

Psykoterapi og problematiske kakediagrammer



Stian Solem

Institutt for psykologi, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

stian.solem@ntnu.no

Kakestykkene får det til å se ut som de ulike faktorene gir effekt uavhengig av hverandre.



Stian Solem

Foto: privat

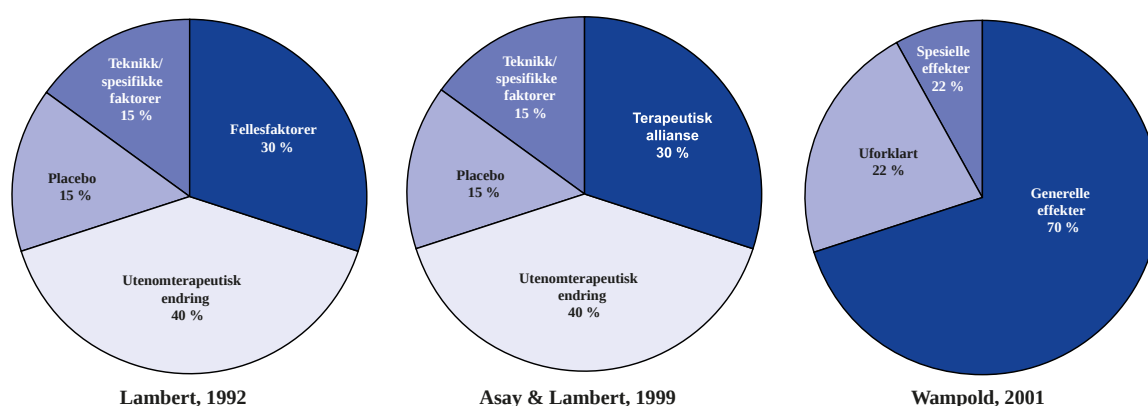
Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

De fleste norske psykologer har fått opplæring med presentasjon av kakediagrammer som skal oppsummere og illustrere hvilke faktorer som er viktige for terapiutfall basert på psykoterapiforskning. Det første publiserte kakediagrammet (Lambert, 1992) illustrerte hvor mye av endringen som kan forklares av fellesfaktorer (30 %), placebo/forventninger (15 %), spesifikke faktorer (15 %) og utenomterapeutiske faktorer (40 %). Senere har Lambert publisert lignende kakediagram, men erstattet da fellesfaktorer med terapeutisk allianse (Asay & Lambert, 1999). Figur 1 viser tre av kakediagrammene som ofte brukes i undervisningen. Kakediagrammene har blitt en måte å illustrere at det er fellesfaktorene som er viktige i terapi, og at spesifikke behandlinger/teknikker ikke har særlig betydning (Wampold, 2001). Fellesfaktortankegangen kommuniserer at ulike terapier får omtrent like utfall, fordi de har en felles samling av kurative prosesser. Fellesfaktorer blir da sett på som egenskaper ved pasienten, terapeuten, endringsprosesser, behandlingsstrukturer og relasjonen som vil gjelde på tvers av ulike terapier. I artikkelen går jeg gjennom hva slags forskningsgrunnlag diagrammene er basert på.

Figur 1



Kakediagrammer som skal illustrere hva som gir endring i psykoterapi



Det første kakediagrammet fra Lambert i 1992 viste til at estimatene var hentet fra et bokkapittel publisert i 1986 (Lambert et al., 1986). Det kan tyde på at diagrammet er basert på ganske gamle studier. Kapittelet tok utgangspunkt i flere metaanalyser fra 70-tallet om at psykoterapi er effektivt, også sammenlignet med placebo. I gjennomgangen påpekte han at metaanalyser har positive og negative sider ved seg, og at man bør vurdere nøye instrumentene som brukes til å måle utfall. Lambert refererte også til en metaanalyse (Shapiro & Shapiro, 1982) som fant at varianter av kognitiv atferdsterapi (KAT, eng. CBT) ga bedre utfall enn andre terapier, men konkluderte likevel med dodo-dommen (*the dodo verdict*: at alle terapier gir lik effekt). Det er få tall i Lamberts gjennomgang, så det er vanskelig å forstå hvordan han har brukt kapittelet fra 1986 som referanse for kakediagrammet, og hvordan han har beregnet størrelsen på kakestykkene.

