

Heilt forelska i Modum Bad

Bruce Wampold, ein av dei fremste psykoterapiforskarane i verda, har innleidd eit kjærleiksforhold til ein viktig aktør i norsk psykologi. Kvar månad pakkar han snippsekken og dreg frå University of Wisconsin i Madison, USA til Vikersund i Buskerud for å leia forskingsinstituttet ved Modum Bad.

TEKST:

Arne Olav L. Hageberg

PUBLISERT 5. januar 2012

EMNER

Effektforskning

relasjon

Resonans

Placebo



TERAPEUTPERSONEN: Nokre grunnleggande evner må vera til stades. Vi kan ikkje bare ta eit tilfeldig utval med menneske og gjera dei til gode terapeutar, understrekar Bruce Wampold. Foto: Arne Olav L. Hageberg

– Sanninga er at eg er heilt forelska i det dei gjer på Modum. Det finst ikkje noko som kan samanliknast med det i USA – særleg ikkje på ein institusjon som er tilgjengeleg for folk flest. Dei gjev psykologisk behandling, men i eit menneskeleg og kulturelt rikt miljø. I statane ville eit tilsvarande tilbod sjå ut som eit sjukehus, tida ville vore avgrensa, og målet ville vore å få deg til å reisa så snart som råd, seier Wampold.

«– Psykologisk behandling tilbyr ein relasjon, men i tillegg masse meir. Og dette «meir» er at vi gjer noko. Men forkinga viser altså

at det ikkje har noko å seia nøyaktig *kva* vi gjer»

Forskingsleiaren understrekar at konteksten omsorga blir gjeven i, er ekstremt viktig. Folk vurderer ikkje bare den enkelte terapeuten, dei vurderer systemet som tek seg av dei. Manglande tillit til systemet fører til resistens mot *kva* behandling som helst.

– Eg blei involvert i Modum Bad i 2010, då eg var konsulent for eit forskingsprosjekt i regi av forgjengaren min, Leigh McCullough, fortel amerikanaren.

Wampold er altså ikkje den første meritterte professoren som dreg over Atlanteren for å driva med psykologisk forskning midt i den norske granskogen. I 2007 busette Leigh McCullough seg i Mjøndalen og tiltredde stillinga som forskingsleiar. Bakgrunnen var at ho heller tilfeldig blei kjent med Gry Stålsett, ein av psykologane ved Modum. Slik byrja ballen å rulla. Då McCullough tidlegare i år blei sjuk, fekk Bruce Wampold tilbod om å overta. Og slik fekk Modum Bad ein forskingsleiar med eit namn som ber med seg eit drag av fagleg kontrovers for alle som har følgd med i evidensdebattar og tilstøytande meningsutvekslingar – både her heime og i USA.

Relasjon med noko attåt

– *Slik eg har forstått det, er konklusjonen i boka di The great psychotherapy debate at relasjonen mellom klienten og terapeuten er det viktigaste.*

– Vel, eg vil gjerne utdjupa det litt. Relasjonen eksisterer alltid side om side med ei eller anna form for behandling. Det let seg ikkje gjera *bare* å ha ein relasjon. Det er her arbeidet mitt nokre gonger blir misforstått. Når vi snakkar om relasjon, meiner vi banda mellom terapeut og klient, men vi snakkar også om ei semje om felles oppgåver og mål. Pasienten og terapeuten må altså *gjera* noko. Det held ikkje bare å ha kontakt.

Wampold understrekar at relasjonar i seg sjølv er helande. Vi veit mykje om kor viktig det er for menneske å ha sosial kontakt med andre. Men dette er ikkje heile sanninga når det kjem til terapi – der finst relasjonen alltid i ein kontekst der ein jobbar saman mot eit mål.

– Psykologisk behandling tilbyr ein relasjon, men i tillegg masse meir. Og dette «meir» er at vi *gjer* noko. Men forskinga viser altså at det ikkje har noko å seia nøyaktig *kva* vi gjer. Ein som er orientert mot kognitiv åtferdsterapi, kan tematisera attribusjonar i ein gjeven situasjon. Ein interpersonleg orientert terapeut vil jobba med å skapa betre sosial fungering, ein dynamisk orientert terapeut vil jobba med tilknytingsproblematikk og ubevisste forsvarsmekanismar. Alle gjer dei noko forskjellig, men dei gjer det same i det at dei hjelper pasienten til å gjera noko som er sunt for han eller ho.

Behandling med resonans

Om du skal rettleia andre terapeutar, så kan du altså ikkje føreskriva ei bestemt behandling – framfor ei anna?

