



BBC 62: TERAPI, ET MYE BRUKT ORD FOR MYE RART, OG HVA SKAL VI TRO?

Ordet therapy, som er engelsk for terapi, ble brukt skriftlig først i 1846. Særlig i nyere tid har bruken økt bratt. I dag går det an å si at ordet misbrukes. Da Hans Horne og Bjarne Øyen tidlig på 1990-tallet kom med sine bøker om målrettet miljøarbeid, i praksis et annet ord for atferdsanalyse, unngikk de bevisst begrepet atferdsterapi. De begrunnet det med at ”terapi” betyr alt og ingenting. Det er riktig nok ikke til å komme forbi at begrepet atferdsterapi brukes også innenfor atferdsanalyse, særlig innenfor ACT-miljøet. Det forekommer også i kognitiv atferdsterapi. Men jeg er enig i at bruken av ordet terapi har sklidd ut en del. Ordet betyr kur eller behandling. Etter min mening bør det derfor være visse krav for å snakke om terapi. For det første må det beskrives en sykdom eller forstyrrelse, eller problem, som skal behandles. For det andre må det være en viss relasjon mellom terapien og problemet, det vil si at terapien rettes inn mot å løse problemet. For det tredje må det skje en evaluering av om terapien virker, både i hvert tilfelle og generelt vitenskapelig. Jeg skal gå gjennom noen ”terapier” som kanskje ikke oppfyller kravene.

therapy *n.* 1846, borrowed from New Latin *therapia*, from Greek *therapeíā* curing, healing, from *therapeúein* to cure, treat; for suffix see -Y³. —**therapist** *n.* 1886, formed from English *therapy* + *-ist*.

Legg merke til at ”therapist”, altså terapeut, ikke forekom skriftlig før i 1886! Hvor mange i dag kaller seg terapeut?

Da jeg var vikar på et psykiatrisk sykehus for første gang, i 1976, var de fleste av i alle fall de ”oppegående” pasientene i en aktivitet. Noen gjorde gårdsarbeid, malte, drev med hagearbeid eller hadde oppgaver på avdelingen og lignende. Mange var på arbeidsstue. Et fellesord for det var arbeidsterapi, og det ble regnet som en meget viktig del av behandlingen. Man hadde vel sett at det ikke kom noe godt ut av at pasientene satt passive dag ut og dag inn, og at det måtte være bedre å få dem i aktivitet. Det var det helt sikkert. For øvrig er arbeidsterapi et eldre ord for ergoterapi, som det ikke må forveksles med. Sistnevnte er selvsagt langt bredere. Men ”arbeidsterapi” var mitt første møte med den hærskaren av terapier jeg skulle stifte bekjentskap med. Jeg skal nevne noen.

På bipolar.no står det om ”grønn terapi”: ”Å gå tur skal være en av de beste strategiene for å få stabilisert den kjemiske balansen i hjernen. Det er ikke dumt, hvis du har bipolar lidelse... Går du en tur i grønne omgivelser utløser du endorfiner og naturlige opiater som gir en følelse av godt humør, balanse og mer positivt syn på livet. Problemet at det er veldig vanskelig å komme seg ut på tur når du er deprimert og trenger det som mest. Det er så å si umulig for en deprimert (enten han er bipolar eller ikke) å se nytten av å gå en tur ut. I beste fall er det noe som kan gjøres i morgen... Hvis du som pårørende ønsker å hjelpe en bipolar som sliter, er nok spaserturen det som hjelper mest... spaserturer i skogen... kan faktisk være nok til å løsne depresjonens klamme grep. Når du kommer hjem fra en spaseretur i

grønne omgivelser, er du mye roligere enn da du gikk ut... En kort spasertur vil også gi en deprimerert bipolar en følelse av mestring.”



Apropos arbeidsterapi. Fra en arbeidsstue på Gaustad, Norges eldste psykiatriske sykehus, rundt 1900. Faktisk kunne det se slik ut på arbeidsstuer rundt omkring helt opp til våre dager.



Undertegnende som pasient i grønn terapi, i en fem timers behandlingsøkt til Sølen i Rendalen. I det minste er mosen grønn, men jeg tror ikke at fargen er avgjørende. Jeg er tilhenger av turgåing, og tviler ikke på generelle behandlingseffekter. Jeg ser sint ut, men det var sterk vind, som sikkert økte behandlingseffekten. Kanskje vindterapi er noe å gå videre på, eller grønn terapi med og uten vind?