Wampolds bok om psykoterapidebatten



Wampolds bok *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings* (2001) har imidlertid en grundig gjennomgang av hva som er grunnlaget for hans kakediagram (se figur 1, diagram til høyre). Wampold omtalte at psykoterapifeltet fikk en utfordring på 50-tallet som følge av Eysencks (1952) gjennomgang av behandlingsstudier på psykodynamisk og eklektisk terapi. Eysenck konkluderte med at psykoterapi ikke er mer effektivt enn spontan bedring. Wampold viste til at Smith og Glass (1977) kom psykoterapien til unnsetning i sin metaanalyse, da de fant en uvektet effektstørrelse på 0.68. Noen år senere fant Smith et al. (1980) at effektstørrelsen hadde økt til 0.85. Wampold refererte så til flere påfølgende metaanalyser og at effektstørrelsen gjerne lå på omtrent 0.80. Det vil si at 14 % av utfallet av psykoterapi kan forklares av at pasientene fikk psykoterapi (sammenlignet med ingen terapi).

Videre vurderte Wampold (2001) metaanalyser av effekten av ulike behandlingsformer og konkluderte med en mellomgruppe-effektstørrelse på 0.00 til 0.01. Han mente derfor at det ikke er noen forskjeller mellom terapier. Det var imidlertid flere funn som tyder på at det kan eksistere viktige forskjeller. For eksempel hadde kognitiv terapi en effektstørrelse på 1.3, mens *developmental psychotherapy* hadde effektstørrelse på 0.4 og gestaltterapi på 0.3. Effektstørrelsene ble beregnet i sammenligning med ingen behandling. Forskjellene ble bortforklart med at kognitiv terapi hadde mer reaktive utfallsmål, altså at måleinstrumentene var mer sensitive for endring.

Videre beskrev Wampold (2001) at spesifikke terapiteknikker forklarer 0 % av terapiutfall, mens placebo (som kan være vanskelig å definere i psykoterapiforskning) forklarer 4 %. Grunnlaget for konklusjonen hans om spesifikke teknikker var komponentstudier der man sammenligner en type behandling med samme behandling, men legger til eller fjerner et element i den ene betingelsen. Komponentstudiene han inkluderte, var imidlertid nesten utelukkende på CBT, der det som er lagt til, er progressive muskelavspenningsøvelser. Noen har også lagt til religiøst innhold eller sosial støtte, men det er sjelden at de har funnet særlig effekt av dette. Men å gå fra disse komponentstudiene av CBT til å si at spesifikke teknikker ikke har noe å si for all psykoterapi, må vel være en overgeneralisering?

Når det gjelder allianse, konkluderte Wampold (2001) med at den forklarer 5 % av terapiutfall. Her viste han til en metaanalyse av Martin et al. (2000), hvor korrelasjonen var på 0.22. Estimaten virker å være basert på gjennomsnittet av ukontrollerte korrelasjoner (som ikke kontrollerer for andre relevante faktorer).

Wampold (2001) diskuterte deretter *allegiance*, som handler om en form for lojalitet, dedikasjon eller troskap til noe. I boken blir det definert som i hvilken grad terapeuten som gir behandlingen, tror på at terapien er effektiv. I metaanalysene har *allegiance* blitt operasjonalisert på ulike måter, for eksempel som måten hypotesen ble formulert på (at man forventet at behandling A ville være bedre enn behandling B), som forsøk på å finne statistisk signifikante resultater i sekundære analyser, eller som positiv omtale av en type behandling. En annen måte å operasjonalisere *allegiance* på er å se på forfatterlisten. Wampold viste da til at i studier på *self-statement modification* var effektene større når en viss person var medforfatter enn når han ikke var det. Hinter man da til forskningsjuks, eller kan det handle om bedre opplæring i studier hvor den som utviklet behandlingsformen, er med? Wampold viste til at flere (men ikke alle) metaanalyser har funnet *allegiance*-effekter, og at størrelsen på effekten har gått opp til 0.65 (Berman et al., 1985). Basert på dette estimatet konkluderte Wampold med at 10 % av all psykoterapi blir forklart av slike effekter. Når man derimot ser nærmere på studien til Berman et al., var den begrenset til studier som sammenlignet kognitiv terapi med systematisk desensitivisering, så igjen – kan dette vurderes som en mulig overgeneralisering?