– Mi innstilling er at det er mange overtydande og effektive behandlingar. Det viktige er kva for behandling pasienten aksepterer og trur på. Ulike pasientar likar ulike behandlingar.

Wampold forklarar at terapiforskinga viser korleis mange fell ut av kliniske forsøk, nær halvparten. Behandlinga gjev ikkje resonans hos dei og verkar ikkje fornuftig.

– Ein treng eit variert tilfang av behandlingar – gjeve av dyktige terapeutar. For det som faktisk gjer ein forskjell, er behandlaren.

Lèt det seg då gjera å læra terapeutar opp til å bli gode terapeutar, eller i det minste betre? Wampold svarar med eit klart ja.

– Vi er i ferd med å avdekka kva gode terapeutar gjer og kva dei ikkje gjer.

Forsking på opplæring av lærlingar gjev gode resultat. Men sjølv sagt: Nokre har eit større potensial enn andre til å bli gode terapeutar. Ikkje kven som helst kan bli verkeleg god.

Opprørt forskar

Mistanken om at terapeutisk ståstad og metode ikkje hadde noko å seia for utfallet av terapien, dukka første gong opp då Bruce Wampold underviste studentar.

– Eg lærte dei at for den og den lidinga måtte dei bruka den og den behandlinga. Eg var overtydd om at det var det forskinga viste. For generalisert angstlidning sa eg dei skulle bruka kognitiv åtferdsterapi, og for fobiar eksponeringsbasert terapi. Og lærebøkene konkluderte i sine kapittel om ulike lidingar med at ei spesifikk behandling var den som var *the treatment of choice* for ulike lidingar. Men i og med at eg hadde denne mistanken, bad eg studentane lesa forskingsartiklane som låg til grunn for behandlingsvala og levere ei oppgåve om kor vidt dei fann støtte for behandlinga i forskinga.

Det fann dei ikkje, og som forskar blei Bruce Wampold opprørt over å oppdaga at den anbefalte behandlinga ikkje var forskingsbasert. Ut av dette vaks den første store metaanalysen med samanlikning av behandlingar, som altså bekrefta funna frå studentoppgåvene.

– I dag har vi gjort det same for spesifikke lidingar, ikkje bare for terapi generelt. Vi har sett på effekten av ulike behandlingar for alkoholisme, posttraumatisk stresslidning, dei fire vanlegaste barnelidingane: ADHD, depresjon, angst og åtferdsforstyrningar ...

– Og kva type behandling ein nyttar, har ikkje noko å seia, her er resultata svært stabile?

– Svært stabile, ja.

Seigliva myte

Den første store studien til Wampold blei ferdigstilt i 1997, men allereie frå slutten av 1970-talet og framover har forskarar vist det same, som Mary Lee Smith, Gene V. Glass og Thomas I. Miller i boka *The benefits of psychotherapy* (Johns Hopkins University

Press, 1980). Andre viktige namn i denne forskningstradisjonen er Lester Laborsky og David Shapiro. Om det ikkje er sant, kvifor er då denne myten om ulik effekt av ulike terapeutiske tilnærmingar så seigliva?

– Eg trur den er seigliva fordi den byr seg fram som og gjev inntrykk av å vera vitenskapleg. Og den blir fremja av personar som hevdar den er vitenskapleg.

Wampold dreg parallellen til medisinen. Om nokon hevda at den eine behandlinga ikkje var betre enn den andre her, ville vi kalla det ein latterleg påstand. Når nokon seier det same om psykisk helse-feltet, at det er nokre psykologiske behandlingar som er meir verksame enn andre, så trur vi på det, fordi vi hentar logikken frå medisinen.



I STARTGROPA: – Vi byrjar å forstå kva som gjer at ein god terapeut er i stand til å skapa alliansar med eit breitt spekter av pasientar, fortel den mykje siterte terapiforskaren Bruce Wampold. Foto: Arne Olav L. Hageberg

– «Her er den nye behandlinga som vi har bevist er betre.» Det verkar som ein fornuftig påstand å koma med.

Tanken om at psykologien kan vera vitenskapleg nett som medisinen, er tiltalande. Ein fokuserer på kva behandlinga består i, finn ut kva behandling som er den beste, og

tenkjer at det ikkje har noko å seia kven som tilbyr behandlinga.

– Medisinen har kvitta seg med karisma – det betyr ikkje noko kven som gjev deg pilla, det er behandlinga som gjeld. Slik vil vi psykologar også vera. Problemet er at modellen ikkje passar. Og spør ein pasientar kva som er viktig for dei, er svaret relasjonen til terapeuten. Dei ønskjer terapeutar som er tillitvekkande, som forstår dei, som jobbar for deira interesser, seier Wampold.

