

Ett år med ISTDP - en bekymringsmelding



PSY
KOL
OGI

Etter over ett år i behandling med ISTDP kjenner jeg på et behov for å luften noen bekymringer som pasient og et ansvar for å gjøre det som fagperson.

TEKST

Camilla Bärthel Flaaten

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen

PUBLISERT **1. juni 2021**

EMNER **ISTDP**

Det er utrolig lærerikt som psykolog å selv få kjenne på det å være pasient. Fra et pasientperspektiv kan det imidlertid være en mindre god erfaring.

Jeg vil klargjøre at jeg hverken ønsker å føre et korstog mot en terapiretning eller henge ut en enkelt psykolog eller miljø. Jeg er ikke i ett sekund i tvil om at min psykolog ønsket meg vel og jobbet hardt, ei heller om at intensiv dynamisk korttidsterapi (ISTDP) er en god terapiform for mange. Terapiløpet mitt var slett ikke utelukkende negativt eller helt uten utbytte. Likevel, i etterkant av mitt forløp har jeg erfart at jeg ikke er alene om å ha hatt et krevende møte med denne terapiformen.

Flere kolleger utenfor ISTDP-miljøet har fortalt om pasienter med lignende erfaringer. Et innlegg på et nettforum resulterte i en ytterligere håndfull gjenkjennelige historier.

Fellestrekkene var ikke bare opplevelse av negative effekter, men at psykologen overså sentrale aspekter ved klientens situasjon, brukte svært utfordrende intervensjoner og var rigid i tilnærmingen, selv etter justeringer. En person, også en fagperson, beskrev et stort strev i den pågående terapien, følte den hadde snudd livet på hodet, og opplevde at livet ikke lenger hadde noen mening.

Dette er så klart høyst subjektive beskrivelser, som ikke nødvendigvis er representative. Søk etter mer vitenskapelig forskning på bivirkninger ved terapiformen ga dog ingen resultater. Faktisk kom jeg knapt over noen forskning uavhengig av ISTDP-miljøet. Jeg aner dermed ikke hvor utbredt slike reaksjoner er, eller om det er flere bivirkninger ved ISTDP enn ved andre terapiformer. Poenget er imidlertid at det ikke virker som noen andre sitter på systematisk kunnskap om det heller.

Som man roper i skogen ...

Historiene jeg har møtt på, aktualiserer flere problemstillinger. Jeg kan for det første vise til tilfeller der man ikke har oppdaget tilstander der psykoterapi alene er inadekvat. I mitt tilfelle ble det uttrykt en viss skepsis til valg av medikamentell behandling, i fravær av systematisk utredning og i forkant av at diagnosen ble avklart. Jeg stiller meg på bakgrunn av dette kritisk til at en terapiform med såpass skarpe intervensjoner benyttes uten en metodeuavhengig diagnostisk vurdering. Feilvurderinger kan man ikke laste noen for, det kommer med jobben. Mangel på vurderinger etter konsensusbaserte systemer derimot, tyder på en selvsikkerhet nærmest grensende til arroganse. Jeg forstår et ønske om en annen type fokus enn på diagnoser og symptomer, og nytten i å bruke en kasusformulering som følger terapimodellen. Tross det vil jeg påstå at noe utredning ut over prøveterapi er hensiktsmessig for å sikre at man treffer med behandlingen, særlig i en tid der «precision psychiatry» er i vinden. Her er ikke ISTDP alene, dette er en kritikk jeg retter generelt mot rent teoribaserte terapitilnærminger. Kunnskapsbasen vi har om psykopatologi, er både stor og begrenset. Den utvides kontinuerlig med en tverrfarlig forskningsinnsats. Ut fra eksisterende kunnskap er det ikke belegg for kategoriske meninger om etiologi. Bruk av diagnostikk som a priori legger en bestemt tilnærming til grunn, kommer med åpenbare fallgruver. Som man roper i skogen, får man svar.

