

Angst som råmateriale for endring

Jakten på angst er som en skattejakt, mener psykologene Gerd Kvale og Bjarne Hansen – den er ekstremt verdifull.



INTENSIVT Gerd Kvale og Bjarne Hansen (bildet) har utviklet et 4-dagers behandlingsprogram for angstlidelser. Nå eksporteres modellen til flere andre land.

Gerd Kvale og Bjarne Hansen ved Helse Bergen har utviklet et behandlingsprogram for tvangslidelser, der intensivt eksponering for angsten er en viktig ingrediens. Behandlingen har vekket interesse både nasjonalt og internasjonalt, og er kjent som «The Bergen 4-day treatment for OCD and anxiety disorders», eller B4DT. Til nå har mer enn 600 pasienter, både barn, unge og

voksne, fått terapeutassistert hjelp til å bli kvitt angstlidelsen sin. Kvale, professor i psykologi, og Hansen, med doktorgrad i psykologi, kan fortelle at man forventer umiddelbare og klinisk relevante endringer hos hele 90 prosent av deltakerne. Ved langtidsoppfølging er nesten 70 prosent av deltakerne uten en angstlidelse. Kvale utdypet hva som kan være årsaken til de gode resultatene:

TEKST

Kjersti Gulliksen*

FOTO

Paul S. Amundsen

* Takk til psykolog og PhD Cecilie Knoph for nyttige innspill i forkant av intervjuet.

– Vi forklarer pasientene at alle forsøk på å unngå eller å regulere ned ubehaget snarere forsterker det

Gerd Kvale og Bjarne Hansen

«The Bergen 4-day treatment for OCD and anxiety disorders»

- Intensivt behandlingsprogram for tvangslidelser utviklet av psykologiprofessor og psykologspesialist Gerd Kvale og psykologspesialist og PhD Bjarne Hansen ved Helse Bergen og Universitetet i Bergen.
- Kvale og Hansen har lenge hatt et tett samarbeid med den nasjonale OCD-foreningen Ananke.
- Programmet forskes på i samarbeid med Solvang DPS, Sørlandet sykehus, Molde DPS, Møre og Romsdal HF, Nidaros DPS, St. Olav og Poliklinikk for angst og tvangslidelser, Gaustad sykehus, samt Alta og Hammerfest DPS i Finnmarkssykehuset.
- Les mer om behandlingen <https://helse-bergen.no/ocd-teamet>

– På en måte tenker jeg at vi har klart å knekke selve eksponeringskoden. Kjernen i det vi gjør, er å legge til rette for at pasienten aktivt kan trene eksponeringsteknikk i så mange angstrelevante situasjoner og kontekster som mulig, med så mange sansemodaliteter som mulig, med mange forskjellige terapeuter, og i så mange normalsituasjoner som mulig. I lange økter, sier Kvale.

De retter oppmerksomheten mot oppgaver som vil gi størst endring, og ofte er dette oppgaver som er uforenlige med lidelsen. På spørsmål om hvordan modellen skiller seg fra mer tradisjonell eksponeringsterapi, forklarer Hansen og Kvale at man i behandlingen ikke bruker tradisjonelle eksponeringshierarkier. De har også gått bort fra habitueringsprinsipper om at «hvis du bare holder ut lenge nok, så går det over», og atferdsekspirerimenter der formålet er å avkrefte negative forventninger («det gikk jo bra»). Dette er erstattet av en gjennomgripende oppmerksomhet på pasientens utallige mikrovalg i selve eksponeringssituasjonen.

– Valgene er oftest automatisert, og vi starter med teknikkutøvelse for å bevisstgjøre pasientene på akkurat de øyeblikkene der de kjenner behov for å nedregulere angst og ubehag, og i disse øyeblikkene gjøre det motsatte eller «lene seg inn i angsten». Noen ganger kan det for eksempel bety at pasienten tar aktive valg om å øke usikkerhet fremfor å redusere den.

NEVROBIOLOGISK BÆREBJELKE

Oppdatert nevrobiologisk forskning, med Joseph LeDoux som en av de mest sentrale bidragsyterne (se intervju i dette nummeret), er bærebjelken i Kvale og Hansens kliniske arbeid.

– I tråd med LeDoux's anbefaling om å konsentrere behandlingen mest mulig om stimulusrepetisjon, samt å legge inn hviletid, jobber vi i lange økter. Dag to og tre i programmet utgjør én sammenhengende lang sesjon, med en viktig natts søvn imellom. Selve eksponeringsteknikken er det bærende elementet i behandlingen, forteller Kvale.