Placebo

– *Det verkar nesten som om terapeuten er psykoterapiens placebo ...*

– Hm ... vel ... vi veit at forventingane terapeuten maktar å skapa, er svært viktige, som i medisinen. Det finst mykje forskning på placebo som er veldig fascinerande. Det er ikkje lenger eit stygt ord.

– *Ja, eg har jamvel lese at placeboeffekten har blitt sterkare.*

– Ja. Det finst nokre studiar som viser at placeboeffekten av antidepressiv aukar. Men eg er nølande til å bruka ordet placebo, fordi nokon alltid vil seia at psykoterapi er bare placebo. Det er ein problematisk ting å seia. Ein annan måte å uttrykka det på er å seia at terapeuten er den som skapar forventinga om at pasientane har kontroll over symptoma eller det som plagar dei. Det psykoterapi gjer, er å hjelpa pasientane til å overvinna desse problema.

– *Eg kan sjå at dette truleg kan vera sant når det gjeld PTSD, ADHD og depresjon, men om ein ser på psykotiske pasientar, eller djupt deprimerte, finn ein då det same?*

Wampold viser til at det er alltid råd å diskutera om lidingar er klart biologisk funderte, eller om dei beror på mentale prosessar. Men han meiner den psykobiososiale modellen er viktig. Det finst inga enkel grense mellom kva som er biologisk og kva som er sosialt, for dei sosiale aspekta ved menneske har enorm påverknad på hjernen. Slike klare skiljelinjer er eigentleg ikkje fornuftige. Det har stor påverknad på psykotiske pasientar om dei for eksempel stolar på eiga evne til å leva med hallusinasjonar. Og integreringa av ein psykotisk person i eit sosialt nettverk er heilt avgjerande.

«- Eg blir lett imponert. Når eg les godt utførte teoretiske presentasjonar blir eg raskt overtydd»

– Kan psykoterapi hela dei biologiske komponentane i ein psykose? spør Wampold retorisk. – Truleg ikkje, men vi har heller ikkje medisinar som gjer det. Sosiale intervensjonar kan derimot gjera mykje for å gje personar med psykose eit betre liv.

Klientstyrt eller klientorientert

Sjølv om Wampold går langt i å seia at pasienten sine forventingar er viktige for korleis ein legg opp terapien, er han kritisk til å bruka omgrep som brukarstyrt terapi. Han er slik ikkje heilt på linje med Scott Miller og hans Klient- og resultatstyrte praksis (KOR).

– Scott og eg er vener, så vi har diskutert dette mange gongar. Eg er einig med han i mykje av det han seier, så der har du det diplomatiske svaret, smilar Wampold.

– Det er riktig at ein må retta merksemda mot pasienten og mot kva for betring som blir oppnådd. Og ein må vera i stand til å vurdera betringa. Dette er respektfullt, og det har effekt.

Wampold fortel at det finst forskning som tyder på at terapeutar faktisk ikkje er godt orienterte om kva framsteg klienten gjer – om dei ikkje gjer strukturerte vurderingar. Forskinga på klientorientert terapi viser at terapeutar er veldig dårlege til å sjå kva for pasientar som blir dårlegare.

– Når det kjem til *klientstyrt* terapi, så ser eg det litt annleis. Pasientar kjem til terapi fordi dei allereie har prøvd ut mange andre mislukka strategiar for å bli betre. Så dei kjem for å få hjelp frå ein kunnskapsrik ekspert – terapeuten. Når ein seier at klienten styrer terapien, så bommar ein litt på målet, meiner eg. Eg ville heller kalla det ein felles innsats. Terapeuten har kunnskapar om psykiske lidingar og ulike former for behandling, og skapar forventingane om at dei har ei løysing som pasienten ikkje har tenkt på før. Men terapeuten tilbyr ikkje behandlinga slik ein lege tilbyr eit legemiddel og seier: «Her har du medisinen. Den vil gjera deg betre.» Det er snakk om eit samarbeid.

Rakettforskning

– *Kva har vore den største utfordringa i psykoterapiforskinga di?*

– Psykoterapiforskning er påfallande kompleks – på nokre vis er medisinsk forskning mykje enklare. Du har ei behandling, og du har ganske tydelege utfall.

I psykoterapi er det derimot regelen at utfalla er tvitydige. Og folk kjem ikkje bare for å bli kvitt symptoma, det er også snakk om ting som livskvalitet og funksjon i kvardagen.

