

Ekspressbehandlingsens pris



FÅTT FART Gerd Kvale og Bjarne Hansen (bildet) har utviklet et firedagers behandlingsprogram for angstlidelser, som har fått stor oppmerksomhet og stort gjennomslag nasjonalt og internasjonalt. Helsedirektoratet mener imidlertid at det ordinære behandlingstilbudet med 16–20 timer har tilsvarende behandlingsresultater som B4DT. Foto: Thomas Nilsson/VG/NTB

Ekspressbehandling mot angst og tvang er et eksempel på vår tids patologi, mener psykologspesialist. Firedagersmodellen er ingen «kvikk fiks», svarer psykologiprofessor Bjarne Hansen.

TEKST

Øystein Helmikstøl

PUBLISERT 1. oktober 2020

EMNER B4DT

–Når det gjelder firedagerskuren, hjelper det sikkert for mange å riste i tvangsmekanismene. Men samtidig er jo denne racerbilterapien det fremste eksempelet på det sosiologen Hartmut Rosa kaller vår tids patologi, nemlig den akselererte virkeligheten.

Det sier Per Are Løkke til Psykologtidsskriftet. Han er psykologspesialist i barne- og ungdomspsykologi og arbeider som privatpraktiserende psykolog.

«Ny behandlingsmetode»

«Bli kvitt angsten på fire dager», lovet psykologiprofessorene Gerd Kvale og Bjarne Hansen og førsteamanuensis og psykolog Audun Havnen da de i Bergens Tidende reklamerte for «en ny behandlingsmetode» i 2014. Det var to år etter oppstarten av The Bergen 4-Day Treatment, B4DT.

«- Mennesket har (...) blitt et teknisk problem der det gjelder å øve, bygge, trene, eksponere eller avlære symptomer.»

Per Are Løkke, psykologspesialist

B4DT er ifølge Helse Bergen «ein konsentrert eksponeringsbasert behandling for tvangsliding (Obsessive Compulsive Disorder, OCD) og alvorlege angstlidningar.» Det er psykologene og professorene Gerd Kvale og Bjarne Hansen som har utviklet behandlingsprogrammet, som lar pasienter bli kvitt tvangslidelse i løpet av fire dager.

Ved langtidsoppfølging er nesten 70 prosent av deltakerne uten en angstlidelse, fortalte Kvale og Hansen til Psykologtidsskriftet for et par år siden.

«Men hva med resten? Hva sitter den siste tredjedelen igjen med?»

En behandling som er svært effektiv for mange, kan likevel gjøre vondt verre for noen. Problemstillingen ble reist i septemberutgaven av Psykologtidsskriftet av Per Thorvaldsen, førsteamanuensis ved Høgskulen på Vestlandet. Han oppsøkte behandling for bipolar depresjon med komorbid angst og tvangslidelse. Thorvaldsen ble ikke gitt behandling etter B4DT, men mener han ble feilbehandlet med eksponeringsterapi ved et DPS. DPS-et har ikke ønsket å kommentere kritikken.

Ny forskning på vei

Ifølge Helsedirektoratet var det 66 DPS-er i Norge i 2019. Det er ifølge Bjarne Hansen nå over 40 klinikker, både DPS-er og BUP-er, som har rullet ut B4DT eller er i gang med dette.

Helse Bergen forteller om stor interesse for modellen, både nasjonalt og internasjonalt. Forskningsresultater fra USA og Sverige er nå på vei til å bli publisert, opplyser Bjarne Hansen til Psykologtidsskriftet, og tallene ser bra ut, røper han.

«Revolusjonerende»

I fjor fikk de 111 millioner kroner til å opprette et eget forskningscenter for metoden. En feststemt helseminister Bent Høie (H) har kalt behandlingsmetoden for «revolusjonerende».

Magasinet Time rangerer Bjarne Hansen og Gerd Kvale blant verdens viktigste personer innenfor helse. Hansen selv forteller at han er delt når det gjelder hva han synes om å være med på slike kåringer, og få tildelt priser.

