

Derfor ble Norge «verdensmester» i ISTDP



TEKNISK PROBLEM Terapiforsker Ole André Solbakken oppfatter problemene som er blitt beskrevet i Psykologtidsskriftet som uttrykk for slark i terapiteknikken.

Ingen land har utdannet flere ISTDP-terapeuter i forhold til folketallet enn Norge. Professor og terapiforsker Ole André Solbakken ved UiO forklarer hvorfor.

TEKST

Per Halvorsen

PUBLISERT 1. oktober 2021

EMNER **ISTDP**

– Du deltok selv på det første kullet som fikk utdanning i ISTDP i 2009, og tok veilederutdanning i metoden i 2012. Hvorfor har Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) fått så solid fotfeste i Norge?

– Aller først har jeg lyst til å oppklare en interessant misforståelse. Når vi snakker om short term-terapier er sammenlikningsgrunnlaget psykoanalyse. Grensen for «kort tid» defineres da som regel ved 40 timer. Terapier som er kortere, betegner vi som korttidsterapier. Egentlig er ISTDP en open ended terapi. Pasienter som er godt skrudd sammen og har avgrenset problematikk, trenger kanskje noen få timer. De som er skjørere, må nok opp i 40-50, eller helt opp til 150 timer. Snittet ligger på mellom 10 og 20 timer for de fleste terapier.

– Gjennomsnittstallene høres lave ut?

– De er lave. Basert på analyser av open ended-terapi er på tvers av terapeutiske retninger har vi funnet at folk i dag får alt for korte behandlinger.

Snittbehandlingstiden bør ligge på mellom 50 og 60 timer. Noen må ha opp mot 200 timer. En snitt-tid på 10- 20 timer er å be om at minst halvparten av pasienten ikke skal bli friske.

LES OGSÅ

Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy: Methods, Evidence, Indications and Limitations

While ISTDP is not a panacea, it is a treatment that is clinically useful in diverse psychological and psychiatric samples.

– *Men altså: Hvorfor er metodens standing i Norge så sterk?*

«– De historiene jeg har lest i debatten om ISTDP i Psykologtidsskriftet, oppfatter jeg som eksempler på missallianse»

– Det er flere årsaker. Litt kort historikk: Dynamiske kortidsterapier begynte å gro på 50-og 60-tallet. Det dukket opp ulike modeller. Felles for metodeutviklerne var at de gjerne ville selekttere pasienter som var robuste, og få så mye som mulige ut av behandlingen på kortest mulig tid. Peter E. Sifnos, en psykiater ved Harvard, utviklet noe han kalt STAPP: Short Term Anxiety Provoking Psychotherapy. Det ligger i navnet at metoden er konfronterende. Når det gjelder ISTDP, som er det vi snakker om i Norge, var den iranskfødte kanadisk psykiateren Habib Davanloo sentral. I Norge ble metoden plukket opp av engasjerte enkeltpersoner i drammensområdet som møtte sentrale ISTDP-folk som John Fredrickson og Allan Abbass på faglige seminarer og etter hvert inviterte dem til å utvikle et utdanningstilbud i Norge. Man kunne tilby god organisering av en slik utdanning. Etter hvert ble det utviklet et ganske omfattende norsk ISTDP-miljø. Fra 2012 startet man veilederutdanning i Drammen. Det var også svenske og danske psykologer med. Drammen var det første stedet i Europa det virkelig ble satset og det første stedet metodeutviklerne kom til. Allan Abbass og John Fredrickson er nesten blitt litt nordmenn. Resultatet av dette samarbeidet er at vi i dag har utdannet cirka 400 ISTDP-terapeuter i Norge. Det er flere enn noe annet land i forhold til folketallet.