– For ein med ei tvangsliding er det ikkje nok å bli kvitt symptoma; dei vil koma i arbeid, dei vil oppleva kjærleik og finna ein partner, dei vil bli integrert med familien, og dei vil kjenna seg lukkelege eller tilfredse med livet. Så utfalla er komplekse, og prosessen er tilsvarande kompleks. Sjølv når ein ser på behandlingane som er aller klarast definerte, som kognitiv åtferdsterapi, så er momenta som dukkar opp over tid, og samspelet mellom pasienten og terapeuten, veldig omfattande. Så å få noko fornuftig ut av det er like komplisert som kjernefysikk, på eitt vis. Det er så mange variablar som det ikkje er råd å kontrollera, i ein dynamisk, kaotisk prosess.

– *Er det då i det heile mogleg å presentera det for andre, og kva er den beste måten å gjera det på?*

– Kanskje smurte eg litt tjukt på, for vi gjer verkeleg framsteg her. Vi byrjar å forstå kva som gjer at ein god terapeut er i stand til å skapa alliansar med eit breitt spekter av

pasientar.

Wampold viser til Timothy Andersen si forskning på terapeutar. Han evaluerer dei først med ein skriftleg test. Deretter ser han på utfallet av behandlingar dei gjennomfører. Testen består av ei pasienthistorie som terapeuten skal respondera på. Det viser seg at terapeutane som gjer det godt på testen, også er betre til å hjelpa pasientar i ein reell terapisisituasjon.

– *Kan det vera at denne evna til å bygga sterke alliansar bygger på nokså enkle prinsipp, som det er råd å læra bort, lat oss seia i løpet av eit seksvekers kurs?*

– Nokre grunnleggande evner må vera til stades. Vi kan ikkje bare ta eit tilfeldig utval med menneske og gjera dei til gode terapeutar, understrekar Wampold.

– Vi vel folk som har potensial, som er motiverte, og vi lærer dei evnene som er nødvendige. Men eg tenkjer at det er som å læra kva for helst ei kompleks ferdigheit; det krev store mengder medviten øving. Seks veker er kan henda nok til å læra det grunnleggande, men ein må øva, på pasientar og med tilbakemeldingar, for å bli ein ekspert.

– *Om du hadde eit friår og ubegrensa med forskingsmidlar, kva ville du gjort?*

– Eg ville bruka tid på spørsmålet vi har snakka om no: Kva gjer nokre terapeutar meir effektive enn andre? Når eg har sagt at vi byrjar å finna svar på dette, så er det verkeleg sant at vi er i startgropa.

Blir lett imponert

– *Har du sjølv ein favorittmetode som terapeut?*

– Eit svar er: Eg blir lett imponert. Når eg les godt utførte teoretiske presentasjonar, blir eg raskt overtydd. Høyrer eg god psykodynamisk teori, så tenkjer eg: «Ja, dette er verkeleg bra», og les eg kognitivt orienterte skildringar av tankemekanismar så tenkjer eg: «Ja, dette er verkeleg bra.» Eg kan forstå kvifor folk blir forkjemparar for ulike retningar, for dei er verkeleg fengande og overtydande – og dei har forskingsfunn til å støtta seg. Har dei ikkje det, så kan ein starta forskning som gjev dei støtte.

Problemet er, seier Wampold, at ikkje alle kan ha rett om dei hevdar at deira måte er den mest riktige. Samstundes understrekar han at det er nett dette vi treng: at terapeutane trur på metoden og er i stand til å overtyda pasienten om at den vil ha effekt.

– Sjølv likar eg å sjå funksjon frå eit psykodynamisk perspektiv, eg intervenerer ganske konkret, så det kan ein sjå på som kognitiv åtferdsterapi, eg meiner at det humanistiske aspektet er viktig; møtet i rommet, og så er eg oppteken av at vi må sjå menneske som deltakande i svært komplekse sosiale system. Og då trur eg at eg har gitt alle litt.

BRUCE WAMPOLD

- Professor ved University of Wisconsin, USA og forskingsleiar ved Modum Bad
- Ein av dei fremste psykoterapiforskarane i verda
- Forfattar/medforfattar av åtte bøker, mellom anna *The great psychotherapy debate* (Routledge, 2001)
- Har forska på kva for komponentar som gjer psykoterapi verksam

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 1, 2012, side 86-89

TEKST:

Arne Olav L. Hageberg, Journalist og nettansvarleg i Psykologtidsskriftet