– Det er kjempekult å bli kåret av Time Magazine til å være viktig, og få priser for det vi holder på med. Men jeg skal love deg at det har en bakside også. Jeg kjenner noen ganger på at det nesten hadde vært litt bedre å slippe. Det kan skape en type forventning eller tro på at man da mener at det man selv har, er bedre enn det andre har, og at man kun jobber med å spre det man selv sitter på.

Hansen understreker at han gjerne vil spre andre forskeres forslag og støtte opp under dem – om det skulle vise seg å være grunn til å teste dem ut.

– Hvis det gjør at disse menneskene som sliter der ute, får det bedre, så skal jeg juble.

Ny trend

Bjarne Hansen opplyser til Psykologtidsskriftet at de i 2021 forventer å behandle 2000 pasienter. Han mener det er en generell trend som peker mot kortere behandlingsforløp. Det er etter Hansens mening på høy tid.

Patrick A. Vogel er professor emeritus ved Institutt for psykologi ved NTNU, og han forsker på behandlinger av angst, depresjon og personlighetsforstyrrelser. Det er absolutt grunn til å tenke nytt om flere typer psykiske lidelser, sa Vogel til Forskning.no tidligere i år, men påpekte også at det fortsatt vil være noen som har behov for en lengre behandling.

Per Are Løkke sier til Psykologtidsskriftet at han synes «det er interessant at store deler av psykologien utvikler seg i en retning som kalles dekontekstualisering».

– Symptomene blir da forstått og behandlet uavhengig av kontekster som samfunn, historie, sosiale strukturer, familie, kjønn og individets personlighet. Psykologien holder dermed på å avvikle den komplekse subjektiviteten som Sigmund Freud oppdaget på begynnelsen av forrige århundre.

Vi sitter ifølge Løkke igjen med psykologi uten psyke og en psyke uten et samfunn.

– Mennesket har da bare blitt et teknisk problem der det gjelder å øve, bygge, trene, eksponere eller avlære symptomer.

Løkke synes det er en trist utvikling.

– Ole Jacob Madsen har i sin siste bok påpekt det samme, at metodene som nå sluses inn som livsmestring i skolen, stort sett er program fra den dekonstekstuelle nye psykologien, sier Løkke.



NY-PSYKOLOGI Psykologspesialist Per Are Løkke mener ekspressterapier representerer en ny psykologi, der menneskelige problemer forstås ut av den konteksten de har oppstått i. Foto: Fartein Rudjord.

Firedagersbehandling

- The Bergen 4-Day Treatment (B4DT) er et intensivt behandlingsprogram på 22 timer for tvangslidelser, utviklet av psykologiprofessor og psykologspesialist Gerd Kvale og psykologspesialist og psykologiprofessor Bjarne Hansen ved Helse Bergen og Universitetet i Bergen.
- Kvale og Hansen fortalte om behandlingsprogrammet i [Psykologtidsskriftet](#) i 2018.
- Mer enn 40 klinikker i Norge har nå rullet ut B4DT eller er i gang med dette, selv om det ifølge Helsedirektoratet ikke er krav om at alle klinikker/helseforetak må tilby dette formatet.
- Helsedirektoratet mener at det ordinære behandlingstilbudet med 16-20 timer har tilsvarende behandlingsresultater som B4DT, samt at B4DT ikke egner seg for alle pasienter.

Tidsånden

Line Joranger har doktorgrad i kultur- og samfunnspsykologi og er førsteamanuensis ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Universitetet i Sørøst-Norge. Hun kommenterer det Per Are Løkke sier, slik:

«- Folka bak B4DT må ikke bli for insisterende på sin egen metode. Og de må ha gode verktøy for å finne pasienter med komorbide lidelser, for det er en fare for at en insistering på en slik intensiv behandling kan være skadelig for noen i denne gruppen.»

Helge Holgersen, førsteamanuensis

- Vi lever i en tidsånd der alt som teller og gir mening, er tallbelagt eller konstruert som standardiserte evidensbaserte modeller og metoder. Ekspressterapien er en del av denne tidsånden, mener Joranger.

