

Javisst kan terapi være skadelig



Terapi er en potent intervensjon, derfor kan det også være skadelig. Vi trenger et språk om negative konsekvenser av terapi, mener psykolog Jørgen Flor.

TEKST

Ida Holth

FOTO

Nora Skjerdingsstad

PUBLISERT 1. november 2019

– Hvordan vil du definere en skadelig bivirkning av psykoterapi?

– Det er noe som bryter med forventningene til terapien på en negativ måte. Disse forventningene må nødvendigvis være delt mellom terapeut og pasient. For eksempel er det forventet at eksponeringsterapi gir angst, men hvis ikke terapeuten har gjort det klart at dette er forventet, så blir det trøbbel. Da kan det godt være en negativ bivirkning. Eller hvis man jobber med affektfobi og sier at pasientene ikke blir dårligere, men bare får mere følelser. Ja, fint, men vet pasienten det? Eller blir pasienten overveldet og dropper ut av behandling? Du kan ha et perfekt rasjonale for det du holder på med, men hvis det ikke er en felles oppfatning av hva som forventes, så er man kanskje ute på tur.

– **Enighet om metode er en jo en ingrediens i begrepet terapeutisk allianse. Finnes det noe forskning på hvor vanlig det er å ikke dele dette rasjonalet?**

«Det er myten om bivirkningsfri terapi som skal bort, ikke bivirkningene.»

– Jeg vet ikke, men jeg vet at det finnes forskning på informert samtykke, et etisk og juridisk begrep. Vi plikter jo å si fra om dette. Jeg har en traumepasient som blir dårligere mellom de enkelte timene, men vi snakker om hva dette er. Og det tror jeg de fleste terapeuter gjør når det kommer til traumebehandling og eksponeringsterapi, men snakker man om det når det gjelder andre terapier der det ikke er så opplest og vedtatt at man har bivirkninger og symptomforverring? Dette handler også om noe mer spesifikt enn bare rasjonalet for terapien – det handler om mulig negative effekter av det vi holder på med. Jeg tror nesten alle sammen snakker om hvorfor man holder på med terapi, men jeg tror få snakker om hvordan det kan gå galt, og hvordan man merker at man er på feil kurs, spesifikt og eksplisitt. Vi som terapeuter og profesjon må utarbeide et språk om dette – et språk som ikke skremmer folk fra behandling. I boken snakker vi om trening som analogi – man blir støl av trening, det er halve poenget, og man får mere følelser, og kanskje ubehagelige følelser av terapi, og det er helt greit. Man får mer angst i angstbehandling, men hvis man dropper ut midt i det, og sitter med mer angst enn da man kom inn, så er det noe som har gått galt. Da kan vi begynne å snakke om skade, selv om det er et skummelt begrep. Vi kommer til å sitte med forskjellig type språk, fordi vi sitter med forskjellige terapier. Men man kan ikke komme unna å ikke ha begreper for det, for da sier man at det jeg gjør, har ingen risiko – og det er helt urealistisk. Da er ikke terapi potent. Og det er jo feil. Premisset for hele boka er at terapi er svært potent.



Aktuell bok

Psykolog Jørgen Flor og medforfatter Leif Edward Ottesen Kennair kommer i november ut med boken *Skadelige samtaler* på forlaget Tiden.

Flor er psykolog ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Han har også en privatpraksis ved Villa Sult og er i tillegg medlem av Fagetisk råd i Psykologforeningen.

– Hva er din opplevelse eller erfaring av manglende felles forståelse av hva det er man holder på med i terapirommet?

– Når det gjelder negative effekter har vi litt berøringsangst og kan kanskje ikke nok, vi er ikke

komfortable nok. Mange leger vil helt uproblematisk si at det er plenty med bivirkninger av en pille, og ingen føler seg støtt av det. Mens vi er redde for at da er det noe feil med oss eller meg. Det er jo mer nært det vi holder på med.

– Det er liksom noe provoserende i påstanden om at terapi kan skade? Hvorfor føler jeg det sånn?