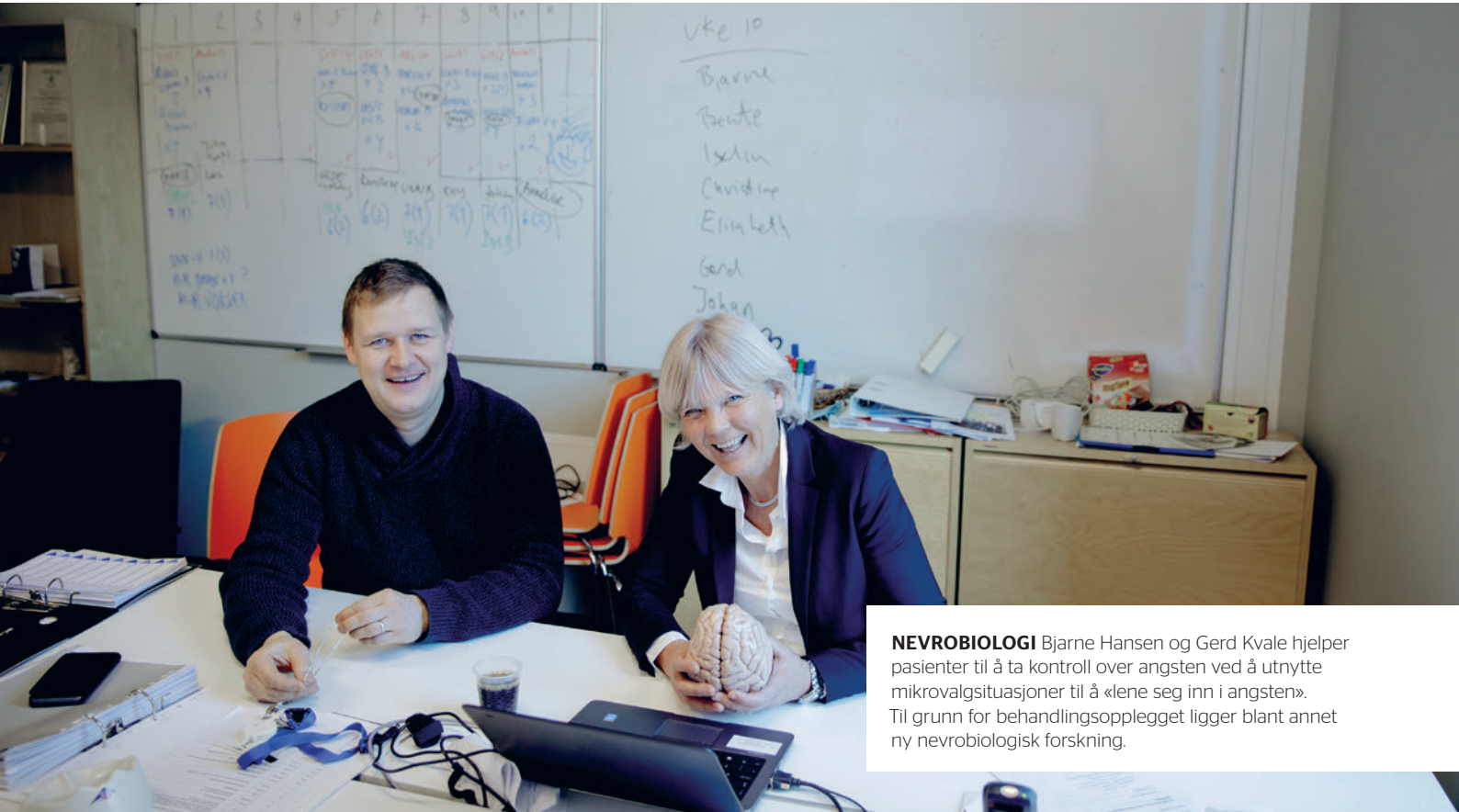
Men mens LeDoux ser ekstinksjon som en funksjon av selve stimulusrepetisjonen, altså primært som en passiv prosess, har vi et sterkt fokus på å hjelpe pasienten til å ta raske og systematiske valg som er uforenlige med angstlidelsen, sier Hansen.

– Det er den helt spesifikke kombinasjonen av eksponering for angst og den bevisste treningen på mikrovalg som er et svært potent utgangspunkt for endring. Og kanskje også noe som er vanskelig å få øye på når en jobber med dyremodeller og basalforskning.

Det aller første de er opptatt av, er å sikre at pasienten allerede før de fire dagene har tatt et aktivt valg om å bli kvitt lidelsen. De forbereder pasienten målrettet på dette, og selv om denne forberedelsen ikke tar mer enn en halvtime ekstra, ser de at den er avgjørende. Hvis pasientene ikke har tatt et aktivt valg, er det lav sannsynlighet for å lykkes, og begge understreker at de sterkt vil fraråde å gå i gang med denne typen behandling uten denne forberedelsen.