- Selv om ekspressterapien helt sikkert kan «riste i tvangsmekanismene», slik Per Are Løkke nevner, må de som praktiserer den, også forstå at den tilhører en gren innenfor vitenskapen som representerer en metodisk og teoretisk forforståelse som også kan føre til «metodisk avstand», advarer hun.

Metodisk avstand inntreffer ifølge Joranger når terapeuten og den som trenger hjelp, ikke er på «samme sted», fordi terapeuten bruker forhåndsdefinerte metoder som ikke er tilpasset personen han/hun vil prøve å hjelpe.

- Å «se» et menneske med utgangspunkt i dette menneskets fremtidige potensial, krever både overskridelse og frigjørelse fra standardiserte teorier og metoder. Dagens psykologi synes å ha mistet denne innsikten, det er synd og tankevekkende, sier Joranger.

«- Vi lever i en tidsånd der alt som teller og gir mening, er tallbelagt eller konstruert som standardiserte evidensbaserte modeller og metoder. Ekspressterapien er en del av denne tidsånden.»

Line Joranger, førsteamanuensis

- Pirkearbeid

Firedagersmodellen er både i NRK og Dagens Medisin omtalt som «ekspresstrerapi». Selv foretrekker Hansen å kalle det firedagersbehandling. Han

forteller at han ofte har unngått å gå inn i teoretiske og ideologiske debatter innenfor fagfeltet.

– Jeg tror ikke det er så konstruktivt. Det blir fort teoretiske eller ideologisk begrunnede innvendinger til firedagersmodellen, og så må jeg svare at «nei, det stemmer ikke». Og det var det, liksom. Konfliktfokus er ikke konstruktivt når det kommer til det å kunne endre tjenesten slik at flere får bedre behandling, og at vi får brukt ressursene bedre, sier Hansen, som foreslår at Psykologtidsskriftet tar initiativ til en paneldebatt om organisering og kvalitetssikring av psykisk helsetjenestene.

Hansen ønsker imidlertid nå å svare på Per Are Løkkes innvendinger mot det Løkke omtaler som «racerbilterapi». Han tror de snakker forbi hverandre.

– Firedagersbehandlingen er pirkearbeid, det er fikling, og det handler om å klare å finne frem til disse menneskene som lever i et helvete, og finne ut av hvem de egentlig er. Og klare å trene og hjelpe dem til å finne ut hva de ønsker, og finne ut hva som hindrer dem fra å være den de er. Det har ingenting med å kaste dem ut i en eksponering, det handler ikke om kvikk fiks, det er ingen racerbilterapi, sier Hansen.

Han forteller at de sitter to hele dager sammen med pasientene, til sammen 22 timer på fire dager. En som vasker seg seks timer om dagen, kan få disse spørsmålene: «Hva er det dette betyr for deg? Hvordan kan vi klare å gjenkjenne og bryte mønsteret?»

– Vi trenger som profesjon å møtes og snakke om de tingene sånn at folk forstår at vi er opptatt av det samme. Jeg nekter å tro at Løkke ikke er opptatt av at mennesker skal slippe disse grusomme symptomene.

Hansen er seksjonsleder for to seksjoner i Helse Bergen, i tillegg til at han er professor ved Universitetet i Bergen. Han misliker intenst at en av seksjonene han leder, heter Klinikk for firedagersbehandling.

– Å organisere og navngi en avdeling ut fra en behandlingsmetode eller et format, har veldig mange ulemper ved seg. Jeg har lenge vært opptatt av å ikke lage firedagersteam, men gode fagmiljø som kan ta hele bredden av utfordringen som kommer med det å for eksempel ha OCD eller angstlidelser. Jeg vil mye heller etablere et OCD-team eller et angstteam enn et firedagersteam.



TIDSÅNDEN Førsteamanuensis

Line Joranger ser

ekspresssterapier som en del av tidsånden: – Vi lever i en tid der alt som teller og gir mening, er tallbelagt eller konstruert som standardiserte evidensbaserte modeller og metoder, sier hun.