– «Vi snakker bare sammen, vil jo bare godt». Det kan være en kunnskapsmangel. Det kan være at bokas tittel og omslag er skremmende. Jeg har blitt mer opptatt av å ivareta terapeuten på en god måte. Det er en tung bær å skulle fikse folk, og noen ganger går det galt – det er helt ok. Men det er ikke ok å si at det alltid går bra – læringsperspektivet er viktig. Men først og fremst handler det jo om å ivareta pasientene. Jeg har ingen nullvisjon her, det ville være absurd. Det er myten om bivirkningsfri terapi som skal bort, ikke bivirkningene.

– Hvorfor er det så vanskelig å snakke om at det vi gjør, kan virke negativt på pasienter?

– Vi vet at mye av det som er virksomt i terapi, er selve menneskemøtet. Vi sitter jo ikke der med et verktøy, vi sitter med oss selv, så hvis noe går galt, blir det fort personlig. Noen begynner å gruble, hva er det jeg ikke har sett? Psykologer har mye ansvarsfølelse. Vi er heller ikke trent til å forholde oss til det, og har ikke et avslappa forhold til det. Det er mange ledd på veien her for å løsne opp litt. Noen studier viser at helsepersonell fort får skylda, apropos selvmordsdebatten. Disse forventningene tror jeg vi også blir prega av. Og så leser man suksesshistorier, OCD-klinikker som får til det ene og det andre, og så sitter man der med 30 pasienter og skjønner ikke opp-ned på noe som helst, og så skal man i tillegg gjøre noe galt! Man gjør ikke nødvendigvis noe galt, for det er kanskje bare negative effekter i, og ikke nødvendigvis av, terapien. Og hvis det er av terapi, så er det ikke sikkert det er av terapeuten engang. Men noe skjer i terapien, og det er mitt ansvar å snakke om det.

– Hvorfor ble du interessert i dette temaet?

– Jeg har alltid vært litt kritisk. Hvis alle sier ja, så tenker jeg at noen må si nei. Da alle på studiet snakket om at terapi funker og vi så videoer av fortreffelig terapi, kom ideen ganske fort: Ja, men er det ikke noe gærent, noe som ikke funker? Noe var for godt til å være sant. Da jeg begynte å lete, fant jeg lite, og det jeg fant, var mye kommentarartikler og lite empiri. Mange skrev «Hvorfor skriver ingen om dette?». Så leser man ti kommentarartikler om hvorfor ingen skriver om dette, og tenker: «Hvorfor skriver ingen om dette?»

– Og hvorfor forsker ingen på dette?

– Det er det noen som gjør, men når du sammenligner med den positive siden av forskningen på psykoterapieffekt, så er det et kjempestort misforhold.

– Er det sånn at du ønsker en kulturendring der man alltid rapporterer om bivirkninger i psykoterapistudier?

– Å lage et avansert rapporteringssystem som for legemidler blir helt meningsløst innenfor vårt felt. Det handler mer om å få en bevissthet om dette i klinikken. Jeg er åpen for at det finnes mange måter å håndtere det på, men umiddelbart tenker jeg: Hvorfor ikke kreve av forskere, i hvert fall når man bruker forskningsmidler fra

universiteter og Forskningsrådet, at man omtaler negative effekter på et eller annet nivå? Forskere må plikte å rapportere dette, helst på en måte som gjør at det kan sammenlignes. Det er én metastudie som tar for seg negative effekter, og den er på depresjon og av Pim Cuijpers. Seks prosent av de gjennomgåtte studiene har mål på dette. Cuijpers snakker om risiko, og skriver at risikoen for forverring ved å ikke oppsøke behandling for dem som har en depresjon, er større enn å oppsøke behandling. Han bruker risikobegrepet på både de som går i behandling, og kontrollgruppa. Da kan vi snakke om informert samtykke: Ja, det er en risiko å gå i behandling hos meg, men risikoen er større ved å ikke komme hit.

– Dere sammenstiller pakningsvedlegget om bivirkninger som følger med legemidler, med psykoterapi?