I sin diskusjon om *adherence* (etterlevelse, en indikator på at terapeuten følger manualen) konkluderte Wampold med at etterlevelse ikke har noe med utfall å gjøre. Det kan fort tolkes som at man ikke trenger å følge manualen, man kan gjøre som man vil. Jeg tenker etterlevelse i randomiserte kontrollerte studier (RCT) bør ligge veldig nær 100 %. Hvis manualen for kognitiv terapi ved depresjon spesifiserer at man skal utfordre negative automatiske tanker, men terapeuten lar være å gjøre det, er det da fortsatt kognitiv terapi?

Wampold (2001) påpekte at terapeutens kompetanse i en gitt behandlingsform kan operasjonaliseres annerledes enn etterlevelse, og at kompetanse er viktigere. Dette minner meg om en historie jeg fikk fortalt fra internklinikken ved NTNU. Studentterapeuten hadde en pasient med panikktilstand og hadde tydeligvis lest seg opp på anbefalte atferdseksperiment. Veileder beskrev en terapisisituasjon der studentterapeuten plutselig reiste seg og uten noen forklaring begynte å snurre pasienten rundt i stolen. Her skulle man tydeligvis teste ut indusering av svimmelhet, men hverken pasient eller veileder hadde kjennskap til at det var planen. Vil man da si at terapeuten har utvist etterlevelse? Men ikke kompetanse? Wampold oppsummerte forskningen på kompetanse med å si at 6–9 % av utfall forklares av terapeutfaktorer. Det er absolutt et vesentlig poeng, og det er viktig å forske på hva som gjør at noen terapeuter er mer/mindre effektive. Nyere forskning har imidlertid foreslått at institusjonseffekter (altså hvor du jobber) er mer betydningsfullt for utfallet av terapien enn terapeuteffekter (Deisenhofer et al., 2025).

I siste kapittel oppsummerte Wampold (2001) gjennomgangen med at spesifikke effekter forklarer på det meste 8 % av terapiutfall, generelle effekter (fellesfaktorer) 70 %, mens 22 % forblir uforklart. Wampolds bok avslutter med mange anbefalinger for feltet vårt. Han mener vi burde begrense mengden RCT-forskning og heller sette søkelys på behandling i den virkelige verden. Videre anbefaler han at vi fokuserer mindre på behandlingsmanualer, og at terapeuter bør trenes opp i fellesfaktorer fremfor spesifikke teknikker. Man bør monitorere behandlingsløp, og pasienter bør velge den beste terapeuten. Hvordan man kan finne den beste terapeuten, er imidlertid noe uklart.

Kakediagrammene til Lambert (1992) og Wampold (2001) er basert på ganske gamle behandlingsstudier, men også nyere forskning har forsøkt å sammenligne betydningen av spesifikke faktorer med fellesfaktorer. For eksempel fant Cuijpers et al. (2024) at utenomterapeutiske faktorer forklarte 59 %, fellesfaktorer 22 % og spesifikke faktorer 20 %. Med andre ord ble det nå hevdet at spesifikke og ikke-spesifikke faktorer (fellesfaktorene) var omtrent like viktige. Samtidig ser man at det er stor uenighet i størrelsen på de ulike prosenttallene.