Catch 22

«Jeg stiller meg kritisk til at en terapiform med såpass skarpe intervensjoner benyttes uten en metodeuavhengig diagnostisk vurdering»

Videre reagerer jeg sterkt på at pasienters signaler om manglende gjenkjennelse blir nærmest overkjørt til fordel for det som fremstår som klokkertro på terapimetode. Min

psykolog uttrykte tillit til egen kasusformulering, til tross for at den virket stadig mindre gjenkjennelig for meg. Det ble også lagt klare føringer på hva jeg egentlig følte, igjen på tvers av min opplevelse. Ideen er vel at følelsene er gjort utilgjengelig gjennom forsvar, noe jeg i økende grad lurer på om kvalitativt skiller seg fra å rett og slett ikke ha følelsen. Det å uttrykke mangel på følelsesmessige reaksjoner kan da nærmest bli en Catch 22. Teknikkene har åpenbart sin funksjon om klienten har en underliggende problematikk som avhjelpes av dem, forstår rasjonale bak og opplever dem som nyttige, men det er ikke alltid tilfelle. Jeg har hørt om enkelte som til slutt lot som om de kjente visse følelser, eller som har blitt ropt til med oppfordringer om å bli sint. Så klart, et visst morderisk raseri gjør seg til slutt gjeldende når noen stiller et spørsmål for 47. gang. Det er ikke desto mindre noe utspekulert ved at psykologen i prinsippet kan tolke enhver skepsis som motstand. Forholdene ligger til rette for en prosess preget av usikkerhet og mislykkethet. Pågår en slik dynamikk over tid, kan man lett forestille seg hvordan det rokker ved folks selvopplevelse. Psykologer har stor definisjonsmakt, særlig i en terapeutrolle.

Også pasienters signaler om terapieffekt ser ut til å vektlegges mindre enn psykologens vurdering. Selv tematiserte jeg gjentatte ganger manglende effekt. Tilbakemeldingen var at psykologgruppen så fremgang, og at prosessen kunne innebære forverring og stagnasjon. Mitt inntrykk er også at terapiformen innebærer en god del ansvarliggjøring av pasienten, noe jeg ikke stiller meg udelt kritisk til. Ikke desto mindre er jeg usikker på hensiktsmessigheten i utsagn om at unnvikelse i terapien vil føre med seg at symptomer blir værende. Resultatet er at man blir hensatt til å gå med vedvarende symptomer. Terapien kjennes plutselig ikke så korttids når man gjør det.

Kjølig og avmålt psykologrolle

Det fremstår dessuten som at det i ISTDP oppmuntres til en nokså spesiell psykologrolle for å fremskynde prosessen. Ut fra hva jeg erfarer, er det fristende å kalle den kjølig og avmålt. Igjen, jeg tviler ikke på at dette har en begrunnelse og en bruk. Samtidig har jeg erfart at dette har opplevdes som svært truende av enkelte uten at psykologen har tilpasset seg eller foreslått en annen terapi for klienten. Samlet er det altså flere spesifikke aspekter ved metoden som legger opp til et røft forløp. Dette kan ikke avfeies med at plagene kun er en del av prosessen. Uansett årsaksvurdering er det å la folk gå med et høyt, eller til og med økende, symptomtrykk over lengre tid ytterst etisk betenkelig.

Om mine anekdotiske betraktninger ikke synes tungtveiende for å trekke slutninger om negative terapieffekter, er mitt motsvar at terapeuters anekdoter heller ikke er det. Som helsepersonell har vi et ansvar for å vite om alle effekter ved behandling, og informere om dem. Vi ble fortalt på studiet at ulempene ved medikamentell behandling er bivirkningene, samt at medisiner har en uspesifikk virkning på «hele hjernen». I hvilken grad tar psykologer inn over seg at psykoterapi ikke bare har bivirkninger, men også i aller høyeste grad virker på hele selvet?

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 6, 2021, side 510-512

TEKST

Camilla Bärthel Flaaten, stipendiat og psykolog

ILLUSTRASJON

Hilde Thomsen, Illustratør