– *I hvor stor grad har også økonomi vært avgjørende for utbredelsen av ISTDP i Norge?*

– Det har selvsagt betydning. I Norge har det ikke vært uvanlig at arbeidsgiver

finansierer utdanninger som dette. ISTDP-utdanningen tar 3,5 år og koster en betydelig sum [ca. 160 000 kroner, red. anm.] med kurs og veiledning. Skulle alle psykologer bære denne kostnaden alene, ville nok ikke markedet ha vært det samme.

– I debatten i Psykologtidsskriftet har det vært problematisert at ISTDP kan være i overkant konfronterende. Det har vært spekulert i om metoden er litt macho-preget og dermed appellerer mer til menn enn kvinner. Hva røper oversikten over dem som har tatt utdanningen?

– I den grad kjønns sammensetningen på de siste utdanningskullene er representativ, er det lite som tyder på at det er flere menn enn kvinner som lar seg fascinere av ISTDP. Hvert kull har cirka 12 deltakere, og i øyeblikket er kvinner i klart flertall.

– Hvordan vil du karakterisere kunnskapsgrunnlaget til ISTDP?

– Det er ganske bra sammenliknet med mange andre terapiretninger. Det er jo flere steder du må hente kunnskapsgrunnlaget fra når du skal drive behandling. Du må blant annet undersøke om modellen faktisk fører til endringer. Det er det gjort veldig mye forskning på når det gjelder ISTDP. På dette området vil jeg karakterisere datagrunnlaget som robust. Effekten er særlig god for pasienter med behandlingsresistente tilstander. Jeg har også forsket på dette temaet selv. Prosjektet hørte til Vestre Viken, og Allan Abbass og jeg skrev artiklene sammen.

– ISTDP-debatten i Psykologtidsskriftet har blant annet handlet om negative reaksjoner på terapien. Hva vet vi om den problematikken når det gjelder akkurat denne terapiformen?

– Vi har gjort studier på pasienter med angst og depresjonstilstander pluss personlighetsproblematikk som ikke hadde respondert på tidligere behandling. Under to prosent ble dårligere i løpet av behandlingen. Det er mye mindre enn det som er vanlig i andre behandlinger. I all behandling er det fare for en missallianse mellom behandler og pasient. De historiene jeg har lest i den pågående debatten om ISTDP i Psykologtidsskriftet, oppfatter jeg som eksempler på missallianse.

«- Det fins ingen empiri på at ISTDP er bedre enn alt mulig annet»

– Det er altså ikke noe ved metoden i seg selv som øker risikoen for aversive reaksjoner?

– Det jeg har lest i Psykologtidsskriftet oppfatter jeg som uttrykk for et eller annet terapiteknisk problem i utøvelsen av metoden. Typisk ser det ut til at terapeuten ikke har greid å ivareta den bevisste arbeidsalliansen med pasienten. På denne måten vil jeg tenke at det var utøvelsen av metoden i det enkelte tilfelle og ikke metoden i seg selv det var noe galt med.

– En ISTDP-terapeut jeg har snakket med beskriver metoden som emosjonelt ladet. Det kan bli intenst i terapirommet, og du må ha god kontroll på hva som er «mitt» og hva som er «ditt». Gjør dette metoden ekstra krevende å håndtere?

– Jeg vil tenke at metoden definitivt er krevende. Den er kompleks og legger opp til at terapeuten skal følge med på en rekke ulike faktorer i pasientens respons på intervensjon. Den er også emosjonelt ladet, all den tid et av de sentrale kurative elementene i den er genuint opplevd affekt. Om den er mer krevende enn andre metoder, er mer uklart. All terapi er krevende. En kunne kanskje si at dette kommer mer an på den enkelte pasients problematikk enn på metodene i seg selv.