Debatten i Psykologtidsskriftet

En debatt om fellesfaktorer og spesifikke faktorer gikk også i Psykologtidsskriftet for et tiår siden. Kjøbli og Ogden (2013a) skrev at forskning tydet på at fellesfaktorer spiller en vesentlig mindre rolle enn tidligere antatt, men at både spesifikke faktorer og fellesfaktorer må anses som viktige. Forfatterne skrev videre at diskusjonen kan ha vært uheldig for fagfeltet, fordi debatten har blitt dikotomisert og skapt polarisering. Den kan slik ha bremset fagutviklingen og hindret utveksling av kunnskap mellom fagmiljøer, noe som kan ha gått ut over pasientene. I et motsvar ble det påpekt at Kjøbli og Ogden begrenset fellesfaktorer til kun å gjelde allianse, mens begrepet rommer mye mer (Nissen-Lie et al., 2013). Til deres forsvar kan man jo påpeke at første gang Lambert (1992) publiserte kakediagrammet sitt, ble 30 % forklart av fellesfaktorer, men senere ble fellesfaktorer erstattet av begrepet terapeutisk allianse (Asay & Lambert, 1999, se figur 1).



Moltu (2013) imøtekom Kjøbli og Ogden på at terapeuter trolig har brukt Wampolds bok som argument for å praktisere terapi som de alltid har gjort. Moltu påpekte at det kan være utfordrende å basere seg på enkeltartikler og lurene å lese oppsummeringer. Her er vi litt uenige. Jeg tenker at det ikke er enten-eller, og at man bør se på alle typer evidens. Jeg er skeptisk til mye av det som gjøres av metaanalyser (Solem, 2025), og synes det er viktig å se på *både* enkeltstudier og metaanalyser. Ved å gå nærmere inn på enkeltstudiene kan vi lettere forstå hvorfor noen finner stor effekt, mens andre finner liten/ingen effekt.

I et annet motsvar fra Nissen-Lie et al. (2013) ble det advart mot å hevde at noen behandlinger/teknikker har bedre effekt enn andre, og de brukte angstbehandling som et eksempel. Forfatterne skrev at eksponering for personer med angst kan ta mange former, som stolarbeid eller overføringsarbeid, og viste til at «alle behandlingsformer som er ment å ha terapeutisk effekt mot angst, er omtrent like effektive». Referansen de brukte (Benish et al., 2008), er en metaanalyse av studier av personer med posttraumatisk stresslidelse (PTSD), altså ikke alle angstlidelser, og omtrent alle av de inkluderte studiene er ulike varianter av CBT. En nyere metaanalyse av PTSD fant derimot at det kan være meningsfulle forskjeller mellom ulike behandlinger (Jericho et al., 2022). I motsetning til metaanalysen fra 2008 hadde Jericho et al. (2022) med nyere studier fra og med 90-tallet og plasserte ikke alle mulige behandlingsformer i én gruppe.

En utfordring med dodo-dommen for oss som driver med forskning eller behandling av personer med tvangslidelse (OCD), er at det foreligger få eller ingen studier på andre behandlingstilnærminger enn ulike typer CBT. Da kan vi ikke vite noe om hva slags effekt andre typer behandling har for OCD, og det vil være en overgeneralisering å hevde at dodo-dommen gjelder også her.

Både Moltu (2013) og Nissen-Lie et al. (2013) påpekte det jeg tror de fleste er enige i, inkludert Kjøbli og Ogden, nemlig at fellesfaktorer og spesifikke teknikker henger sammen, og at man ikke bør sette disse opp mot hverandre. I Kjøbli og Ogdens (2013b) motsvar til motsvarene beskrev de at Moltu viste forståelse for hva de faktisk forsøkte å formidle, og at det i stor grad handler om hvordan Wampolds resultater ofte blir forstått og kommunisert. Underforstått vil det da si at spesifikke faktorer betyr minimalt i forhold til den terapeutiske alliansen og andre fellesfaktorer når en skal forklare endring i psykoterapi.

