

Intervju

## Advarer mot snillisme i terapirommet



Nora Skjerdingsstad  
redaksjonssekretær

Glenn Waller mener mange terapeuter er for snille i terapirommet. – Konsekvensen er at færre får hjelpen de trenger, sier mannen bak begrepet terapeutisk avsporing.



– Det er så enkelt å bare la være å gjøre pasientene våre opprørte, å være den snille terapeuten. Men det er ikke alltid det pasientene trenger.

Det sier Glenn Waller, professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Sheffield. Psykologtidsskriftet har tatt turen til konferansen til British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (BABCP), og møter Waller i grønnkledde Cardiff i Wales for å ta temperaturen på det terapeutiske landskapet Storbritannia. Lange ventelister og lavterskelterapi er overhengende temaer. Hvordan skal man på best mulig måte imøtekomme det økende behovet for psykiske helsetjenester?

Waller mener én av faktorene til at køen utenfor terapirommet øker, er at terapeuter i noen tilfeller unngår å gjøre det beste for pasientene i frykt for å gjøre dem opprørte. Resultatet, ifølge Waller, er mer eller mindre passive terapiløp som strekkes ut i tid på bekostning av de som kommer etter.

### Terapeutisk avsporing

Waller er spiseforstyrrelsesforsker og ble opptatt av fenomenet terapeutisk avsporing (therapeutic drift) da han selv underviste, veiledet og jobbet som kliniker.

Ifølge Waller refererer begrepet til tendensen terapeuter har til å ikke ta i bruk de teknikkene de vet vil fungere for pasienten. Det kan være de velger å bruke sin foretrukne terapiretning, eller velger bort visse elementer fra en terapeutisk modell, slik som kognitiv atferdsterapi.

– Det vil si at veldig mange klinikere ikke arbeider pasientorientert, men baserer de terapeutiske valgene sine på egne preferanser, sier Waller.

I praksis så han at det var mange som ikke gjorde ting etter boka. Inkludert ham selv.

*...gjennom denne unngåelsen av ubehag fjerner vi også pasientens mulighet til å overkomme sin egen kliniske angst*

– Men det er ikke nok å legge merke til at folk sporer vekk fra det terapeutiske arbeidet. Vi må skjønne hvorfor de gjør det. Å forstå de psykologiske prosessene som forårsaker terapeutisk avsporing hos terapeutene og hos kliniske veiledere er like viktig som å forstå pasienten.

## Unngår eksponering

I nyere tid har Waller i sin forskning forsøkt nettopp å avdekke hva det er som gjør at terapeuter bevisst eller ubevisst unngår å bruke visse teknikker, selv om de vet at de kan fungere godt for pasienten.

Waller trekker frem eksponeringsøvelser som eksempel.

Nylig publiserte han sammen med kolleger en systematisk gjennomgang og metaanalyse av terapeutfaktorer som spiller inn på bruk av eksponering.

Positive antagelser om eksponeringseffekt, å praktisere innenfor kognitiv atferdsterapi samt å ha opplæring i eksponering ser ut til å spille positivt inn på bruken av eksponering, indikerer funnene.

Og det er de mest engstelige av oss som velger vekk eksponering når vi kan, indikerer forskningen til Waller videre.

Han forklarer at vi noen ganger kan ha et behov for å beskytte oss selv fra det emosjonelle ubehaget knyttet til å gjennomføre eksponeringsøvelser.

– Men gjennom denne unngåelsen av ubehag fjerner vi også pasientens mulighet til å overkomme sin egen kliniske angst.

– Hvis du er en engstelig terapeut, hvordan kan du unngå å spore vekk?

– Vi må tørre å utforske, finne ut av om det vi gjør, faktisk fungerer.

Waller peker på at veiledning er helt sentralt i dette arbeidet, som eksempelvis kan skje gjennom rollespill ved å eksponere terapeuten selv for det man er engstelig for å prøve ut med pasienten.

Han legger imidlertid vekt på at avsporing og unngåelse også forekommer i veiledningsrelasjoner gjennom at vi unngår å trene på det som kan hjelpe oss til å håndtere terapeutiske situasjoner bedre, slik som å unngå å ta opp en vanskelig pasient eller unngå rollespill.

## Glasskuler

Av andre prosesser som ligger bak avsporing i terapirommet, trekker Waller frem at mange terapeuter ser på pasientene sine som veldig skjøre.

– På samme måte som vi pakker en julekule av glass forsiktig vekk for å passe på at den ikke blir ødelagt, ønsker vi heller ikke å gjøre vondt verre for personen som sitter foran oss.

Waller beskriver det som refereres til som spun-glass-teorien, først introdusert av Paul Meehl i 1973. Vi unngår å engasjere pasienter i endringsarbeid fordi vi er redde for at vi skal «ødelegge» de «skjøre» pasientene. Istedenfor nøstes terapeuten inn i sin egen sikkerhetsatferd i frykt for at det positive bildet pasienten har av oss, skal settes på prøve.

– Pasientene kommer til terapi, og vi er bekymret for at vi skal gjøre skade i de 50 minuttene timen varer. Risikoen er at vi ender opp med å ikke gjøre noen ting. Til slutt har 50 rolige minutter passert, og pasientene vender tilbake til hverdagen uten å ha lært seg de nødvendige ferdighetene for å håndtere den. En uke senere kommer de tilbake, og det samme gjentar seg.

Waller mener det hele ender opp i et passivt og uvirksomt terapiløp.

– Har du noen gang tenkt en morgen på jobb: «Skulle ønske at denne pasienten ikke kom i dag»? Det er et tegn på at du har fulgt pasienten for lenge, sier Waller.



## Spiseforstyrrelser

Waller påpeker at han til stadighet tenker slik selv. Selv har han hovedsakelig jobbet med og forsket på spiseforstyrrelser.

– Hvordan opplever du at terapeuter sporer av i behandling av spiseforstyrrelser?

Waller beskriver at det er mange intervensjoner innen behandling av spiseforstyrrelser som terapeuter ikke gjennomfører i frykt for å gjøre pasientene opprørte. Han nevner spesielt intervensjoner knyttet til endring av spisemønstre, veiing og eksponering.

Ifølge Waller resulterer det hele i at vi har mange klinikere som følger pasienter, ofte over flere år, uten at terapien kommer noen vei.

Waller mener det ligger i at terapeuter bruker snakketerapi fremfor gjøreterapi.

– Det er ikke effektivt, og terapeuten stivner i et mønster som er vanskelig å komme ut av.

Det er så mye enklere å være den snille terapeuten og si «Ser deg neste uke» til pasienten i stedet for å si «Dette fungerer ikke».

– Med økt press og lange ventelister i psykisk helsevern, bidrar klinikere følgelig til at færre får den hjelpen de trenger. Det gjennomsnittlige antall timer for en pasient med bulimi som mottar KAT, er nærmere 45 timer. Det er over dobbelt så mye som den anbefalte lengden for denne pasientgruppen. Ifølge Waller har terapeuter en tendens til kun å se pasienten de har foran seg, og glemme de som står i kø utenfor og venter på behandling.

– Du er like ansvarlig for å gi god og effektiv behandling til de som kommer etter, sier han.

Til slutt trekker professoren frem tre hovedelementer han mener kan hjelpe psykologer på rett kjø: evidensbasert veiledning, god opplæring og trening – og å være modige.

## Referanser

Langthorne, Beard, J. & Waller, G. (2023). Therapist factors associated with intent to use exposure therapy: a systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(4), 347–379. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2191824>

Waller, G. & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 129–137. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.005>

Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 119–127. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.10.018>