– Sammenligningen med legemidler og bivirkninger i medisin er farlig, fordi det blir reduksjonistisk og skaper en idé om at man kan kvantifisere det. Men det må til, her må man bare kjøre på litt hardt, fordi vi har sovet i timen i 70 år, og har ikke klart å etablere et vedvarende fokus på et kjempeviktig område. Hvis man da er opptatt av hva man kaller det, har man bommet. Man må være opptatt av innholdet, fenomenet.

– Vi bruker jo aktivt en slags placeboeffekt i terapi. Dere foreslår i boka å informere om at terapien kan gå dårlig. Hva skjer da med den gode forventningseffekten?

– Jeg tror ikke det gjør noe som helst, fordi jeg tror pasientene egentlig vet dette. De skjønner det helt fint, jeg tror det er frigjørende for begge parter. Og så er det jo ikke noe spørsmål da. Juridisk så skal vi, etisk så må vi. Vi kan ikke sitte med en sånn informasjon uten å si det, bare fordi vi tror det blir bedre terapi av det.

– Hvordan informerer du pasientene dine om dette?

– Vilkårlig, lemfeldig. Jo, men det er sant. Jeg har ofte opplevd å sitte hjemme og skrive om det, og så gå på jobb og ikke skjønne hvordan jeg skal navigere i det. Jeg trenger også hjelp. Nå er vi over på et systemansvar, et ansvar for fagforening og helsemyndigheter. At dette skal være kun den enkeltes ansvar, er urealistisk.

– Hva er det verste en psykolog kan gjøre i terapi med hvilke pasienter?

«Sammenligningen med legemidler og bivirkninger i medisin er farlig»

– Jeg kjenner ikke til forskning som besvarer spørsmålet, men det kan være å bli avhengig av en psykolog som utnytter deg, og som visker ut grensene, og når du i tillegg kommer til terapi på grunn av grenseproblemer. Og langvarige terapier der man ikke vet hva formålet, er eller hvor man skal hen. Det handler om terapeuter som ikke har ryddet i hodet sitt – det er det verste. Men jeg tror ikke det er der vi skal legge lista, for

dette gjelder antageligvis såpass få. Jeg er mer opptatt av der vi alle er dårlige, der vi mister oversikt.

– Er noen terapiformer verre enn andre?

– Hakke peiling. Om jeg hadde visst det, så skulle jeg hatt sinnssykt mye dokumentasjon for å kunne si det. Men la oss begynne å forske uavhengig på forverring fremfor denne evinnelige letingen etter at min metode er bedre enn din.

– Dere tar for dere ideen om at terapi gjør vondt.

– Ja, det gjør jo det.

– Dere refererer til en forsker som sier at man skal velge den terapien som gjør minst vondt?

– Ja, Michael Linden. Han har en del snedige poenger: At gråt er en bivirkning. Men han sier samtidig at hvis man ikke finner noen bivirkninger, er det noe galt. Han er psykiater og bruker et veldig medisinsk språk. Jeg forstår det budskapet som et forsøk på å forstyrre oss litt. Vi snakker om ulike psykoterapimetoder ut fra hva som gir best effekt. Hva om man snudde det på hodet og spurte: Hvilken psykoterapimethode gjør minst skade? Hvor er forverringsratene til CBT, MCT og MDT? Rapportering om negative effekter hadde forstyrret hele psykoterapiforskningsbiten litt.

– Har du troa på den nye generasjonen psykologer når det gjelder å forholde seg til dette?

– De er enda flinkere, og det kan være farlig. Hvis de ikke har lært at de kan trå feil, og at det går bra, eller at pasientene også blir dårligere, eller hvis de bare leser suksesshistorier, og plutselig sitter på en poliklinikk og har en idé om at her skal alle danse jublende ut av terapirommet, og at ikke noen skal bli dårligere ... Så ja, jeg har troa på at de er kritiske og oppgående, men jeg er kanskje mer bekymret for at de virker så flinke.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 11, 2019, side 870-872

TEKST

Ida Holth

FOTO

Nora Skjerdningstad, redaksjonssekretær