Dodo-kritikere

Det er flere som har kritisert grunnlaget til dodo-dommen. Crits-Christoph (1997) tok for seg noe av det metaanalysen til Wampold et al. (1997) bygget på. Han viste til at enkelte av de inkluderte studiene ikke fant bedring i det hele tatt. Han stilte også spørsmål rundt hva man skal bruke som utfallsmål (primære eller sekundære utfallsmål). For eksempel har noen målt bedring for personer med OCD ved å bruke spørreskjema for depresjonssymptomer. Videre påpekte Crits-Christoph at de fleste studiene var CBT-studier, som gjør det vanskelig å uttale seg om forskjeller mellom ulike terapiretninger generelt. Han fremhevet også at Wampolds analyse knapt inkluderte noen av de mest vanlige formene for psykoterapi. Kun fire omhandlet psykodynamisk terapi, tre om behandling av barn og unge og ingen om familierapi. Dermed tuftes Wampolds dodo-dom i stor grad på CBT versus CBT-studier, og gjerne med deltakere som ikke engang har en psykisk lidelse. Videre viste Crits-Christoph til at kun 45 % av studiene som ble inkludert, hadde deltakere med påvist psykisk lidelse. De andre hadde utvalg med milde symptomer. Han var derfor skeptisk til konklusjonen til Wampold et al. (1997) om at resultatene har «profound implications for research and practice». Crits-Christoph (1997) skrev at

det kan godt tenkes at dodo-dommen er korrekt, men at vi mangler evidens for å slå dette fast for alle psykiske lidelser og behandlinger.



Chambless (2002) argumenterte i samme gate. Hun advarte mot å konkludere med at det ikke er forskjell mellom to behandlingsformer for en gitt lidelse. Chambless viste også til en metaanalyse (Luborsky et al., 1999) som kom fram til samme konklusjon som Wampold. Men hun trakk fram at Luborsky et al. (1999) inkluderte ni studier som sammenlignet psykoterapi med medisiner, og lurte på hvordan slike studier kan hjelpe oss med å si noe om hvorvidt psykoterapier har samme effekt. Videre viste hun til at metaanalysen også inkluderte studier med betingelser som kombinerer psykoterapi med medisiner, noe som gjør at man ikke vet hva som faktisk hjalp.

Chambless (2002) var også bekymret for at terapeuter vil gå ut fra at de kan gjøre hva slags psykoterapi som helst for hvem som helst basert på dodo-dommen. Hun brukte eksempel fra forskning på OCD-behandling, hvor eksponeringsterapi ble sammenlignet med progressiv muskelavslapning i fire studier. Alle studiene fant at eksponering ga bedre effekt. Derfor mente hun at det ikke ville være riktig å gi denne gruppen muskelavspenningsterapi. På samme måte stilte hun spørsmål ved om man bør gi interpersonlig terapi for OCD. Siden det ikke var noen studier på det, er det vanskelig å si at man bør gjøre det. Hun argumenterte også for at metaanalyser som kombinerer alle typer behandling og typer klienter, ikke vil være informative for en kliniker, men heller misledende. Hun påpekte at det vil være vanskelig å få tilstrekkelig mengde data til å sammenligne alle de vanligste behandlingene for alle typer psykiske lidelser, og at før vi har det, er det for tidlig å konkludere.

Beutler (2002) slo litt mer på stortrommen og konkluderte med at dodo-dommen er utdødd. Han kritiserte også Luborsky et al. (2002) sin gjennomgang av metaanalysene, fordi alle pasienter blir sett på som en homogen gruppe og 150 ulike behandlinger blir krympet ned til fem kategorier. Ved å gjøre dette har man på forhånd antatt at alle pasienter er like, og at alle behandlinger er like. Da er det heller ikke rart at man kommer frem til konklusjoner som støtter dodo-dommen.

Diskusjon

Jeg har en tendens til å tvinge ting inn i fotballmetaforer. Å diskutere hvorvidt fellesfaktorer eller spesifikke faktorer er viktigst for utfallet, blir litt som å si at det enten er formasjonen til fotballaget, den fysiske formen deres, de tekniske ferdighetene, eller hvor samspilte de er, som vil være den eneste avgjørende faktoren for resultatet i kampen. Det vil være vanskelig å isolere effekten til én slik faktor. Et fotballresultat er ikke bare en konsekvens av om formasjonen er 4-4-2 eller 4-3-3. Det er også forskjell på om du skal spille mot Barcelona eller Brann. Og det er forskjell på om laget ditt er Liverpool eller Lyn. Derfor er jeg også uenig i Wampolds (2001) konklusjon om at terapeuter bør trenes opp i fellesfaktorer fremfor spesifikke teknikker. Jeg tenker man må trenes i begge deler, på samme måte som fotballspillere ikke kun trener kondisjon.