Foto: Tomas Moss/lcu.no

- En voldsom salve

Helge Holgersen er førsteamanuensis på Institutt for klinisk psykologi ved Det psykologiske fakultet i Bergen. Han reagerer slik på Per Are Løkkes kritikk av fredagersmodellen i Bergen:

– Det var en voldsom salve.

Holgersen sier han har lest Ole Jacob Madsens siste bok, men mener B4DT er noe helt annet enn det Madsen skriver om.

– Hvis tvangstankene dine eller angsten din har gjort deg handikappet i flere år, og du blir kvitt problemene dine på fire dager, er det komplett likegyldig om Løkke kaller det dekontekstualisert. Skal vi la pasienter gå med lidelsene i årevis? Eksponeringsterapi virker, det har vi hatt evidens for i 50 år. Det er ingen motsetning mellom «rask» kur og det å samtidig forstå pasientens lidelser i en samfunnsmessig kontekst. Personer med alvorlige tvangsglider har det vondt, og de klarer ofte ikke å bidra i samfunnet slik de skulle ønske.

Holgersen er enig med Løkke i at symptomer må ses i kontekst.

– Men han gjør en kategorifeil. Han insinuerer at pasientene ikke *egentlig* blir friske, de har visstnok ifølge Løkke bare fått ristet litt i tvangsmekanismene. Løkke tror ikke at det har skjedd en ekte endring. Det synes jeg vitner om liten forståelse for den smerte det er å ha en slik tilstand og den glede og livsutfoldelse som kommer ved at den bedres. Om jeg selv led av en slik tilstand, ville jeg prøvd denne tilnærmingen og rett og slett stilt meg fullstendig likegyldig til Løkkes påstand om at min subjektivitet ikke skulle bli håndtert komplekst nok. Dessuten «oppdaget» neppe Freud den komplekse subjektiviteten. Det er mye flott å si om Freud, men det finnes jo en rekke historiske kulturuttrykk som tyder på at den har vært kjent i tusener av år.

70 prosent av pasientene som får firedagersbehandlingen, blir bedre. Holgersen påpeker at det er et høyt tall.

– Psykologer tror ofte at det vi driver med, har stor effekt, men sånn er det jo ikke. 70 prosent er høyt til å være behandling, andre terapimodeller ligger på mellom 40 og 60 prosent.

Holgersen understreker at det alltid vil være pasienter som ikke responderer på behandlingen.

– Kanskje de trenger noe helt annet, ikke mer av det samme.



LIKEGYLDIG - Hvis
tvangstankene dine eller
angsten din har gjort deg
handikappet i flere år, og du blir
kvitt problemene dine på fire
dager, er det komplett likegyldig
om Løkke kaller det
dekontekstualisert. Skal vi la
pasienter gå med lidelsene i
årevis? spør førsteamanuensis
Helge Holgersen. Foto: Arkiv

Advarer

Kartleggingsverktøy underveis er ifølge Holgersen en nøkkel i en slik behandlingsmodell, og han kommer med noen advarsler:

– Folka bak B4DT må ikke bli for insisterende på sin egen metode. Og de må ha gode verktøy for å finne pasienter med komorbide lidelser, for det er en fare for at en insistering på en slik intensiv behandling kan være skadelig for noen i denne gruppen. Men mitt inntrykk er at Kvale og Hansen har utviklet gode verktøy for dette, sier Holgersen.

Problemet ifølge Holgersen blir hvis helsepolitikere går inn for at firedagersmodellen bør bli standard for all behandling i psykisk helsevern.

– Vi trenger et mangfold av metoder og tilnærminger for å sikre pasienter valgfrihet ut fra sine preferanser og responser på behandling, men da selvsagt tilnærminger som er forskningsmessig utprøvd. Det er hevet over tvil at B4DT er en slik metode, sier Holgersen.

Bjarne Hansen er enig i det Holgersen sier, med ett unntak:

– Det helsepolitiske poenget hans fører fort til en stråmannsdiskusjon. Jeg kjenner ingen yrkesgruppe som ønsker at firedagersmodellen skal bli modellen for hele psykisk helsevern.