– Når det er sagt, er det nesten ingen som takker nei. De fleste har et sterkt ønske om å komme seg ut av denne vonde lidelsen. Og de er svært fornøyde i etterkant. Både med innhold, kvalitet, omfang, og ikke minst endringen.

Når pasienter er låst i angstlidelsen, forsøker de å ta direkte kontroll over de vonde og vanskelige følelsene og tankene, for å redusere dem. Slike prosjekter har ifølge Hansen og Kvale liten mulighet til å lykkes.



NEUROBIOLOGI Bjarne Hansen og Gerd Kvale hjelper pasienter til å ta kontroll over angsten ved å utnytte mikrovalgsituasjoner til å «lene seg inn i angsten». Til grunn for behandlingsopplegget ligger blant annet ny neurobiologisk forskning.

– Vi forklarer pasientene at alle forsøk på å unngå eller å regulere ned ubehaget snarere forsterker det. Det gir kortsiktig lindring og langsiktig lidelse, og ikke minst en opplevelse av hjelpeløshet og mangel på kontroll. Dette gjelder også de subtile, automatiserte nedreguleringene av angsten som de som oftest ikke er oppmerksom på at de utfører.

Et eksempel på dette, sier Kvale, kan være en som trener på å eksponere seg for potensielle smittekilder og som legger inn trøstende selvsnakk av typen «det går nok bra». Noen ganger har dette funksjon av unngåelse og nedregulering, og vi vil da kanskje foreslå at pasienten heller minner seg selv om at «nå kan jeg slett ikke være sikker på om jeg ble smittet eller ikke». Ofte er det usikkerheten som er det verste å forholde seg til, og vi jobber systematisk med å trene på å regulere dette på en ny måte.

De mener kunsten er å hjelpe pasientene til å endre modus – fra å forsøke å ta kontroll over angsten til å «lene seg inn i angsten», utnytte mikrovalgsituasjonene til å gjøre det motsatte. Oppmerksomheten rettes systematisk mot «hvor mye pasienten holdt igjen», fremfor å monitoren endringer i pasientens angstnivå. Målet er at pasientene ikke skal holde igjen angstfølelsen.

– Angsten er selve råmaterialet for endring – og gull verdt.

I dette endringsarbeidet er terapeutassistert eksponering og et solid samarbeid med pasienten vesentlig. Det er aldri snakk om å pushe eller ta valg på pasientens vegne. Hansen og Kvale understreker at pasientene

selv er eksperter på hvor de største utfordringene ligger, og at det derfor er en sentral del av behandlingen at pasienten selv forbereder eksponeringsoppgaver.

– Det er pasientene som eier selve endringsprosessen, mens vi er eksperter på hva som maksimerer endring og gir robust forandring. Når pasienten knekker koden, kan det gå svært raskt. Ofte er de svært overrasket når de ser resultatet. Ord som «magisk» går igjen når vi oppsummerer siste dag. Og da parerer vi gjerne med «ja, magisk, men ikke mystisk».

Under behandlingsoppholdet er treningen terapeutassistert, mens pasientene i de første tre ukene etter behandling rapporterer fra sin daglige trening online, via programvaren Checkware, uten kontakt med behandlerne.

– På denne måten blir det et klart skille mellom den terapeutassisterte behandlingen og pasientenes egen integrering av endringene i et normalt hverdagsliv.

Begge tror at det er det sterke fokuset på mikrovalg og emosjonell regulering, fremfor »

det å være opptatt av å primært redusere angst og ubehag, som gir en robust endring.

– Pasientene har lært seg å hanskene med disse følelsene og tankene på nye måter, og om de dukker opp igjen, gir det en ny mulighet til å konsolidere endring ytterligere.

MANGE HAR NYTTE AV BEHANDLINGEN

Siden modellen er utviklet innenfor ordinær spesialisthelsetjeneste, er det få eksklusjonskriterier.

– Og det viktigste inklusjonskriteriet er pasientens: hvorvidt de er klare til å gå i gang eller ikke. Om de ikke er klare, eller det ikke ligger til rette for at de kan ha fullt fokus på behandlingen i de fire dagene den pågår, så venter vi heller. Disse avklaringene gjør vi i forkant av de fire dagene.

Behandlingseffekten synes da heller ikke å være relatert til alvorlighetsgrad av angstlidelsen, antall komorbide diagnoser eller hvor lenge pasienten har hatt lidelsen.

– Men pasienter som er suicidale, psykotiske, bipolare i manisk fase, som ruser seg eller har svært lav BMI tas ikke inn i behandlingen, påpeker Kvale.