Wampold (2001) mente funnene som indikerer lik effekt på tvers av behandlingsformer kunne bety to ting: enten at de (studiene? terapiene? behandlingene?) inneholder like effektive ingredienser, eller at ingrediensene er ganske like (som to Aspirin med ulik farge). Dette er også kjent som «purple hat therapy» og viser til påstanden om at en behandlingsform er unik hvis man har satt en lilla hatt på terapeuten. Bildet har ofte blitt brukt på EMDR, hvor øyebevegelsene blir sett på som den lilla hatten, og at behandlingen egentlig er vanlig eksponeringsterapi. Jeg mener det også kan være et tredje alternativ, nemlig at de fleste metodevalgene som ble gjort i studiene som ligger til grunn for

Wampolds (2001) konklusjon, gjør at det blir umulig å oppdage særlige forskjeller. Det er fordi alle mulige behandlinger for alle mulige lidelser (og ofte personer uten psykiske lidelser) sauses sammen.



Implikasjoner av kakediagrammene

Kjøbli og Ogden (2013a, 2013b) samt Moltu (2013) var alle inne på at dodo-dommen kan ha utilsiktede konsekvenser. Det kan bli en slags hvilepute der man i mer eller mindre grad ser bort fra et faglig forankret teoretisk rammeverk som informerer terapien. Wampold (2001) hevdet at noen tolker det som at *anything goes*, eller at spesifikke ingredienser ikke har noe å si, men han påpekte at det ikke var hensikten med boken hans. Hvis man ser på spørreundersøkelser av hva de fleste terapeuter faktisk gjør, ser man at hovedfokuset ligger på å være varm, respektfull og empatisk (Cook et al., 2010). Spesifikke teknikker fra ulike teoretiske skoler blir sjeldnere brukt, og veldig få (5 %) bruker behandlingsmanualer. Det samme fant man blant norske psykologer, hvor 3 % sier de ofte bruker behandlingsmanualer (Johnson et al., 2016).

Spørsmålet blir da hva kakediagrammene gjør med oss psykologer. Om det faktisk er slik at vi tenker at det ikke har noe å si hva vi gjør, eller hvem som gjør det, så lenge vi gjør det empatisk. Tenker vi at det kun er allianse som gjelder, fordi allianse blir gjerne sett på som «fellesfaktoren over alle»? Det har nylig blitt diskutert om man må være psykolog for å drive terapi, fordi det viktigste er å få en god allianse med pasienten (Spilde & Jakobsen, 2023). Ressem (2023), som har master i psykologi og har jobbet som samtaleterapeut ved et lavterskeltilbud, tar opp at kanskje hvem som helst med de rette egenskapene kan gi like god hjelp. Han beskrev at det å være et lyttende og støttende medmenneske kan være nok, fordi det er ikke noen vesentlig forskjell på de ulike behandlingsformene.

Forskere som fremhever fellesfaktorene, har veldig mange gode argumenter. Terapeutvarians er også svært relevant, selv i spesifikke behandlinger for spesifikke lidelser. Jeg er også enig med Wampolds (2001) 25 år gamle konklusjon – man bør fortsatt ha mer forskning på terapieffekt i den virkelige verden, at behandlingsforløp bør monitoreres, og at systematisk bruk av pasienttilbakemeldinger er fornuftig.

Høstmælingens (2023) nylige drøfting av evidensbasert praksis konkluderte også med dodo-dommen og viste blant annet til at APA (American Psychological Association) listet opp hele 16 behandlingsformer med dokumentert effekt for depresjon. Det er imidlertid ikke like mange som er klassifisert til å ha *sterk* vitenskapelig støtte. Det siste gjaldt kun ulike CBT-varianter (atferdsaktivering, kognitiv terapi, problemløsningsterapi og mindfulness-basert CBT) og interpersonlig terapi. De øvrige behandlingsformene var beskrevet som å ha beskjeden støtte, og studiene av dem var noe gamle og merket med at de trengte oppdatering av evidensstatusen.