Helsedirektoratets syn

I 2014 skrev Hansen og kolleger dette:

«Faktisk finnes det ikke forskning som viser at det er lurt å ha samtaler om angsten en gang i uken eller annenhver uke for å få optimal effekt – snarere tvert imot.»

Dette ser ut til å stå i kontrast til Helsedirektoratets syn.

Det er ikke krav om at alle klinikker eller helseforetak spesifikt skal tilby B4DT, opplyser Helsedirektoratet til Psykologtidsskriftet. Anbefalingen avgrenser seg til at behandling som gis skal være kunnskapsbasert.

«Det ordinære behandlingstilbudet med 16-20 timer har tilsvarende behandlingsresultater, B4DT egner seg heller ikke for alle pasienter», ifølge Helsedirektoratet.

Hansen er kritisk til evidensgrunnlaget for Helsedirektoratets syn. Han mener det er unyansert.

– Mener de at det finnes tilsvarende resultater på symptomskår, det som er frafall underveis, tilbakefall eller langtidsresultater? Man må dele det opp for at det skal gi mening, sier Hansen.

Det finnes imidlertid ingen studier som sammenligner B4DT med aktive kontrollgrupper, altså med annen terapi. Hansen sier at han skulle ønske at det fantes slike sammenligninger, men ikke det å skulle sammenligne hver enkelt variant av eksponeringsterapi mot hverandre.

– Det ville ikke gitt noen faglig mening å sammenligne hver enkelt variant av eksponeringsterapi mot hverandre. Det finnes hundre forskjellige varianter av sånne

ordinære manualer. Hvilken skal du sammenligne med? spør Hansen retorisk, men legger til:

– Jeg må selvsagt ta innover meg de begrensningene det legger for hva jeg kan si om fredagersbehandlingen.

Psykologtidsskriftet har bedt Helsedirektoratet kommentere Hansens svar, men de har foreløpig ikke har svart.

– Helsedirektoratet påpeker at B4DT ikke egner seg for alle pasienter. Hvem passer det ikke for?

– Også dette er en noe uklar formulering fra deres side. Det er på den ene siden stating the obvious, for på det tidspunktet vi ikke har hundre prosent effekt, så vet du at det ikke passer for alle. Vi må gjøre det vi kan for å sikre at hver enkelt får den behandlingen som gir høyest sannsynlighet for ønsket resultat. Til tross for omfattende forskning står vi så godt som uten kjennetegn eller kriterier som kan gi en pekepinn på hvem som kommer til å lykkes eller mislykkes med behandlingen. Feltet står altså uten klare kriterier som tilsier at annen behandling gir høyere sannsynlighet for å lykkes enn det vi finner med B4DT. I en nylig publisert studie fant vi at de som tidligere har mislyktes med B4DT eller annen eksponeringsterapi, hadde god sjanse for å lykkes gjennom ny runde med B4DT. Det gir håp for at flere kan få hjelp som hjelper.

– *Hvilke eksklusjonskriterier bør klinikere forholde seg til før de starter behandlingen?*

– Behandleren må for det første forsikre seg om at pasienten virkelig har en tvangslidelse. Inklusjonskriteriet må altså være til stede. Komorbiditet er i all hovedsak ikke et eksklusjonskriterium.

– *Jeg mener å ha lest at ved komorbiditet, særlig med bipolar lidelse eller alvorlig depresjon, da skal du ikke ha eksponeringsterapi?*

– Ja, men det er feil. Forskningen viser tydelig at komorbiditet som hovedregel ikke er til hinder for gjennomføring eller et godt resultat. Men det er en selvfølge at hvis du har en person i en manisk fase, så er det ingen som vil mene at nå er det smart å sette seg ned og skulle sitte rolig eller å planlegge eksponering. Folk er jo ikke i stand til det. Det er ikke vårt ønske å ekskludere noen, men hvis du har noen som har et pågående alvorlig rusproblem, eller en som er akutt suicidal, må du jobbe med helt andre ting enn det å si at «i dag skal vi drive og ta på skitne gulv». Så lenge det er praktisk mulig å gjennomføre behandlingen, vil de fleste oppnå et godt resultat.

