og i paneldeltagernes personlige mening.

I studien til Ward, Linville og Rosen (2007) ble det ikke presentert terapeutegenskaper knyttet til hva som var nyttig i terapi, men flere av klientene trakk frem terapeutisk relasjon som det som gjorde at de følte seg bedre med situasjonen. Egenskaper hos terapeuten kan være med på å fremme en god terapeutisk allianse. I en studie av Baldwin, Wampold og Imel (2007) ble det konkludert med at det i all hovedsak er terapeuten som står for variasjonen av kvaliteten på alliansen, ikke klienten. De påpeker at i situasjoner hvor det oppstår en vanskelig relasjon med en klient, bør terapeutene se på sitt eget bidrag til relasjonen, og fokusere mindre på karakteristikken til klienten (Baldwin mfl. 2007, sitert fra Sundet 2009,30).

Det trekkes frem en rekke terapeutfaktorer i de fem studiene, og mange forskjellige terapeutkarakteristikker blir nevnt som viktige for terapeutisk endring. Noen av de karakteristikkene som går igjen i flere av studiene er at terapeuten evner å være tålmodig og rolig, at terapeuten er en sterk leder og at terapeuten evner å danne tillit og samarbeide med klientene. Terapeutens personlighet vil påvirke hvordan han/hun utfører terapi, og en kan tenke seg at det vil være forskjellig hvilke terapeuter som passer til hvilke klienter. Samtidig, så er mange gode terapeutkarakteristikker egenskaper det vil være mulig å trene seg opp til i utdanningen eller i veiledning.

6.5 Terapeutisk allianse og relasjonen mellom terapeut og klienter

Relasjonen mellom klient og terapeut spiller en nøkkelrolle i terapi. Den terapeutiske alliansen er en nødvendig del av terapi, uavhengig av terapiens natur, og relasjonen står for mye mer av variasjonen i utfall enn de spesifikke ingrediensene i terapi (Wampold 2001,158). Før det presenteres funn i litteraturanalysen i forhold til terapeutisk allianse, vises det til forskning som undersøker betydningen av terapeutisk allianse i familierterapi, samt gis et innblikk i hvordan terapeutisk allianse kan defineres, og forstås i familierterapi.

Definisjonen på terapeutisk allianse blir ofte sitert fra Bordin (1979). Han definerer terapeutisk allianse som enighet om mål og oppgaver i behandlingen, og et emosjonelt bånd basert på trygghet og tillit. Bordin skriver at styrken på den terapeutiske alliansen er en hovedfaktor for endring i psykoterapi, og at den avhenger av hvordan personlighetene til terapeuten og klienten matcher.

Terapeutisk allianse er et samarbeid mellom terapeuten og klientene (Sprenkle mfl 2009,88). Det er slik sett ikke en egenskap en terapeut tar med seg inn i en samtale, men noe som oppstår i samtalen. Selv en meget dyktig terapeut vil oppleve å møte klienter hvor alliansen ikke blir god. Allikevel vil terapeuten ha en viktig rolle i forhold til å utvikle og vedlikeholde den terapeutiske relasjonen. Forskning viser at det er stor variasjon i terapeuters evne til å skape gode allianser med klientene. Egenskaper som varme, kongruens, ekthet og sosial intelligens gjør en stor forskjell når det kommer til terapeutisk allianse (Sprenkle mfl 2009, 89). Det vil også være viktig å kunne tilpasse seg forskjellige klienttyper. Å være sensitiv for kulturforskjeller vil også være en viktig egenskap for å fremme en god terapeutisk allianse (Sprenkle mfl 2009, 88-91). Mange studier viser at terapeutisk allianse er en viktig faktor for vellykket terapi. Dette har blitt en allmenn oppfatning innenfor psykoterapifeltet. Det finnes

mye forskning på terapeutisk allianse i individualterapi, men innen familierterapi har terapeutisk allianse fått mindre teoretisk og empirisk oppmerksomhet (Frielander, Escudero, Heatherington og Diamond 2011,25).

Frielander mfl (2011) har utført en metaanalyse hvor de ser på betydningen av terapeutisk allianse og utfall i familie- og parterapi. De konkluderer med at terapeutisk allianse er en viktig faktor for prosessen og for behandlingseffekt. De så på hvorvidt alliansen kunne forutsi risiko for å droppe ut av behandlingen, for forbedring midtveis i behandlingen og for utfall av terapien. 24 studier ble sammenlignet. Totalt sett, i de 24 studiene, var det snakk om 1461 klienter. Alle studiene undersøkte behandling som vanlig i tillegg til spesifikke behandlingsmetoder. De omhandlet ulike pasientgrupper. Ved statistiske analyser viste metaanalysen at forholdet mellom terapeutisk allianse og utfall i terapi var statistisk signifikant. Kvaliteten på den terapeutiske alliansen kunne forklare en stor del av risikoen for å droppe ut av behandlingen, og utfallet av terapien.

I en studie i parterapi av Owen, Duncan, Reese, Anker og Sparks (2014) ble det undersøkt hvorvidt terapeutens kjønn, profesjon og erfaring, samt alliansen i andre terapitime stod for variasjon i utfall. Utvalget bestod av 158 par og 18 terapeuter. De fant at terapeutens kjønn og profesjon ikke hadde noen påvirkning på utfall, men at allianseskår og erfaring med å utføre parterapi kunne forutsi utfall. Forfatterne foreslår å fokusere på den terapeutiske alliansen for å få bedre resultater som terapeut. Allianseskår og utfall i terapien kan lett måles, samt at det finnes gode systemer for å forbedre de relasjonelle evnene til å danne gode allianser med klienten (Owen mfl 2014).

6.5.1 Utvidet terapeutisk allianse

Familierterapi skiller seg fra individualterapi når det kommer til å danne en terapeutisk allianse. Dette er fordi vi ikke har med én terapeutisk allianse å gjøre, men med flere.

Fordi det ofte er flere klienter og flere terapeuter tilstedet i behandlingen, vil det være snakk om ulike terapeutiske allianser i familierterapi. Det er flere utfordringer knyttet til dette, for eksempel hvordan en kan oppnå en god terapeutisk allianse med alle familiemedlemmene, når de ulike familiemedlemmene er i sterk konflikt. I tillegg til at terapeuten er i ulike allianser med de ulike familiemedlemmene, vil også familiemedlemmene ha ulike allianser seg i mellom.

De første som behandlet temaet terapeutisk allianse i familie- og parterapi var Pinsof og Catherall (1986, sitert i Frieland mfl 2011,25). De beskriver kompleksiteten i terapeutisk allianse i familierterapi ved å ta for seg definisjonen av terapeutisk allianse av Bordin (1979) og anvende denne på tre lag av allianse som oppstår i familierterapi. Disse tre lagene er: individene og terapeuten, ”de andre” og terapeuten, og gruppen og terapeuten. For det første vil det variere hvordan hvert enkelt individ danner en allianse med terapeuten og hvorvidt de er enige med terapeuten om mål og oppgaver. I tillegg vil hvert enkelt familiemedlem observere, og bli påvirket av, hvordan hver av ”de andre” forholder seg i terapien. Hvert enkelt familiemedlem vil også bli påvirket av hvordan paret eller familien som en helhet responderer på det som skjer i terapien (Pinsof og Catherall 1986, sitert fra Frieland mfl 2011,25).

I tillegg til de ulike lagene av allianse med terapeuten, vil det også være ulike relasjoner innad i familien. Og, dersom det er to terapeuter vil alle alliansene kunne variere med hver av dem. Videre kan en også tenke seg at alliansen mellom de to terapeutene vil påvirke terapien. Terapeutisk allianse i familierterapi blir derfor et langt mer komplekst tema enn i individualterapi.

6.5.2 Funn i litteraturstudien

Til tross for de mange utfordringene som kommer av det å skulle danne en god terapeutisk allianse med hele familiesystemet, trekkes dette fram som en viktig faktor i studiene.

Alle artiklene i litteraturstudien min konkluderer med at terapeutisk allianse er et viktig aspekt i terapeutisk endring. De utdyper hva ingrediensene i en god terapeutisk allianse i familierterapi er, og hvordan en god terapeutisk allianse kan dannes.