Behandlingen ble opprinnelig utviklet for å hjelpe pasienter med tvangslidelser, men ifølge foreløpige resultater fra et større forskningsprosjekt kan B4DT være god behandling også ved andre typer angstlidelser:

– Vi har gjennomført pilotstudier på panikk lidelse og sosialangst, og er godt i gang med å undersøke behandlingseffekten ved generalisert angstlidelse. Alt med gode resultater så langt.

Kvale forteller at pilotundersøkelsen er en del av et nasjonalt prosjekt som inkluderer pasienter med panikk lidelse, sosialangst, generalisert angstlidelse, Body Dysmorphic Disorder – og depresjon – i behandlingen. Her vil de sammenligne vanlig behandling i spesialisthelsetjenesten med B4DT, og vurdere behandlingseffekt i et kost-nytte-perspektiv.

Selv om bedring av angstlidelsen opprettholdes hos de aller fleste, vier Hansen og Kvale mye oppmerksomhet til de som opplever lite endring eller tilbakefall. De gir jevnlig tilbud til pasienter med tilbakefall, og ser at mange har nytte av en ny behandlingsrunde.

– Ofte handler dette om at det av en eller annen grunn ikke lå til rette for å gå «all in» første gangen.

Interessen for pasienter som ikke har hatt nytte av behandling for tvangslidelser eller opplever tilbakefall, har bidratt til gjennomføringen av en stor nasjonal studie, «The difficult to treat anxiety-patient».

– I denne studien har 160 pasienter som ikke har hatt nytte av eksponeringsøvelser eller/og responsprevensjon, eller som har hatt tilbakefall, deltatt i B4DT, under to forskjellige betingelser. De har enten fått placebo eller medisiner som stimulerer NMDA-reseptorer i amygdala.

De foreløpige resultatene viser at behandlingen med B4DT har vært til hjelp for pasienter som tidligere har hatt liten effekt av behandling for sin tvangslidelse. Men først når randomiseringsnøkkelen i denne studien brytes, den 31. august i år, vil Kvale og Hansen få vite om den medikamentelle tilleggsbetingelsen gir bedre resultater enn ved behandling med B4DT alene.

KUNNSKAPSBASERTE HELSETJENESTER

I sin workshop på Schizofrenidagene i Stavanger i november i fjor (se intervju i dette nummeret) argumenterte Joseph LeDoux for å integrere kunnskap fra nevrobiologisk basalforskning mer effektivt i angstbe-

handling. Kvale og Hansen understreker nettopp viktigheten av at forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap om virksomme faktorer i angstbehandling ble lagt til grunn ved utformingen av B4DT, og ikke eksisterende krav og rammebetingelser i spesialisthelsetjenesten. Kvalitetssikring har vært en integrert del av tilbudet fra første stund.

– Dette gjør at vi kan få klare svar på hvordan det går med pasientene – og vi kan sammenlikne resultater på tvers av klinikker. Dersom en klinikk leverer sub-optimale resultater, kan vi veilede dem.

– Det har også vært viktig med god ledelsesforankring, opplæring av team i stedet for enkeltterapeuter, mester-svenn-opplæring, sertifisering og benchmarking. Vårt råd er: Ikke gå i gang med fragmenter og tro at det vil lykkes.

KLINISK EKSPORTVARE

Kvale kan fortelle at den konsentrerte eksponeringsbehandlingen og de gode resultatene har gjort B4DT til noe så sjelden som en klinisk eksportvare og til en svært relevant modell for translasjonsforskning. I translasjonsforskning omsetter man kunnskap fra basalfagene inn i pasientbehandling, men overfører også kunnskap fra pasientbehandlingen tilbake til forskningen.

– Mens basalforskningen ofte starter i laboratoriet med et håp om å ha relevans for klinikken, sitter vi med de klinisk forankrede svarene på hva som skaper plastisitet og endring. Vi vet hvem som har blitt bra eller ikke, og om dette ikke gjenspeiles i de basale indikatorene er disse kanskje ikke optimale.

Kvale og Hansen leder for tiden flere nasjonale forskningsprosjekter der hjerneavbildningsteknikker, genetikk og epigenetikk står sentralt. De ble nettopp tildelt 20 millioner kroner til et nasjonalt prosjekt med tittelen «Changing mental health care: The B4DT program». Til nå har mer enn 30 klinikker og behandlingsteam sett verdien av denne behandlingsmodellen, og Kvale og Hansen er i gang med opplæring av helsepersonell både nasjonalt og internasjonalt. Av nyere henvendelser står eksport av modellen til Island for tur, samt konkrete forespørsler fra USA om å starte opplæring der. ✘