

- Terapeuter bør ikke være for opptatt av å bli likt

Å unngå vanskelige følelser i terapien gjør at pasienten liker terapeuten, men pasienten blir ikke bedre av den grunn, fant Pål Ulvenes. Hans forskning på båndet mellom pasient og terapeut vekker internasjonal oppsikt.

TEKST:

Nina Strand

FOTO:

Unni Tobiassen Lie

PUBLISERT 6. august 2013

EMNER

psykoterapi

Kognitiv terapi

Selvbilde



ØYET SOM SER: - Vanligvis formidles psykologisk kunnskap gjennom tekst. Men det er fabelaktig å lære ved å observere gode terapeuter i arbeid, og å se hva som faktisk foregår i terapier, sier Pål Ulvenes. I doktorgradsarbeidet analyserte han videoopptak av 1000 terapitimer.

Psykotterapi virker, det er godt dokumentert. Men hva er det egentlig som virker? Pål Ulvenes sammenlignet to terapimetoder for å undersøke hva som bidrar til endring.

«- Jeg tror ikke båndet i kognitiv terapi er svakere, men det er en annen type relasjon, mindre interpersonlig utfordrende»

Det er en utbredt oppfatning at effekten av forskjellige terapeutiske metoder er ganske lik, samtidig som det er store forskjeller i resultat innenfor hver enkelt metode. Det har ført til sterk interesse for de såkalte fellesfaktorene i psykotterapi, særlig for relasjonen mellom pasient og terapeut. Pasienter med god effekt av terapien rapporterer om en ekte, empatisk og varm terapeut som formidlet håp. Men hva hvis en i stedet for å spørre pasient eller terapeut observerer terapiprosessen slik den utfolder seg i den enkelte timen og gjennom hele terapiforløpet? Pål Ulvenes og kollega Lene Berggraf ved Modum Bad analyserte samspillet mellom pasient og terapeut i nesten 1000 terapisesjoner for å finne ut mer om hva som fremmer og hemmer endring.

1000 timer under lupen

Pasientene i forskningsprosjektet fikk henholdsvis kognitiv terapi og dynamisk korttidsterapi, to behandlingsformer som er svært ulike. Spørsmålet var: Hva gjør at pasienten endrer seg i de to terapiformene? Er prosessene like eller forskjellige?

Ved å engasjere 25 psykologistudenter som assistenter kunne forskerne studere 50 pasienter som hver fikk 40 timer terapi. Sesjonene ble filmet, og studentene ble opplært til å registrere presise data fra videoopptakene om samspillet mellom pasient og terapeut. Hvert tiende minutt stoppet de opptakene og skåret på flere skalaer, og til slutt svarte de på et større batteri med spørsmål om den aktuelle sesjonen. Slik fikk en kartlagt både hva terapeuten gjorde og hvordan pasienten reagerte på det, og hvilke temaer som var aktuelle for hver av pasientene i de enkelte timene, forklarer Ulvenes.

Han peker på at studien utvider og nyanserer bildet sammenlignet med effektforskningen, som tradisjonelt måler situasjonen før og etter terapi og konkludert ut fra et gjennomsnitt. Dermed tas det ikke høyde for at pasientene – og terapeutene – er forskjellige.

– Vår undersøkelse fører oss ett skritt nærmere i forståelsen av den enkelte pasientens opplevelse av terapien i de ulike fasene, sier psykologen.

Unngår ubehagelige temaer

Forskerne som også studerte effekten ved avslutningen av terapiene, ville teste ut en hypotese: Kan det å legge sterk vekt på en god allianse, på det å bli likt av pasienten, gå ut over arbeidet med vanskelige følelser og temaer? I så fall ville det bety at det pasienten hadde kommet for å få hjelp for, ikke ble tatt ordentlig fatt i. Og funnene

bekreftet hypotesen: Mange terapeuter var redde for å gå for tidlig inn i kompliserte temaer, de var opptatt av å bygge en solid allianse først.

– Vi fant at det å unngå fokus på følelser fører til et bedre bånd mellom pasient og terapeut, de liker hverandre bedre. Samtidig blir ikke utfallet av terapien godt hvis en unngår å snakke om det som er ubehagelig. Altså må terapeuten våge å belaste båndet til pasienten, tåle at det ikke er bra hele tiden, for å få jobba med det som er viktig, sier Ulvenes.

Dette var konklusjonen da forskerne analyserte de kognitive og de psykodynamiske terapiene under ett. Men da de undersøkte de to terapiretningene hver for seg, ble de overrasket. For betydningen av å legge vekt på følelser viste seg mye tydeligere i dynamisk terapi. I denne terapiretningen er det avgjørende å fokusere på vanskelige følelser, på ubehaget, selv om en risikerer at relasjonen ikke blir optimal. Det gjelder ikke i samme grad i kognitiv terapi. Her ledet unngåelse av følelser både til et bedre bånd og til et bedre utfall, fant forskerne.