Blow mfl (2009) fant flere aspekter ved den terapeutiske alliansen i sin studie av et terapiforløp hos et par. Den terapeutiske alliansen ble målt ved bruk av spørreskjema for å evaluere alle timene. Disse skjemaene viste at det var stor enighet mellom terapeuten og paret om mål og oppgaver i terapien, samt hvordan de opplevde alliansen. Terapeuten fikk gode allianseskår av klientene. Terapeuten viste gode evner til å danne relasjon med klientene. Hun tilpasset seg klientenes språk og kultur, og justerte seg i forhold til klientene for å passe i den relasjonelle konteksten. Hun var ikke fordomsfull, til tross for at det var mange ting ved paret som en kunne ha hatt fordommer for. Teamet som analyserte terapiforløpet registrerte enkelte

”terapeutiske feil” som terapeuten gjorde, som utsagn som var utenfor tema eller dårlig timet. På grunn av den gode terapeutiske alliansen som var i bunn, påvirket ikke dette terapien, og i noen tilfeller hadde det en positiv virkning på terapien og på relasjonen.

I familierapi kan det være en utfordring å danne en god terapeutisk allianse til alle familiemedlemmene, men kanskje er det av og til nødvendig å alliere seg med enkelte familiemedlemmer. I studien til Blow mfl (2009) inngikk terapeuten en sterkere allianse med kvinnen enn med mannen, til tross for at hun erkjente at hun likte mannen mer. Dette var fordi hun så at det var dette som måtte til for å få paret til å forbli engasjert i terapien. Kvinnen var mer ambivalent til å delta i terapi, mens mannen hadde en rettsdom på seg, og hadde ikke noe valg om å delta. Selv om terapeuten hadde en sterkere allianse med kvinnen, var hun varm og empatisk når hun snakket med mannen.

Et annet interessant funn i studien til Blow mfl (2009) var at når klientene skulle skåre egen allianse etter hver time, speilet dette skåren de satte på alliansen med terapeuten. Når paret hadde en konfliktfull terapitime, fikk også alliansen med terapeuten dårligere skår. Forskerne påpeker at grunnen til at relasjonen paret i mellom speilet relasjonen til terapeuten, kan være på grunn av stressnivået og deres generelle vanskeligheter med å danne relasjoner (Blow mfl 2009). Det kan også tenkes at når det var en god allianse mellom terapeuten og klientene fungerte dette som et forbilde eller modell som ble overført til relasjonen i paret, og at det var derfor skårene speilet hverandre. At relasjonen mellom klient og terapeut fungerer som et forbilde eller modell var et av funnene i studiene til Piercy og Davis (2007b).

I den kvalitative studien til Piercy og Davis (2007b) ble terapeutisk allianse et tema for hva som førte til terapeutisk endring. I alle sakene fungerte den terapeutiske alliansen som en modell for klientenes relasjon, ved at ferdigheter som klientene trengte for å endre samspillet seg i mellom, ble vist av terapeuten i relasjon med klientene. Gjensidig tiltro og respekt var en viktig ingrediens i hvordan den terapeutiske alliansen ble dannet.

I delphi-studien til Blow og Sprenkle (2001) ble den terapeutiske alliansen sett på som veldig viktig av utvalget av eksperter. Resultatene viste imidlertid en forskjell i hvordan paneldeltagerne så på at samarbeid mellom klient og terapeut ble vektlagt i de ulike terapeutiske retningene, og i deres personlige mening. Personlig så paneldeltagerne på samarbeid som en viktig faktor for terapeutisk endring. De mente imidlertid at dette ikke ble

nok vektlagt i familierapiteorier. En forklaring på dette kan være at det er tatt for gitt at terapeutisk allianse danner rammen for terapi, og at det derfor ikke er vektlagt i de ulike terapeutiske teoriene. Ekspertene mente personlig at hvordan klienten anså terapeuten, var en viktig faktor for hvordan terapeutisk allianse dannes, og særlig klientenes tro på, og tiltro til terapeuten. Relasjonelle faktorer som terapeuten stod for ble trukket mer fram i det personlige perspektivet til paneldeltagerne, enn i de ulike terapeutiske teoriene. Relasjonelle faktorer som er attribuert til klienten kom ikke fram som et sluttresultat studien verken i familierapiteorier eller hva deltagerne selv mente førte til terapeutisk endring. Forskerne forklarer dette med en manglende vektlegging av klientens rolle i terapien i familierapikulturen. Dette selv om nyere familierapiteorier nettopp trekker frem klientens rolle. Av terapeutegenskaper som er med på å danne terapeutisk allianse mente paneldeltagerne var å lage en varm og trygg kontekst i terapien, og at terapeuten opptrer ekte og etisk.

I den kvalitative delen på studien til Ward, Linville og Rosen (2007) ble klientene spurt om hva de mente hjalp dem til å føle seg bedre om situasjonen som var grunnen til at de startet med terapi. 44 prosent av deltagerne kom med svar som hadde med en terapeutisk relasjon å gjøre. Dette var den største kategorien i resultatene. De svarte for eksempel at de følte seg trygge eller at terapeuten forstod dem. Den mest fremtredende underkategorien var å snakke/lytte. Klientene svarte at det at de hadde noen å prate med, eller ha noen som lyttet var det som gjorde situasjonen bedre. Forskerne påpeker at dette viser viktigheten av å danne en god relasjon med klientene slik at de føler seg trygge nok til å snakke åpent, og at de føler seg hørt på og forstått. De foreslår at denne ferdigheten bør få en større plass i familierapiutdanninger enn den vanligvis får.

I Ward og Wampler (2010) sin studie av håp viste resultatene at terapeutisk relasjon er en betingelse for at håp kan skapes. Terapeutene trakk fram ”joining” og at man tilpasser seg klientene og får dem til å føle seg komfortable, som et grunnlag for å kunne øke håp hos klientene.

Denne litteraturstudien viser at terapeutisk allianse og relasjonen mellom terapeut og klienter er en av de viktigste kategoriene for hva som er nyttig i terapi, sammen med håp og motivasjon. To av studiene trekker fram terapeutisk allianse som en av de viktigste faktorene. Når det kommer til hvordan en terapeutisk allianse dannes, så nevner flere av studiene

aspekter som har med terapeutens evne til å tilpasse seg klientene. ”Joining” nevnes av flere som en ferdighet. Terapeutens egenskaper i å danne relasjonen blir fremhevet. Dette kan handle om at terapeuten viser respekt og skaper en trygg kontekst for terapien. Den terapeutiske relasjonen kan også fungere som et forbilde for klientene. Dette skjer ved at de relasjonelle egenskapene som terapeuten har, blir brukt i terapirommet til å danne en god relasjon med klientene. Dette fungerer som en modell for hvordan klientene kan danne relasjoner utenfor terapirommet. To av studiene peker på at dette var noe som bidro til terapeutisk endring.

6.6 Intervensjoner og teknikker

I tillegg til en bred definisjon av fellesfaktorer, som inkluderer generelle forhold ved terapi, som klientfaktorer, terapeutfaktorer og terapeutisk allianse, kan fellesfaktorer kan også defineres snevert, som de felles endringsmekanismene, eller intervensjonene som finnes i alle metoder (Sprenkle mfl 2009,10). Selv om disse intervensjonene omtales forskjellig i de ulike modellene for terapi, vil utfallet, eller endringsmekanismen være den samme. I en fellesfaktortilnærming til terapi er det viktig å ikke undervurdere at det som gjøres i terapirommet, altså teknikker og intervensjoner, er viktige komponenter i hvordan terapeutisk endring skjer.

Intervensjoner og teknikker er det som gjøres i terapien. Dette er ofte knyttet til den eller de metodene terapeuten bruker i terapien. En fellesfaktor i studien til Davis og Piercy (2007a) var at terapeutenes bruk av en spesifikk modell gjorde at klientene fikk en troverdig forklaring på problemene sine. I studien ble klientenes kaos erstattet av terapeutens orden, sett i lys av behandlingsmodellen. Det var ikke viktig hvilken modell det var, så lenge modellen skapte en klar ramme for arbeidet. De påpekte at studien viser viktigheten av å ha en metode i terapien.

I studien til Ward, Linville og Rosen (2007) assosierte 31% av klientene teknikker som ble brukt som det som var nyttig i terapien. Eksempler på dette var å kartlegge følelser, lage beslutningstre, å få anbefalt bøker, brainstorming, å gi komplimenter og gi feedback

I studien til Blow mf (2009) ble det ikke funnet *en* spesiell teknikk som de kunne knytte til endring, selv om mange ulike teknikker ble brukt. Når klientene skulle snakke om hva som førte til endring, trakk de mye mer frem terapeutegenskaper og måten hun dannet relasjon på enn det spesifikke hun gjorde i terapien.