– *Men hvis vi er enige om at ISTDP i sin natur er over gjennomsnittet konfronterende, vil det ikke da være ekstra stor fare for negative reaksjoner på behandlingen?*

– Hvis du aldri utfordrer pasienten, vil du heller aldri få noen negative reaksjoner, med mindre pasienten til syvende og sist blir misfornøyd med at det ikke skjer noen ting. Det er klart at intervensjoner som innebærer å konfrontere karakterfestede håndteringsstrategier som pasienten ofte ikke har noe bevisst forhold til før terapien er godt i gang, kan føre til negative reaksjoner hvis pasienten ikke forstår det som skjer og ikke ønsker eller er klar for å utfordre seg selv. ISTDP sier eksplisitt at den eneste gangen du skal bruke konfrontasjon, er når du har en aktualisert pågående krise i pasienten, og pasienten på den ene siden vil videre og på den andre side holder igjen fordi det er både vondt og skummelt å stå i det. Da kan det være viktig å tippe skåla i den retningen som bringer pasienten videre selv om det er tøft der og da. Det forutsetter at pasienten forstår hva som foregår; at det er en intrapsykisk krise vi snakker om og ikke en drakamp mellom terapeut og pasient.

LES OGSÅ

Jeg var en omnipotent ISTDP-terapeut

Som ISTDP-terapeut følte jeg på en stor grad av omnipotens. Jeg jobbet hardt for å lære meg teknikken og trodde jeg fikk en bedre forståelse for andre.

Vred pasienten seg i stolen, tolket jeg det som motstand.*

– *I hvor stor grad er det egentlig mulig å skille mellom metode og terapeut? Må ikke nettopp metoden integreres med terapeutens egen personlighet for at terapien skal fungere?*

– Metodene virker alltid gjennom terapeuten, og terapeuten virker alltid gjennom sine metoder. Slik sett kan man si at de to ikke kan skilles fra hverandre og på et vis utgjør et integrert hele. Samtidig vil jo terapeuter alltid kunne utøve sine metoder mer eller mindre i tråd med modellene som ligger til grunn, og det bør vi kunne skille ut. Vi vet at noen terapeuter er mer effektive enn andre, og måten de utøver sine modeller på, er trolig en sentral faktor i dette.

– *Av debatten i Psykologtidsskriftet kan man få inntrykk av at det ligger noe i formidlingen av ISTDP som metode som gjør at man forføres til å tro at den er bedre enn alle andre. Er det et signal om at utdanningen ikke er tydelig nok på ISTDPs begrensinger?*

– Jeg var selv elev på det første kullet av ISTDP-terapeuter som ble utdannet i Norge, og jeg kan til en viss grad forstå at det for noen kunne oppleves slik; at ISTDP er en metode som var overlegen alt mulig annet. Selv trodde jeg aldri det. Jeg kjente godt til terapiforskningen den gangen og vet enda mer i dag. Det fins ingen empiri på at ISTDP er bedre enn alt mulig annet. Da jeg tok utdanningen, var det nok kanskje for lite forskningsfokus, og kompleksiteten på feltet kan ha blitt underkommunisert. Dette er momenter jeg mener er blitt mye mer betonet i ISTDP-utdanningen siden den gang.

– *Hvilket inntrykk har du av psykologers evne til å forholde seg kritisk til terapimetodene de velger å benytte seg av?*

– Mitt inntrykk er at de fleste har et godt monn av personlig klokskap og en helhetlig faglig forståelse. Det er sjeldent jeg møter prematurt lukkede psykologer; altså de som har identifisert seg med en spesifikk metode uten å ha satt seg rimelig inn i fagfeltet generelt og andre terapeutiske tilnærminger spesielt.

– *Hvilken lærdom kan man trekke av den pågående debatten om ISTDP?*

– At når du skal jobbe med ting som ikke er så lett å erkjenne, kreves ekstra stor nennsomhet. Hver gang en pasient opplever å bli påprakket noe som for hen ikke holder stikk, så har ikke terapeuten vært nennsom nok. Hvis terapeuten tror han har det perfekte kartet, bør han ta et steg tilbake og spørre seg hva som har skjedd. Det finnes ingen mirakelkur. Det er mer hjernevask enn terapi hvis absolutt alle blir friske.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 58, nummer 10, 2021, side 828-830

TEKST

Per Halvorsen, journalist