Ulike typer bånd

Hvordan kan dette henge sammen? Ulvenes reflekterer: Vi må se nærmere på hva slags bånd det er snakk om, mener han. I kognitiv terapi jobber en mye med tanker og gjør atferdseksperimenter. Vi kan tenke oss en pasient som engster seg for å få hjerteinfarkt uten at det er medisinsk grunn til det. Nå har han sluttet med å gå i trapper av frykt for å belaste hjertet. Det å be ham gjøre det likevel, utfordrer pasienten og forutsetter et godt tillitsforhold mellom pasient og terapeut. Men i psykodynamisk terapi kreves det en annen type terapeutisk allianse, tror psykologen. Terapeuten skal på en helt annen måte oppleve problemet sammen med pasienten, og det er mellommenneskelig mer krevende.

– Jeg tror ikke båndet i kognitiv terapi er svakere, men det er en annen type relasjon, mindre interpersonlig utfordrende. Vi er kanskje på sporet av forskjellige typer bånd.

Han vil ta oss et skritt videre inn i denne tankerekka: Siden forskjellige terapimetoder har omtrent samme effekt, er det naturlig å tenke at det som virker, er det metodene har felles. Altså fellesfaktorene. Men her tenker Ulvenes annerledes.

– Fellesfaktorene må ses *i kontekst*. Karakteren i den terapeutiske alliansen må med andre ord vurderes ut fra terapiformen den fungerer i. Det betyr igjen at båndet mellom terapeut og pasient gjerne kan være annerledes i kognitiv terapi enn i dynamisk terapi. Kanskje er det til og med grunnlag for å tenke om båndet som en spesifikk faktor, som underbygger forskjellen mellom terapiformer.

Dette er ny innsikt, som allerede har blitt høyt verdsatt internasjonalt. Nå i august reiser psykologen til Honolulu, Hawaii for å motta pris for årets beste artikkel i det internasjonalt anerkjente tidsskriftet *Psychotherapy* i 2012.

– Jeg tror det var fordi vi kunne vise at fellesfaktorene virker forskjellig i ulike terapier, sier han.

Pasientens selvbilde

Ulvenes undersøkte også betydningen av selvopplevelse, eller «sense of self» i terapi. Han forklarer at selvopplevelse er et begrep for hvordan vi ser oss selv i sosiale sammenhenger. Hvis vi opplever at vi enkelt kan uttrykke oss selv og kan påvirke situasjoner med andre mennesker, har vi en sterk selvopplevelse. Hvis vi derimot ikke føler at vi kan uttrykke oss selv eller påvirke situasjoner vi havner i, er selvopplevelsen svak. Det at terapeuten tilpasser seg pasientens selvopplevelse, er viktig for hvordan pasienten reagerer på terapeutens intervensjoner, fant Ulvenes.

– Da vi kurset terapeuter i behandling av affektfobi, så vi at noen av dem buste på og prøvde å få pasientens følelser frem uten å ta hensyn til om vedkommende der og da hadde kapasitet til å håndtere sterke og vanskelige følelser. Pasientene reagerte med å føle mer skam og skyld og mer angst, nettopp følelser de kom for å få hjelp til å håndtere, forteller han.

Mye forskning har vist at når terapeuten fokuserer på følelser, vil pasienten åpne opp for følelser.

– Men er det så enkelt, spurte vi oss. Vår hypotese var at pasientens selvopplevelse spiller en rolle for om en lykkes i å få frem følelsene.

Og hypotesen ble bekreftet. Forskerne fant at pasienter som utviklet en sterkere selvopplevelse enn de hadde ved terapistart, åpnet mer opp for følelsene når terapeuten la mer vekt på følelsene enn det han vanligvis gjorde. Så hvis du som terapeut ønsker at pasienten kjenner på følelser, hva gjør du da?

– Vi svarer at hvis pasienten i en gitt time har et høyere nivå av «sense of self» enn i starten av terapien, og du som terapeut fokuserer på følelser, så vil du oppnå at pasienten åpner opp for følelsene. Hvis pasientens selvopplevelse er svak, bør du vurdere andre strategier for å få følelsene frem. Derfor er det så viktig at terapeuten følger nøye med på hvordan pasientens selvbilde utvikler seg, og tilpasser seg til det.

Vil påvirke praksis

Pål Ulvenes vil gjerne at forskningen skal være relevant, at den skal gi terapeuter kunnskap som hjelper dem i jobben de gjør. Han mener forskning tett på terapiprosesser og på enkeltindivider i terapi er et rett spor i jakten på hva som virker for den enkelte pasienten.

Ut fra sine egne funn vil han råde terapeuter til ikke å være redde for å gå inn i ubehagelige og kompliserte temaer. Legger man for stor vekt på en god allianse med pasienten, kan resultatet bli en blodfattig og lite effektiv terapi.

– Det at terapien er utfordrende, betyr ofte at en jobber med de viktige tingene.

PÅL GUNNAR ULVE NES

- Psykolog og forsker ved Modum Bad
- Forsvarte 22. april 2013 avhandlingen *Understanding Affect in Psychotherapy; A Process Study* for ph.d.-graden ved Universitetet i Oslo.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 864-866

TEKST:

Nina Strand, journalist i Tidsskrift for Norsk psykologforening

FOTO:

Unni Tobiassen Lie