I artiklene som er bakgrunnen for analysen er det en rekke teknikker som er nevnt. Det er intervensjoner eller teknikker som er fellestrekk ved ulike metoder. I det følgende vil noen av disse trekkes frem og forklares; relasjonell konseptualisering, endring av dysfunksjonelle relasjonelle mønstre, ”reframing” og arbeid med følelser.

6.6.1 Relasjonell konseptualisering

Sprenkle mfl (2009) foreslår at det er noen fellesfaktorer som er unike for par- og familieterapi. Dette er:

- konseptualisering av vansker i en relasjonell kontekst
- å endre dysfunksjonelle relasjonelle mønstre
- å utvide det direkte behandlingssystemet
- og å utvide den terapeutiske alliansen

Et sentralt element i familieterapi er at menneskers problemer blir tolket i en relasjonell kontekst. Uttrykket relasjonell konseptualisering betyr å forstå hvordan et problem har oppstått og hvordan det opprettholdes, ut ifra relasjonene og samspillet i familien og/ eller nettverket. Dette står i kontrast til bruken av diagnosesystemene, hvor symptomer sees som psykiske lidelser og som tilstander som oppstår i personen (Sprenkle mfl 2009, 35). I familieterapi vil en ikke nødvendigvis se på symptomer hos et individ som et uttrykk for en psykisk lidelse oppstått i personen selv. I stedet ser en ofte på symptomene hos et individ i relasjon til familiesystemet, og det er også familiesystemet en tenker at løsningen på det som blir definert som problemet ligger.

I studien til Davis og Piercy (2007a) ble det sett etter modellavhengige fellesfaktorer (endring knyttet til teknikk/metode) i ulike terapiforløp i tre forskjellige behandlingsmetoder. Et av funnene i studien var at de ulike retningene hadde noen felles konseptualiseringer av problemene. En grunn til at terapiforløpene var vellykkete, var at terapeutene fikk klientene til å se problemene sine i dysfunksjonelle interaksjonelle mønstre. I alle tre modellene ble dette knyttet til opprinnelsesfamilie, nåværende interaksjonsmønstre og følelsesmessige kognitive og atferdsmessige dysfunksjoner (Davis og Piercy 2007a). Å se problemene sine i dysfunksjonelle interaksjonelle mønstre er en relasjonell konseptualisering av problemene.

I studien til Sprenkle og Blow (2001) ble ikke det å se på problemer i en relasjonell kontekst nevnt som viktig for terapeutisk endring fra paneldeltagernes personlige syn. Forskerne påpeker at dette enten kan være fordi de tar dette for gitt, eller at det ikke legges nok vekt på dette i nyere teorier. Når de skulle si hva de mente at de ulike familierapiteoriene hadde til felles kom dette fram som en viktig faktor for terapeutisk endring.

Å se problemer i en relasjonell kontekst trenger ikke å være unikt for familierapi, da dette også kan være tilfellet ved andre terapiformer. Historisk sett var nok denne distinksjonen mellom familierapi og individualterapi mye tydeligere, derav også grunnen til at familierapi i sin tid oppstod som et eget felt.

6.6.2 Endring av dysfunksjonelle relasjonelle mønstre

En annen faktor som kan være spesifikk for familierapi er å endre dysfunksjonelle relasjonelle mønstre. Dette innebærer å jobbe med å endre negative samspill som har etablert seg som et mønster i en familie. Ved å se problemet eller symptomet som oppstått i en relasjonell kontekst, er det også i denne konteksten en tenker at løsningen på problemet ligger.

I studien til Davis og Piercy (2007a) var en av konklusjonene at et fellestrekk for alle metodene var at fokus i behandlingen var på å endre dysfunksjonelle relasjonelle mønstre, og at dette ble knyttet til terapiens suksess. Å endre dysfunksjonelle mønstre ble gjort ved å få klientene til å bli oppmerksomme på interaksjonsprosessen ved å roe ned prosessen, hjelpe klientene til å se sin rolle ved å innta et metaperspektiv til seg selv, og hjelpe til med å innta en mer sunn holdning ved å oppmuntre til personlig ansvar i relasjonen. Det ble også jobbet med å myke opp i tanker, følelser og atferd og gi plass til den andre parten i relasjonen. Disse intervensjonene var felles for de tre ulike metodene, til tross for at de teoretisk sett har ulike tilnærminger til terapien (Davis og Piercy 2007a).

I Blow og Sprenkle (2001) sin Delphi studie hvor utvalget var en gruppe eksperter på familierapifeltet ble også endring av dysfunksjonelle relasjonelle mønstre trukket fram. Familierapi er egnet til å jobbe med endring av samspill og lære nye ferdigheter fordi terapeuten kan jobbe direkte med hele familien. Atferdsmessige strategier ble sett på som en viktig faktor som var felles i familierapiteorier, og også i paneldeltagernes personlige mening og hva som førte til terapeutisk endring.

6.6.3 Redefinering av problemet - "reframing"

Å redefinere problemet ("reframing"), blir nevnt i flere av studiene. Dette innebærer å gi alternative forklaringer på en atferd eller et problem. Dette åpner opp for å se det problematiske på nye måter, og kan gi alternative handlingsmuligheter. Det kan innebære og gi en mer positiv vinkling på problemet eller gi det en ny mening. For eksempel, så kan sterke konflikter hos et par omdefineres som "en brennende lidenskap" som til slutt kan gjøre forholdet deres sterkere (Dallos og Draper 2010, 63 og 74).

I studien til Blow og Sprenkle (2001) var et resultat at alle paneldeltagerne trakk frem teknikker som kan hjelpe klientene å se problemene på en annen måte. Dette ble trukket fram både som en fellesfaktor i de ulike familieterapiteoriene, og hva paneldeltagerne personlig mente førte til endring.

Også i studien til Davis og Piercy (2007a) var redefinering av problemet ("reframing") en fellesfaktor. Alle terapeutene fokuserte på å redefinere de attribusjonene som klientene tilla hverandre, og som opprettholdt den negative interaksjonen. Terapeutene så ofte at de meninger som den ene parten tilla den andres atferd, var en årsak til det negative interaksjonsmønsteret. Dette ble derfor gjenstand for intervensjoner. De jobbet blant annet med og utforske alternative forklaringer på ektefellens atferd.

I caseanalysen til Blow mfl (2009) var terapeuten dyktig på å bruke "reframing", og dette bidro til å skape håp for paret. For eksempel så redefinerte hun parets uenighet om oppdragelse av barna til at de var to mennesker som begge ville det beste for barna. Hun redefinerte kvinnens sinne og impulsivitet til høy energi og motivasjon til å forbedre forholdet. Terapeutens redefineringer var meningsfulle for paret, og de brukte også selv hennes fortolkninger etter hvert.

Studien til Ward og Wampler (2010) viser også at "reframing" kan brukes til å øke håp i terapien. Terapeutene beskrev at en redefinering av problemet kan gi klienter et nytt perspektiv på situasjonen, og at dette kan skape håp. Å redefinere tidligere negative hendelser eller vanskeligheter som en mulighet for å lære, og å vokse som et par, gir klientene mulighet for å vurdere alternative handlinger og skaper håp.

6.6.4 Arbeid med følelser

I studien til Davis og Piercy (2007a) var regulering av følelser et resultat. Dette innebar at klientene lærte å kjenne igjen og regulere følelsene sine for å kunne endre på det negative samspillet i parforholdet. Videre å gå fra å reagere på følelsene sine til å være forståelsesfull på følelsene til partneren. De tre modellene hadde ulike metoder for å oppnå dette.

Blow mfl (2009) foreslår at parterapi som fokuserer på følelser, er en god tilnærming til behandling av aggresjonsproblemer. Paret i caseanalysen ble hjulpet til å identifisere og håndtere sinne. Å se det ekstreme sinne i sammenheng med relasjonen, gjorde at det ble forståelig i en kontekst. Derfor ble intervensjoner i forhold til følelser på relasjonsnivå ideelt i denne saken.