– *B4DT har fått stort gjennomslag. Kan det forsterke en forestilling om at god behandling er kortvarig behandling, og kan det føre til at pasientgrupper som trenger mer langvarig behandling, kan få sine tilbud svekket eller redusert?*

– Jeg deler den bekymringen. Det er en reell risiko for det. Jeg er livredd for troen på et behandlingsformat eller en behandlingsmetode der man organiserer ut fra metoden, og så blir det noe feil med pasientene hvis ikke de passer inn. Det ville være en tragedie hvis pasienter som trenger et mer sammensatt tilbud, ikke får det fordi vi begynner å organisere kun etter metode. Tidligere fikk de fleste langvarig og lite effektiv

behandling. Det var dyrt og dumt. Ved å gi kortvarig og effektiv behandling sparer vi både pasienter og samfunn for lidelse og penger. Penger som kan brukes for å sikre at også de som trenger sammensatte og lengre forløp, kan få dette. Dessverre går utviklingen i motsatt retning.

Hansen mener det satses mye på lav terskel til udokumenterte eller lite virksomme tiltak.

– Her er det politikerne som svikter, ved at de viser stor vilje, men lar kjepphester og ideologi overstyre fag og forskning. Vi trenger lav terskel til høy kvalitet.

«– Det blir fort teoretiske eller ideologisk begrunnede innvendinger til firedagersmodellen, og så m^a jeg svare at «nei, det stemmer ikke»»

**Bjarne Hansen, psykologiprofessor
bak B4DT**

Skrekkeksempel

Hansen har et skrekkeksempel på akkurat det. Innføringen av pakkeforløp i Danmark er ifølge Hansen en katastrofe.

– Man satte all faglighet til side og gjorde administrative og fagpolitiske grep som er hinsides all fornuft og bakenfor alt som går på forskning og dokumentasjon. Man satte sammen interessegrupper som sammen skulle lage pakken, og som definerte innholdet, der alle skulle få sitt, og så får man en eller to timer med en lege og så fire timer med en psykolog og litt med en sykepleier, og sånt. Og så ender man opp med noe som aldri har vist seg å virke i noen systematisk studie, kun av politiske og økonomiske og administrative hensyn. Det er jo vanvidd etter min mening, og fullstendig ufaglig.

Kostnader

«... dette er en kostnadseffektiv behandling av krevende angstlidelser», skrev Hansen og kolleger om firedagersbehandlingen i 2014.

– *Er det billigere med B4DT?*

– Det kommer an på hvordan du regner. Hvis du tar hva kostnaden er per pasient som blir frisk, da er det mye som tyder på at det er veldig billig. Du får utnyttet arbeidskraften så du får dobbelt så mye tid ut av behandleren din som er direktekontakt med pasienten. Men hvis vi skulle gjort det så billig som mulig, hadde vi gjort det annerledes.

– *Hvordan hadde dere da gjort det?*

– Det spørsmålet skal du få lov til å stille meg om et år.

– Kan det være at fagpersoner har vegret seg for å komme med innvendinger mot B4DT og dere som står bak denne modellen, fordi dere har fått en så sterk posisjon og vel har innflytelse over for eksempel forskningsmidler?

– Jeg har ingen innflytelse på det som går på tildeling av forskningsmidler. I Norge har vi en rekke sterke miljøer og mye god forskning. Jeg forsøker så godt jeg kan å fremsnakke dette og håper min og andre psykologers stemme kan bidra til økt fokus og økte rammer. Utover dette er det lite jeg kan gjøre. B4DT er ingen gullstandard for fremtiden, men forhåpentligvis et lite bidrag på veien mot nye og enda bedre metoder, avslutter Bjarne Hansen.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 57, nummer 10, 2020, side 722-727

TEKST

Øystein Helmikstøl, journalist i Psykologtidsskriftet