Uavhengig av hvilken behandlingsform terapeuter benytter, hadde Høstmælingen en fin konklusjon om å teste ut behandlingsrasjonale med pasienten. Man bør jo ikke starte opp med noe pasienten synes virker lite logisk eller ikke tror vil være til hjelp. Vi kan heller ikke forvente at psykologen skal beherske alle mulige behandlingstyper. I slike tilfeller kan det bli behov for videre henvisning.

Studentterapeuten som snurret pasienten sin rundt, er jo et eksempel på en velkjent terapeutisk teknikk, men brukt på en uheldig måte. Pasienten hadde ikke fått et behandlingsrasjonale. Terapeuten har derfor ikke sjekket ut om pasienten opplever teknikken som en fornuftig tilnærming som pasienten tror kan hjelpe, og terapeuten hadde ikke sjekket ut om hen syns tilnærmingen virket fornuftig. De hadde ikke oppnådd felles enighet om at det var dette som skulle gjøres i timen. Men om vi visste utfallet av den terapien, hadde vi ikke blitt noe klokere på om det var fellesfaktorene eller

spesifikke faktorer som hadde forklart utfallet. Det er sjelden enkle kausale mekanismer i terapi, og det er vanskelig å fange opp slike prosesser i metaanalyser.



Motstridende metaanalytiske funn

Det kan godt hende dodo-dommen kan være korrekt når det gjelder visse behandlingsformer for noen type lidelser, men vi har ikke nok eller riktig designede studier til å teste det ut på en fornuftig måte per dags dato. De som vil utfordre dodo-dommen, viser ofte til behandling av OCD og spesifikke fobier, men også metaanalyser som omhandler andre tilstander kan tale mot dodo. For personer med sosial angst konkluderte man med at individuell CBT har større effekt enn andre terapier (Mayo-Wilson et al., 2014). For personer med panikklidelse fant en metaanalyse at visse typer teknikker (helst eksponering/atferdseksperiment) var assosiert med bedre utfall (Sánchez-Meca et al., 2010). En metaanalyse tydet også på at metakognitiv terapi kunne være mer effektivt enn CBT for pasienter med angst eller depresjon (Normann & Morina, 2018). Men disse studiene vil også kunne lide av de samme utfordringene som de andre metaanalysene, med mange ulike varianter av terapi som grupperes sammen: terapeuter med ulik grad av opplæring, utvalg som varierer i alvorlighetsgrad, og en sterk dominans av CBT-studier.

Fravær av evidens er ikke det samme som evidens for fravær av effekt. Men når man ikke har evidens, skal man da anta og generalisere fra relatert forskning? Det kan tenkes at de som argumenterer for fellesfaktorer og mot spesifikke faktorer, kan være like selektive i sin gjennomgang av forskningen som personer som kun forfekter spesifikke modeller for spesifikke lidelser. Fremfor å sette dem opp mot hverandre bør man heller fokusere på å øke kunnskapen om hvordan de interagerer (Nissen-Lie, 2018). Derfor mener jeg vi bør unngå kakediagrammene og vi bør unngå å tenke enten-eller. Det blir en overforenkling, når det etter alt å dømme foreligger interaksjonseffekter mellom spesifikke faktorer og fellesfaktorer.

Referanser

- Asay, T. P. & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. I M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Red.), *The heart & soul of change: What works in therapy* (s. 23-55). American Psychological Association.
- Benish, S. G., Imel, Z. E. & Wampold, B. E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 746–758. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.10.005>
- Berman, J. S., Miller, R. C. & Massman, P. J. (1985). Cognitive therapy versus systematic desensitization: Is one treatment superior? *Psychological Bulletin*, 97(3), 451–461. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.97.3.451>
- Beutler, L. E. (2002). The dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 30–34. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.30>
- Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13–16. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.13>
- Cook, J. M., Biyanova, T., Elhai, J., Schnurr, P. P. & Coyne, J. C. (2010). What do psychotherapists really do in practice? An Internet study of over 2,000 practitioners. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(2), 260–267. <https://doi.org/10.1037/a0019788>
- Crits-Christoph, P. (1997). Limitations of the dodo bird verdict and the role of clinical trials in psychotherapy research: Comment on Wampold et al. (1997). *Psychological Bulletin*, 122(3), 216–220. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.216>

- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Harrer, M. & Karyotaki, E. (2024). Non-directive supportive therapy for depression: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders*, 349, 452–461. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.073>
- Deisenhofer, A. K., Hehlmann, M. I., Rubel, J. A., Lutz, W., Schwartz, B., Bräscher, A. K., Christiansen, H., Fehm, L., Glombiewski, J. A., Heider, J., Helbig-Lang, S., Hermann, A., Hoyer, J., In-Albon, T., Lincoln, T., Margraf, J., Risch, A. K., Schöttke, H., Schulze, L., Stark, R., ... Odyniec, P. (2025). Love yourself as a therapist, doubt yourself as an institution? Therapist and institution effects on outcome, treatment length, and dropout. *Psychotherapy research*, 35(5), 793–806. <https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2352749>
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319–324. <https://doi.org/10.1037/h0063633>
- Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60, 142–150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>
- Jericho, B., Luo, A. & Berle, D. (2022). Trauma#focused psychotherapies for post#traumatic stress disorder: A systematic review and network meta#analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(2), 132–155. <https://doi.org/10.1111/acps.13366>
- Johnson, S. U., Hoffart, A., Havik, O. E., & Nordgreen, T. (2016). A survey of clinical psychologists' attitudes toward treatment manuals. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(5), 340–346. <https://doi.org/10.1037/pro0000108>
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2013a). Fellesfaktorer: ingen kur for alt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(3), 263–264. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013as03ae-Fellesfaktorer-ingen-kur-for-alt>
- Kjøbli, J. & Ogden, T. (2013b). Fremdeles ingen kur for alt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(6). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2013/06/fremdeles-ingen-kur-alt>
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. I J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Red.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (s. 94–129). Basic Books.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A. & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. I S. L. Garfield & A. E. Bergin (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (s. 157–211). John Wiley and Sons.
- Luborsky, L., Diguer, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., Halperin, G., Bishop, M., Berman, J. S. & Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A «wild card» in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95–106. <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.1.95>
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Seligman, D. A. & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive and well – mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2–12. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.1.2>
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438–450. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.438>
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranouzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E. & Pilling, S. (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1(5), 368–376. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70329-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70329-3)

- Moltu, C. (2013). Fellesfaktorer og fagdialog. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5). <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2013/05/fellesfaktorer-og-fagdialog>
- Nissen-Lie, H. A. (2018). Effekten av psykodynamisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 55, 416–427. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2018as06ae-Effekten-av-psykodynamisk-psykoterapi>
- Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. W. & Wampold, B. E. (2013). Fellesfaktordebatt på ville veier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(5), 489–491. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2013as05ae-Fellesfaktordebatt-pa-ville-veier>
- Normann, N. & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Ressem, J. (2023). Kvalitet eller kaos: Kan hvem som helst tilby samtaleterapi? *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/2023/05/kvalitet-eller-kaos-kan-hvem-som-helst-tilby-samtaleterapi/>
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A. I., Marín-Martínez, F. & Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30(1), 37–50. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.08.011>
- Shapiro, D. A. & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: a replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92(3), 581–604. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.92.3.581>
- Smith, M. L. & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752–760. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.9.752>
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The Benefits of Psychotherapy*. Johns Hopkins University Press.
- Solem, S. (2025). Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 8, 482–489. <https://doi.org/10.52734/DLXA2543>
- Spilde, I. & Jakobsen, S. E. (2023). Kan pasienter bli like friske av å snakke med en som ikke er psykolog? *Forskning.no*. <https://www.forskning.no/helse-psykisk-helse-psykiske-lidelser/kan-pasienter-bli-like-friske-av-a-snakke-med-en-som-ikke-er-psykolog/2236238>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Erlbaum.
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, «all must have prizes». *Psychological Bulletin*, 122(3), 203. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>