I studien til Blow og Sprenkle (2001) ble ikke arbeid med følelser tillagt noe vekt i sluttresultatet. Dette til tross for, som forfatterne påpeker, at familierapi er en ideell kontekst hvor emosjonell tilknytning kan skje. En av paneldeltagerne mente at grunnen til at arbeid med følelser ikke nådde frem, er at følelser ikke blir fokusert på i familierapilitteratur. En annen mente at de terapeutene som lar seg tiltrekke av familierapifeltet, hovedsakelig ikke er komfortable med følelser.

6.6.5 Oppsummering

I forhold til intervensjoner og teknikker, så trekker alle studiene frem spesifikke teknikker som blir brukt i terapiforløpet, og anser dette som viktig for å skape terapeutisk allianse og for å bidra til terapeutisk endring. Mange teknikker ligner på hverandre, uavhengig av hvilken metode eller modell som brukes for arbeidet. Noen forhold stakk seg fram i gjennomgangen av litteraturen, og dette var relasjonell konseptualisering av problemet, å arbeide med dysfunksjonelle relasjonelle mønstre og å redefinere problemet. Artikkelen trekker imidlertid også frem en rekke andre teknikker og intervensjoner som ikke er gjengitt her. Arbeid med følelser blir ikke vektlagt i alle studiene. Det er interessant, som Blow og Sprenkle (2001) trekker fram, at dette tradisjonelt sett ikke legges så mye vekt på i familierapi, når familierapi som ramme gir et ideelt sted hvor emosjonell tilknytning kan skje. Resultatene i dette utvalget av studier, legger sammenlagt mer vekt på kognitive aspekter (relasjonell konseptualisering og redefinering) og atferdsmessige aspekter (endring av dysfunksjonelle mønstre) når det kommer til de intervensjonene og teknikkene som brukes i terapien. Det kan hende at nyere former for familierapi legger mer vekt på arbeid med følelser. For eksempel,

så var en av modellene i studien til Davis og Piercy (2007a, 2007b) emosjonsfokusert terapi, og her er arbeid med følelser sentralt.

6.7 Hvordan er forholdet mellom fellesfaktorene?

I studien til Ward, Linville og Rosen (2007) ble det gjort to regresjonsanalyser på sammenhengen mellom de uavhengige variabler terapeutisk relasjon, klientens motivasjon, utenomterapeutiske faktorer og håp og forventning, og to avhengige variabler; klientens endring og terapiens hjelpsomhet. Analysene viste at, utenom håp og forventning, så var de uavhengige variablene korrelert med hverandre i stor grad. Dette innebærer at det er vanskelig å skille disse faktorene fra hverandre, og finne påvirkningen av en spesiell faktor på terapeutisk endring.

Studien til Blow m.fl. (2009) peker på flere fellesfaktorer som endring ble knyttet til for et par i terapi. De påpeker også at endringsprosessen er kompleks, og at det ikke er lett å skille ut hva som faktisk skjer. De skriver at det mest sannsynlig var et samspill av faktorer som førte til en bedring i relasjonen i den konkrete saken.

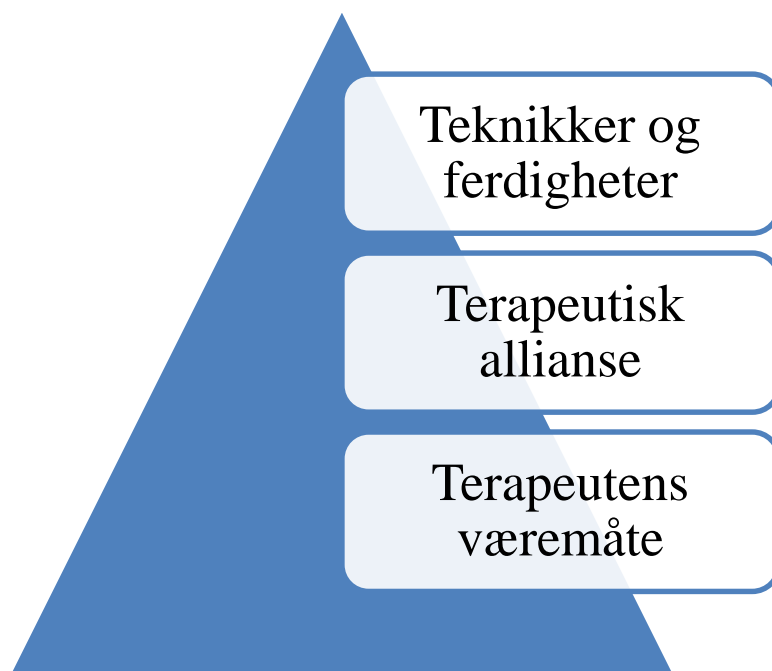
En endringsprosess i terapi er kompleks, og inndelingen i ulike fellesfaktorer kan virke mer avgrenset enn det i virkeligheten er. Faktorene er ikke så avgrenset, og de påvirker hverandre. En kan for eksempel anta at klientenes motivasjon for behandling er sterkt knyttet opp mot en god terapeutisk allianse, og at disse to forholdene vil påvirke hverandre gjensidig. Dessuten er terapeutens egenskaper en viktig faktor når det kommer til å inngå og opprettholde en god terapeutisk allianse. Teknikk og behandlingsmetode spiller også en viktig rolle forhold til det som skjer i terapi, og det kan også påvirke den terapeutiske alliansen.

Mye litteratur, inkludert denne oppgaven, presenterer fellesfaktorer hver for seg, og dette kan gi et forenklet bilde av virkeligheten dersom det ikke beskrives hvordan faktorene relaterer til hverandre i praksis. Dette kan imidlertid fort bli en komplisert affære. I det følgende blir derfor en modell for sammenhengen mellom de ulike faktorene presentert.

Fife, Whiting, Bradford og Davis (2014) presenterer en metamodell som beskriver sammenhengen mellom intervensjoner eller teknikker, den terapeutiske allianse og terapeutens væremåte. En metamodell er ment å ha fokus på prinsipper for terapi, heller enn teori eller teknikk, og vil derfor kunne brukes ved ulike terapeutiske modeller eller stadier i

behandling. Artikkelen ble kåret som en av to artikler, til årets beste i 2014 i tidsskriftet *Journal of Marital and Family therapy* på grunn av kvaliteten og betydningen for utvikling av fagfeltet (Piercy 2015, 133).

Metamodellen som Fife mfl (2014) presenterer, illustrerer at effektiv terapi ikke bare involverer hva vi gjør, men også hvem vi er og hvordan vi betrakter våre klienter. Forfatterne skriver at en effektiv bruk av ferdigheter og teknikker avhenger av kvaliteten på den terapeutiske alliansen, som igjen skjer på grunnlag av terapeutens væremåte, som holdningen til klienten (Fife mfl. 2014,21).



Øverst i pyramiden er ferdigheter og teknikker. Modellen illustrerer at disse kun er terapeutiske når grunnlaget for terapeutisk allianse er lagt og når terapeuten har en væremåte som fremmer en god relasjon. Psykoterapiforskning viser at hvem terapeuten er som person spiller en sentral rolle for ens profesjonelle rolle som terapeut. Verdier som trekkes frem er holdning, godhet, og å se klienten som en person heller enn et objekt (Fife mfl 2014,24). Forfatterne påpeker at måten man er på ikke er avhengig av hvilken skole eller modell en arbeider innenfor. Det er heller ikke en motsetning å være tilhenger av en modell og å ha en god væremåte ovenfor klienter. Det kan trekkes linjer mellom det som Fife mfl definerer som

terapeutens væremåte og til Rosenzweig (1936) sitt fokus på viktigheten av terapeuten sin personlighet og til Carl Rogers (1957) bidrag til forhold som må være tilstede for vellykket terapi; kongruens, positiv aktelse og empati. Når et problem oppstår i et nivå av pyramiden vil løsningen ofte finnes i nivået under (Fife mfl. 2014,27). Dersom en intervensjon ikke fungerer som tenkt, eller klientene viser skepsis eller misnøye, er det ikke sikkert det hjelper å bytte til en annen teknikk eller intervensjon. Det kan være nyttig å se hvordan alliansen fungerer. Og, hvis det ikke er noen god allianse tilstedet kan terapeuten se om det er noe i måten han eller hun opptrer på som kan være til hinder for dette.

7. Drøfting og avslutning

7.1 Hva kan kvalitativ forskning i familierapi fortelle oss om hva som bidrar til terapeutisk endring, sett fra et fellesfaktorperspektiv?

Psykoterapiforskning konkluderer med at faktorer som er felles for ulike terapeutiske metoder er viktig for terapeutiske endring. Resultatene i denne litteraturstudien viser at dette også gjelder for familierapi. I likhet med forskning på psykoterapi trekkes klientfaktorer, håp og motivasjon, terapeutfaktorer og den terapeutiske alliansen frem, i tillegg til de ulike intervensjonene og teknikkene.

Den mye refererte modellen til Lambert (1992) over virksomme faktorer i terapi, var en av inspirasjonskildene til temaet for oppgaven. Modellen til Lambert viser at 40 prosent av bedring hos pasienter kan tilskrives utenomterapeutiske faktorer, 30 prosent kan tilskrives terapeutisk allianse, 15 prosent kan tilskrives placeboeffekten og 15 prosent av bedringen hos pasienter er som følge av spesifikke teknikker. Siden den tid har det kommet en del ny forskning på feltet, og også Lambert har påpekt at disse prosentene kun er veiledende.

Funnene i litteraturstudien min presenterer et litt annet bilde av hvilke av faktorene som tillegges størst vekt for terapeutisk endring i familierapi. Klientfaktorer, eller utenomterapeutiske faktorer legges ikke like mye vekt på i funnene av denne litteraturgjennomgangen, som i modellen til Lambert. En grunn til dette kan være fordi det tradisjonelt sett ikke legges så mye vekt på klientfaktorer i familierapilitteratur.

Terapeutfaktorer nevnes ikke alene i modellen til Lambert. Dette ble lagt vekt på i studiene som er grunnlaget for analysen min. Det har kommet mye psykoterapiforskning de siste årene

som dokumenterer terapeutens betydning for utfallet i terapi. Håp og motivasjon fremstår som et spesielt viktig tema i analysen min, dette får en andel på 15 prosent i modellen til Lambert. Intervensjoner og teknikker legges det også mer vekt på i studiene jeg har gjennomgått enn i modellen til Lambert. At intervensjoner og teknikker blir tillagt stor vekt her, kan gjenspeile at studiene i utvalget mitt representerer en moderat fellesfaktortilnærming, hvor det ansees at å ha en modell for terapien er viktig når det kommer til hva som gjør terapi vellykket.

Jeg har gjort en litteraturstudie på seks artikler fra fem kvalitative studier, som til sammen oppsummerer meningene til 61 terapeuter og 51 klienter. Jeg har ikke gjort en systematisk gjennomgang av all tilgjengelig litteratur, og studiene kan ikke forklare noen kausalitet mellom prosess og utfall. Dette gjør at funnene i seg selv ikke er generaliserbare, men må sees i lys av annen forskning. Studiene gir imidlertid et godt bilde av hvordan terapeutisk endring har skjedd i de ulike terapiforløpene som er studert i studiene, og hva terapeutene og klientene opplever som nyttig i terapi. Artikkene, gir utfyllende beskrivelser av de fenomenene som knyttes til terapeutisk endring, og dette gjør funnene i studiene overførbare til praksis. Det er mange likheter i studiene, noe som styrker funnene. På den andre siden, kan dette også representere en svakhet, fordi alle studiene har brukt et fellesfaktorperspektiv som grunnlag for utvikling av metode og analyse.

7.2 Implikasjoner for forskning

Det er behov for mer forskning på fellesfaktorer i familierapi. "Fellesfaktorbevegelsen" er en relativt ny strømning i terapifeltet. Det kan være lett å la seg begeistre av nye ideer, men forskningen er mangelfull og flere sider ved feltet må utforskes.

Det kunne være nyttig å forske mer på de utenomterapeutiske faktorene i terapi, og hvordan en kan bringe disse forholdene inn i terapirommet i større grad. Når artiklene i litteraturstudien min sammenlignes, legges det forholdsvis lite vekt på klientfaktorer. Mesteparten av livet leves imidlertid utenfor terapirommet. En kan anta at også det som skjer utenfor terapirommet har en stor betydning for hvordan klienten møter problemene sine, og for hvordan problemer løses. Viktige livshendelser og problemstillinger tas gjerne med i terapi, men kanskje kan også hverdagslivet i større grad inkluderes. Videre er det også et viktig poeng å studere hvordan klientene tar med erfaringer fra terapien til hverdagslivet. Ole Dreier (2008) har forsket på nettopp dette. I kvalitative case-studier studerte han hvordan

klientene gjorde nytte av terapien i hverdagslivet. Fordi problemene til klientene oppstår i hverdagslivet, er det også her de må løses (Dreier 2015).

Hvilke terapeutkarakteristikker som fremmer og hemmer bedring hos klientene er det viktig å få økt kunnskap om. Ikke med tanke på å skille de gode terapeutene fra de dårlige, men for å bringe et større fokus på den personlige utviklingen som terapeut.

Studiene i litteraturstudien min har forsket på vellykkete terapiforløp, og/ eller det som er ingredienser i vellykket terapi. Det kan også være nyttig å forske på terapiforløp som ikke har vært vellykket. Slik får man ikke bare kunnskap om hva som er hjelpsomt i terapi, men også om hva som ikke er nyttig, eller kanskje til og med gjør situasjonen verre.

Det er et skille mellom individualterapi og familierapi, med ulike utdanninger og ulike tradisjoner både innenfor forskning og praksis. Innenfor individualterapi har forskningen på fellesfaktorer kommet mye lenger enn innenfor familie- og parterapi. Det er derfor et stort omfang av forskning i individualterapi som handler om temaet for oppgaven min. Som familierapeuter kan det være nyttig å se på forskning og praksis innenfor individualterapi for å utvide kunnskapsbasen for praksisen vår, og for å kunne forske på familierapi på nye måter.

Det er en stor utfordring å knytte forskning til praksisfeltet og gjøre det praksisrelevant, sett fra en utøvende familierapeuts ståsted. En viktig hensikt med forskning i terapi bør være å bidra til å utvikle den terapeutiske praksisen. Spørsmålet er hvorvidt funnene i aktuelle forskningsprosjekter når helt ned til den enkelte utøvende terapeut. Effektstudier kan kanskje oppleves som vanskelige tilgjengelige for familierapeuter som er mer opptatt av den prosessen som skjer i terapirommet. Som Rønnestad (2009) redegjør for, skal evidensbasert praksis i psykologi inkludere en bredde i forskningstilnæringer i tillegg til terapeutens klinisk ekspertise, og dette i konteksten av klientens karakteristikker, kultur og preferanser (Levant 2005 i Rønnestad 2009). Dette innebærer at randomiserte kontrollerte studier (RCT) ikke lenger må sees på som den eneste ”gyldige” kunnskapen når evidensbasert praksis skal utformes. Jeg tenker at først når hovedvekten av forskning innen familierapi ikke lenger behandler spørsmål om hvilken metode som er best egnet for hvilke type vansker eller problemer, men også undersøker *hvordan* terapeutisk endring skjer, så vil forskning oppleves som nyttig for den enkelte utøvende terapeut. Et slikt spørsmål stiller Ward og Wampler

(2010) i sin studie om håp: ”hvordan skapes håp i terapirommet?” De fikk frem utfyllende kunnskap om hvilke prosesser det er som kan skape håp. Lignende spørsmål kunne vært interessant å utforske når det kommer til andre elementer i familierapi. Kanskje kan slike typer studier bidra til at forskningen blir mer tilgjengelig, og oppleves som mer nyttig for praksisfeltet.

7.3 Hvilken betydning har et fellesfaktorperspektiv for terapeutisk praksis?

Et fellesfaktorperspektiv kan få en viktig rolle i å forbedre terapeutisk praksis. Når en har kunnskap om hvilke forhold ved terapi som er viktige ingrediensene for et vellykket resultat, så kan dette gi en indikasjon på hva ved det enkelte terapiforløp, og ved sin egen praksis som har potensial for forbedring.

Det kan være slik at dersom et terapiforhold ikke fungerer godt, vil nøkkelen til forbedring ligge i aspekter knyttet til terapeuten, klienten og den terapeutiske alliansen, heller enn i ulike teknikker eller metoder. Det kan være lett at diskusjoner etter en terapitime handler om saksforhold, og om ulike hypoteser man har om familien. Spørsmålet er hvorvidt dette bidrar til at terapien blir mer vellykket eller ikke. Kanskje er det like nyttig å reflektere over hvordan en opplever den terapeutiske alliansen, og hva en tror skal til for å styrke denne. En kan reflektere over hvordan en som terapeut påvirker familien, og hvordan en kan utvikle sine egenskaper som terapeut for å bli en dyktigere terapeut. Et annet viktig fokusområde er hvordan en kan påvirke motivasjonen og følelsen av håp hos klientene. I litteraturstudien min ble håp og motivasjon nevnt som en av de viktigste faktorene i flere av studiene.

7.3.1 Samarbeid med klienten

Flere av studiene trekker frem samarbeid med klienten, og den terapeutiske relasjonen som viktig for at terapien er vellykket. Det kan derfor være nyttig å se på hvordan dette fungerer i de enkelte terapiforløpene. Klientene kan også med fordel tas med på disse refleksjonene, igjennom systematisk tilbakemelding (feedback) eller ved åpen refleksjon. Terapeuter kan ha mange antagelser om hvordan terapien fungerer, men dersom en ikke sjekker dette ut med klientene, vil en aldri vite om en har riktig oppfatning. Systematisk tilbakemelding er, ved hjelp av spørreskjemaer, å innhente kunnskap om den pågående interaksjonen mellom klientene og terapeuten, både i forhold til alliansen, og i forhold til utfall av terapien. I to norske doktorgrader i par- og familierapi blir systematisk tilbakemelding studert (Sundet 2009, Anker 2010). Begge konkluderer med viktigheten av at dette blir inkludert i

behandlingen. I nyere litteratur blir systematisk tilbakemelding foreslått som nok en fellesfaktor i familierapi. Karam (2016,97) påpeker at stadig flere arbeidsplasser for familierapeuter bruker systematisk tilbakemelding i behandlingen som et resultat av ”managed care movement”. For å forberede studentene på dette foreslås det at ferdigheter i bruk av systematisk tilbakemelding bør integreres i utdanningen, særlig siden det er evidens for at bruken av dette forbereder praksisen.

7.3.2 Å vende blikket utenfor terapirommet

Et annet viktig område, som kanskje har fått mindre oppmerksomhet i familierapi enn andre aspekter ved terapi, er hvorvidt det er andre forhold i livet til familien som er sentrale å jobbe med, enn det som tradisjonelt forstås som terapi. Her blir samarbeid på tvers av instanser og yrkesgrupper viktig. Som familierapeut kan det være vel så viktig å ha øynene oppe for hvilken annen type hjelp familiene trenger enn tradisjonell samtalerapi, og fungere som en veiviser slik at de kommer i kontakt med de rette instansene. Utsagnet ”familier har sammensatte vansker, men møter et fragmentert hjelpeapparat”, som Frid Hanssen ved Borgestadklinikken har uttalt, gir mening her. Det er en stor utfordring i fagfeltet å kunne gi en helhetlig og godt koordinert hjelp til familier. Samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatri og barnevern er et eksempel på dette. I flere kommuner fungerer ikke dette så godt som en kunne ønske. Heldigvis finnes det også gode eksempler på at dette fungerer. NAV og bestillerkontor kan være relevante samarbeidspartnere for en familie som trenger tiltak i forhold til økonomi, avlastning/støttekontakt eller annet. Dessuten burde et tett samarbeid med skoler og barnehager være en selvfølge dersom en jobber terapeutisk med barn og ungdom. Det er her barna og ungdommene oppholder seg mesteparten av dagen, og utfordringer knyttet til det en oppsøker behandling for, oppstår like gjerne her, som i familien.

7.3.3 Både- og tilnærming, ikke enten- eller

Et legitimt spørsmål etter presentasjonen av denne litteraturstudien er om terapi vil bli vellykket dersom en fokuserer på fellesfaktorer i behandlingen. Dersom behandlingsmetoder ikke er viktige mister en rammen for det som kan kalles for terapi. Satt litt på spissen, dersom en god allianse og empatisk holdning er det en har å by på som terapeut, kunne en like gjerne spådd i stjerner og fått like gode resultater som en hvilken som helst empirisk støttet behandling. Slik er det ikke. Andre aspekter ved terapi er også viktige. Metaanalysene som jeg har referert til tidligere i oppgaven, viser at ingen behandlingsmetoder viser til

gjennomgående bedre effekt enn noen andre. Det blir imidlertid en feil slutning å konkludere med at behandlingsmetoder ikke har effekt.

Det er ingen grunn til å nedprioritere behandlingsmetoder til fordel for fellesfaktorer. En bør integrerer disse to perspektivene i terapeutisk praksis. Enten en er tilhenger av en spesifikk metode, eller har en mer eklektisk eller integrativ stil, vil det en utfører i terapien være viktig. Det er ikke nødvendigvis den spesifikke metoden i seg selv som utgjør effekten, men aspekter ved det å ha en metode for arbeidet sitt. Bruken av metoder kan føre til større innsikt hos klientene fordi det gir dem en forklaring på det de strever med, slik studien til Davis og Piercy (2007a) konkluderer med. Behandlingsmetoder lager en ramme for arbeidet. Det kan være grunn til å tro at bruken av en metode fører til at klienten får mer tro på behandlingen, og at dette fører til håp og optimisme. Alle er faktorer som fører til økt mulighet for terapeutisk endring.

En kan tenke seg at ved å være dyktig på en behandlingsmetode, vil terapeuten utstråle en profesjonalitet og en trygghet ovenfor klienten som skaper tiltro til at behandlingen vil fungere. Terapeuten vil dessuten ha et kart å gå etter for å sikre at endringsprosessen er i bevegelse mot det ønskete utfallet av terapien. Det er også slik at selv om det eksisterer forskning som viser at ingen terapeutiske metoder skiller seg fra hverandre når det kommer til effekt, så er det også forskning som konkluderer med at enkelte behandlingsmetoder faktisk gir bedre effekt enn andre når det kommer til spesifikke lidelser. Samtidig er det viktig å lytte til klientenes tilbakemeldinger. Det er ikke alle behandlingsmetoder som passer for alle klienter, og dette kan i verste fall føre til en mistro til behandlingen eller frafall.

På den andre siden, i debatten om generelle versus spesifikke faktorer i terapi, så vil en ikke få gode resultater av behandlingen dersom de spesifikke teknikkene er tilstede, men hvor den terapeutiske alliansen mangler. Når det kommer til hva som skaper terapeutisk endring, er spesifikke teknikker og generelle forhold ved terapi vevd inn i hverandre, og samspillet mellom disse bør kanskje få større oppmerksomhet. Det er mulig at ved et ensidig fokus på behandlingsmetoder i familierapi, vil de som stiller seg kritiske til det, som en motvekt, ensidig fokusere på fellesfaktorer. Fellesfaktorer alene, slik kunnskapen er i dag, representerer imidlertid ikke gode nok retningslinjer til praksis.

Metoder kan sees på som et middel for å aktivisere fellesfaktorene ved at det er igjennom metodene at fellesfaktorene opererer (Sprenkle mfl 2009). Som med så mye annet som ikke er svart-hvitt bør heller ikke forholdet mellom fellesfaktorer og spesifikke metoder være enten eller. Å ha en metodebasert tilnærming til terapi utelukker ikke at en også har fokus på klientfaktorer, terapeutfaktorer, og den terapeutiske alliansen. Videre er alle klienter forskjellig, og det å tilpasse terapien til hver enkelt klient blir viktig. Noen klienter vil kanskje ha behov for at fokuset legges på den terapeutiske alliansen, mens for andre kan en tilnærming med tydelig bruk av teknikker og intervensjoner oppleves som det mest nyttige.

7.4 Konsekvenser for utdanning og veiledning

Dersom det er slik at fellesfaktorer i familierapi spiller en sentral rolle når det kommer til terapeutisk endring, så kan dette indikere at dette bør integreres i større grad i utdanningen av familierapeuter og i veiledning. Spesielt når det kommer til terapeutegenskaper og terapeutisk allianse, har det kommet en bred forskningsmessig støtte for at dette er virksomme faktorer i terapi. Dermed blir et fokus på disse forholdene ved terapi sentralt når det skal utdannes dyktige familierapeuter.

Det kan se ut som det er et gap mellom undervisningen, hvor fokus ligger på å undervise i ulike retninger i familierapi (D'Aniello 2015, Karam 2016) og den terapeutiske praksisen, hvor terapeuter har en mer integrativ tilnærming til praksis. (Lebow 1997, Orlinsky og Rønnestad 2005 i Karam 2016). En utfordring i undervisningen i familierapi kan derfor være hvordan man på en god måte skal lære studentene å integrere ulike modeller i terapi i praksisen. Når fokus i utdanningen ligger på det som er forskjellig ved ulike modeller for terapi, kan det være en utfordring for en fersk familierapeut å integrere ulike modeller i terapien på en god måte. Faren er at terapeutene kan få en ateoretisk, eklektisk tilnærming til terapi, eller at intervensjoner og teknikker velges tilfeldig (Karam, Blow, Sprenkle og Davis 2015). En fellesfaktortilnærming i utdanningen kan gjøre det lettere å integrere ulike terapeutiske modeller i den terapeutiske praksisen, fordi denne vektlegger likheter heller enn forskjeller (D'Aniello 2015, Karam 2016). Dette gjør at fokuset kommer over på de underliggende endringsmekanismene som er felles for ulike terapeutiske retninger (D'Aniello 2015). For eksempel å endre dysfunksjonelle relasjonelle mønstre eller å redefinere problemet slik at det får en ny mening.

En fellesfaktortilnærming i undervisning og veiledning legger fokus på prosessvariabler som terapeutisk allianse, terapeutens egenskaper og å skape håp og motivasjon hos klienten (D'Aniello 2015). Slike grunnleggende terapeutiske ferdigheter gjør at terapeuten får en solid plattform å stå på i møtet med klientene. Det er lett som student å bli opphengt i å huske ulike metoder og teknikker, fordi det er her fokuset ligger i undervisningen. Et større fokus på terapeutegenskaper og ferdigheter i å utvikle terapeutisk allianse kan kanskje bidra til at studentene og nyutdannede terapeuter står på en tryggere grunn i møte med klienter.

I tillegg til undervisning i ulike modeller, eller retninger innen familierapi, foreslås det et økt fokus på ferdigheter knyttet til å skape en god relasjon med klientene (Ward, Linville og Rosen 2007, David og Piercy 2007b) ferdigheter i forhold til å øke håp og motivasjon hos klientene (Ward, Linville og Rosen 2007, Blow og Sprenkle 2001) samt et større fokus på terapeuten som person og utvikling av terapeutegenskaper (David og Piercy 2007b, Fife mfl. 2014). Det er skrevet flere artikler og bokkapitler med eksempler på hvordan en fellesfaktortilnærming til terapi kan implementeres i utdannelsen av og i veiledning av familierapeuter (for eksempel Fife mfl. 2014, 28-30, Karam, Blow, Sprenkle og Davis 2015 og Karam 2016).

7.5 Avsluttende notat

Without question, finding a common core of factors to explain successful therapy would be a major breakthrough. This finding would simplify practice, training and research. It would unify the theoretical schools of MFT, which often compete against one another and find themselves in contentious struggles. In essence, it would serve as a shorthand explanation for the complexity of practice and the diversity of clients, settings, and the sometimes disparate research findings. (Sexton mfl 2004, 131).

Det Sexton mfl (2004) beskriver ville vært det ideelle. Men, som de også påpeker, så er ikke virkeligheten så enkel, og forskning på fellesfaktorer i familierapi er foreløpig langt unna å kunne gi noe samlende teori på hva som fører til terapeutisk endring.

Hva som fører til terapeutisk endring i terapi er et komplekst spørsmål, uten entydige svar. Det et fellesfaktorperspektiv imidlertid kan bidra med, er å sette et større fokus på flere betydningsfulle aspekter ved utøvelsen av familierapi, i tillegg til ulike metoder og teknikker. Et fokus på fellesfaktorer i utdannelser av familierapeuter kan bidra til at de

grunnleggende terapeutiske ferdighetene blir styrket, og gjøre det enklere å integrere modeller for terapi i praksis. Kanskje kan også et større fokus på fellesfaktorer i familierapiforskning føre til en økt interesse for forskning ute i praksisfeltet. Denne litteraturstudien viser at det er meningsfullt å innføre et fellesfaktorperspektiv på endring, også i familierapi.

Litteraturliste

- Anker, Morten G. 2010. *Client directed outcome informed couple therapy*. Dissertation for the degree philosophiae doctor. Universitetet i Bergen
- Anker, Morten og Barry Duncan. 2003. *Fellesfaktorene: Ingen ting har endret seg*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vol 50, nr 5: 494-494
- Anker, Morten G, Barry L. Duncan og Jaqueline A. Sparks. 2009. *Using klient feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting*. Journal of consulting and clinical psychology. Vol 77, no 4: 693-704
- Aveyard, Helen. 2014. *Doing a literature review in health and social care*. Berkshire: Open University Press
- Baldwin, S.A., B.E. Wampold og Z.E. Imel, 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. (referert fra Sundet 2009)
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. 2010. *Brukermedvirkning i familievernnet*. Oslo: Familievernets skriftserie nr 2/10
- Biglan, T & Terje Ogden. 2008. *The evolution of the evidence based movement*. European Journal of Behavior Analysis 9: 81-99
- Blatt, S.J., C.A. Sanislow, D.C. Zuroff og P.A. Pilkonis. 1996. *Characteristics of effective therapists: Further analyses of data from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program*. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 64, 1276-1284. (referert fra Blow mfl 2007)
- Blow, Adrian J., Nancy C. Morrison, Karen Tamaren, Kristin Wright, Melanie Schaafsma og Alison Nadaud. 2009. *Change processes in couple therapy: an intensive case analysis of one couple using a common factors lens*. Journal of Marital and family therapy. 35.3. 350-368
- Blow, Adrian J. og Douglas H. Sprenkle. 2001. *Common factors across theories of marriage and family therapy: A modified Delphi Study*. Journal of Marital and Family therapy. Vol 27, no 3: 385-401.
- Blow, Adrian J., Douglas H. Sprenkle og Sean D. Davis. 2007. *Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors*. Journal of Marital and family therapy. 33.3: 298-317

- Bordin, Edward S. 1979. *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: theory, research and practice*. Vol 16.3: 252-260
- Carroll, Lewis. 1865. *Alice's adventures in wonderland*. Lest som eBook:
<http://www.literatureproject.com/alice/index.htm>
- Dallos, Rudi og Ros Draper. 2010. *An introduction to family therapy. Systemic theory and Practice*. Berkshire: Open University Press.
- D'Aniello, Carissa. 2015. *Common factors as a road map to MFT model integration: Implications for training therapists*. *Contemporary Family Therapy: An International Journal* 37.2: 176-182.
- Davis, Sean D. og Fred P. Piercy. 2007a. *What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part 1: Model-dependent common factors across three models*. *Journal of Marital and family therapy* 33.3. 344-363.
- Davis, Sean D. og Fred P. Piercy. 2007b. *What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part 2: Model-independent common factors and an integrative framework*. *Journal of Marital and family therapy* 33.3. 344-363.
- Dreier, Ole. 2008. *Psychotherapy in everyday life*. New York: Cambridge University Press.
- Dreier, Ole. 2015. *Interventions in everyday lives: How clients use psychotherapy outside their sessions*. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*. Vol 17,2: 114-128
- Duncan, Barry. 2010. Prologue Saul Rosenzweig: The founder of the common factors. I *The heart and soul of change*. Red. Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Bruce E. Wampold og Mark A. Hubble. Washington DC: American Psychological Association.
- Duncan, Barry L, Scott D. Miller og Jacqueline A. Sparks. 2004. *The heroic client*. San Francisco: Jossey-Bass
- Duncan, Barry L og Jacqueline A. Sparks. 2008. *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Elkin, Irene, Tracy Shea, John T. Watkins, Stanley D. Imber, Stuart M. Stosky, Joseph F. Collins, David R. Glass, Paul A. Pilkonis, William R. Leber, John P. Docherty, Susan J. Fiester og Morris B. Parloff. 1989. *National institute of mental health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments*. *Archives of General Psychiatry*, 46:971-982.
- Engel, George L. 1977. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science* Vol 196, Issue 4286, 129-136

- Fife, Stephen T., Jason B. Whiting, Kay Bradford og Sean Davis. 2014. *The therapeutic pyramid: a common factors synthesis of techniques, alliance, and way of being*. Journal of marital & family therapy. Vol 40 no.1: 20-33
- Frank, J.D. 1961. *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. (referert fra Duncan 2010)
- Frank, J.D. og J.B. Frank. 1991. *Persuasion and healing (3rd ed.)*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. (referert fra Duncan 2010)
- Fraser, J. Scott, Andrew D. Solovey, David Grove, Mo Yee Lee og Gilbert J. Greene. *Integrative families and systems treatment: A middle path toward integrating common and specific factors in evidence-based family therapy*. Journal of Marital and Family therapy. Vol 38,3: 515-528
- Frieland, Myrna L., Valentin Escudero, Laurie Heatherington og Gary M. Diamond. 2011. *Alliance in Couple and Family Therapy*. Psychotherapy. 48.1, 25-33.
- Grimen, Harald. 2008. "Profesjon og kunnskap". I Profesjonsstudier, Red. Anders Molander og Lars-Inge Terum. Oslo: Universitetsforlaget
- Hårtveit, Håkon og Per Jensen. 2004. *Familien – pluss én: Innføring i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jensen, Per. 2006. *Hvordan kan "den store psykoterapidebatten" påvirke forståelsen av familierapiforskningen?* Fokus på familien 2: 91-106
- Jensen, Per 2009. *Virkningsdiskursen – Hvordan spørsmålet "hva virker i terapi?" har kommet til å dominere psykoterapiforskningen og vår egen forståelse av terapi*. Fokus på familien 3: 194-200.
- Jesson, Jill K., Lydia Matheson og Fiona M. Lacey. 2011. *Doing your literature review. Traditional and systematic techniques*. Sage Publications
- Johnsen, Astri og Vigdis Wie Torsteinsson. 2012. *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karam, Eli A. 2016. *Integrating common factors into MFT supervision*. I *Couple, Marriage and Family therapy Supervision*. Red. Karin B. Jordan. New York: Springer publishing Company
- Karam, Eli A., Adrian J. Blow, Douglas H, Sprenkle, Sean D. Davis. 2015. *Strengthening the systemic ties that bind: Integrating common factors into Marriage and Family Therapy curricula*. Journal of Marital and Family Therapy. Vol 41 (2): 136-149
- Kim, D. M., B.E Wampold og D.M. Bolt (2006) *Therapist effects in psychotherapy*. Psychotherapy Research, 16, 161-172. (Referert fra Rønnestad 2008)

- Kjøbli, John og Terje Ogden. 2003a. *Fellesfaktorer: ingen kur for alt*. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2013. Vol 50 nr 3: 263-264
- Kjøbli, John og Terje Ogden. 2003b. *Fremdeles ingen kur for alt*. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2013. Vol 50 nr 6: 603-604
- Lambert, M. J. 1992. Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. I *Handbook of psychotherapy integration* red. J.C. Norcross og M.R. Goldfried. New York: Basic Books
- Lambert, M.J., D.A. Shapiro og A.E. Bergin. 1986. The effectiveness of psychotherapy. I *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Red. S.L. Garfield og A.E. Bergin. New York: Wiley. (referert fra Lambert 1992)
- Lebow, Jay. *The integrative revolution in couple and family therapy*. I Family Process. Vol 36: 1-17.
- Levant R.F. 2005. *Report of the 2005 Presidential task force on evidence-based practice*. Washington DC: American Psychological Association. (referert fra Rønnestad 2008)
- Luborsky, L., B. Singer og L. Luborsky. 1975. *Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"?* Archives of General Psychiatry 32, 995-1008. (referert fra Sprenkle mfl 2009)
- Marcus, David K. Debra O'Connell, Alyssa L. Norris og Abere Sawaqdeh. 2014. *Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies*. Clinical Psychology Reveiw vol.34(7): 519-530
- Moltu, Christian. 2003. *Fellesfaktorer og fagdialog*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vol 50, nr 5: 492-494
- Nichols, M.P., R.C. Schwartz. 1998. *Family Therapy*. Allyn & Bacon. (referert fra Jensen 2006)
- Nissen-Lie, Helene, Hanne Weie Oddli og Bruce E. Wampold. 2003. *Fellesfaktordebatt på ville veier*. Tidsskrift for Norsk psykologforening 2013. Vol 50 nr 5: 489-491
- Orlinsky, David E., Michael Helge Rønnestad og Ulrike Willutzki. 2004. Fifty years of process-outcome research: continuity and change. I *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. Fift edition*. Red: Michael J. Lambert. Wiley
- Orlinsky, David E., Michael Helge Rønnestad. 2005. *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington DC: American Psychological Association. (referert fra Karam 2016)

- Owen, Jesse, Barry Duncan, Robert Jeff Reese, Morten Anker og Jacqueline Sparks. 2014. *Accounting for Therapist Variability in Couple Therapy Outcomes: What Really Matters?*. Journal of sex and marital therapy. 40 (6): 488-502
- Piercy, Fred P. 2015. *JMFT 2014 Best article of the year award: Whose baby is the most beautiful?*. Journal of Marital and Family Therapy, 41.2: 133-135
- Pinsof, W.M. og D.R. Catherall. 1986. *The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales*. Journal of Marital and Family therapy, 12 (2) 137-151 (referert fra Frieland mfl 2011)
- Rogers, Carl R. 1957. *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. Journal of Consulting Psychology, 21:95-103
- Rosenzweig, Saul. 1936. *Some implicit common factors in diverse forms of psychotherapy*. American Journal of Orthopsychiatry 6: 412-415
- Rønnestad, Michael Helge. 2008. *Evidensbasert praksis i psykologi*. Tidsskrift for norsk psykologforening. 45, 444-454
- Rønnestad, Michael Helge. 2009. Evidensbasert praksis i psykologi. I *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Red. Harald Grimen og Lars Inge Terum. Abstrakt forlag.
- Rønnestad, Michael Helge. 2012. Evidensbasert praksis – En bekymringsfull styringsideologi? I *Psyke, kultur og samfunn*. Red. S. Gilbert, E. Stanicke og F. Engelstad. Abstrakt Forlag
- Sánchez-Bahillo, Ángel, Aurora Aragón-Alonso, María Sánchez-Bahillo og Jan Birtle. 2014. *Therapist characteristics that predict the outcome of multipatient psychotherapy: Systematic review of empirical studies*. Journal of Psychiatric Research. 53: 149-156
- Selvini Palazzoli, M, Boscolo, L, Cecchin, G og Prata G. 1980. *Hypothesizing – Circularity - Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session*. Family Process, 19,3-12
- Sexton, Thomas L., Corinne Datchi, Lauren Evans, Julie LaFollette og Lauren Wright. 2013. *The effectiveness of couple and family-based clinical interventions*. I *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change. Sixth edition*. red. Michael J. Lambert. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc
- Sexton, Thomas L. Charles R. Ridley og Amy J. Kleiner. *Beyond common factors: Multilevel-process models of therapeutic change in marriage and family therapy*. Journal of Marital and Family therapy. Vol 30,2: 131-149
- Shadish, William R. og Scott A. Baldwin. 2003. *Meta-analysis of MFT interventions*. Journal of marital and family therapy. Vol 29 (1): 547-570

- Solem, May-Britt, Terje Tilden og Frode Thuen. 2008. *Å ta empirien på alvor – Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere?* Fokus på familien 2: 88-104
- Solem, Maj-Britt. 2013. *Understanding parenting as situated in the larger sociocultural context in clinical social work.* Child and adolescent social work journal. 30: 61-78
- Sprenkle, Douglas H., Sean D. Davis og Jay L. Lebow. 2009. *Common factors in couple and family therapy.* New York: The Guilford Press
- Sundet, Rolf. 2009. *Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy unit. A study of the use of research generated knowledge in clinical practice.* Det samfunnsvitenskapelige fakultet, Universitetet i Oslo: Avhandling nr 198.
- Sundet, Rolf. 2015. *Kunnskap i evidensens tid- mot en kunnskapsforståelse for praktiserende familieterapeuter.* Fokus på familien 1: 6-23
- Wampold, Bruce E. 2001. *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings.* Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, publishers
- Wampold, B. E., G.W. Mondin, M. Moody, F. Stich, K. Benson og H. Ahn. 1997. *A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes".* Psychological Bulletin. 122: 203-215
- Ward, David B. og Karen S. Wampler. 2010. *Moving up the continuum of hope: developing a theory of hope and understanding its influence in couples therapy.* Journal of Marital & Family Therapy. Vol 36,2: 212-218.