Om rideterapi står det på rideterapien.dk (i min oversettelse) at personen får ”en pause fra å være ”pasient” og fra hverdagens kontrollerende atferd. Rideterapi kan mottas selvstendig og parallelt med psykoterapi. Den nyeste utvikling innenfor psykoterapi viser at det er viktig å ha oppmerksomhet på nået som et selvstendig øyeblikk. Den teorien er meget

anvendelig i rideterapien. Når jeg som rideterapeut/pedagog under og etter en ridetime snakker med personen om hvilke følelser og tanker han/hun hadde, fastholdes det nåværende øyeblikk. En rideterapileksjon består av en rekke nåværende øyeblikk som kan gi en ny måte å være-sammen-med-den-andre på. Disse øyeblikk oppfattes, men ikke alltid bevisst. Ved å bli mer oppmerksom særlig på nonverbale og implisitte (skjulte, men underforståtte) hendelser kan nåværende øyeblikk i rideterapien fastholdes. Dette mener jeg vil hjelpe personen i sin prosess med å få større kroppsbevissthet og selvverd. Der kognitiv terapi prøver å forstå hvordan man tenker gjør det nåværende øyeblikk oppmerksom på følelsene – det umiddelbare i opplevelsen. Det beriker opplevelsen, uten å prøve at forstå den, i motsetning til langsiktige løsninger gjennom psykoterapi.”



Ridning, eller rideterapi, retter seg både mot psykologiske og medisinske og motoriske vansker. Kanskje den er mest spesifikk i det siste tilfellet?

På musikkterapi.no står det at musikkterapi ”gir muligheter for utvikling og endring gjennom et musikalsk og mellommenneskelig samarbeid mellom terapeut og klient. Prosessen er ofte ressursorientert og fokuserer på aktuelle mål innen helsefremmende arbeid, behandling, rehabilitering og omsorg. Musikk kan for eksempel skape nye muligheter for kommunikasjon og personlig uttrykk og for å arbeide med sosiale problemstillinger. Som fagfelt kan musikkterapien forstås som studiet av sammenhenger mellom musikk og helse”. De som har nytte av det, er ”Barn, ungdom, voksne og eldre med psykiske vansker, med utviklingsmessige utfordringer og lærevansker, mennesker med aldersrelaterte vansker som demens, Parkinson og hjerneslag, personer med rusproblemer, hjerneskader, fysiske funksjonshemninger og andre fysiske og psykiske lidelser”. Det står også at ”Musikkterapeuter jobber innen ulike fagfelt, blant annet i kulturskolen, psykisk helsevern, sykehus, poliklinikker, barnehager, skoler, barnevernet, eldrecentre, sykehjem, hospiceprogrammer, fengsler og privat praksis”. Terapeutens arbeid ”består i ved hjelp av musikkaktiviteter å tilrettelegge forholdene slik at den enkelte klient får mulighet til å utvikle sine ressurser”. Terapeuten ”gjør i sitt arbeid bruk av musikk gjennom improvisasjon, låtskriving, tekster, musikk og bilder, utøvende musikk, og læring gjennom musikk. Musikkterapien er en del av en tverrfaglig behandling og forutsetter planlegging, løpende evaluering og oppfølging”.



Her er det visst musikkterapi som utøves. Akkurat som samtalebehandling kan være vanskelig å skille fra vanlige samtaler, er dette kanskje vanskelig å skille fra vanlig musikkopplæring?

Aromaterapi beskrives slik på alternativ.no: Det ”er en terapeutisk og kontrollert bruk av eteriske oljer, som oftest kombinert med massasje. Andre former for aromaterapi er inhalasjon, bad, kompresser, duftlamper, spray, m.m. Det er mange forskjellige eteriske oljer, som har forskjellig lukt og forskjellige legende egenskaper”. Det står også at ”Aromaterapi brukes til en rekke plager og sykdommer, både fysiske og psykiske. Aromaterapi kan ha innvirkning på et sykdomsforløp, samtidig som det kan støtte og styrker hele mennesket... Aromaterapi er brukt ved stressrelaterte sykdommer, hormonelle problemer, kvinneproblemer som PMS, problemer i forbindelse med overgangsalder, reumatiske plager, hudproblemer, smerter i muskler, luftveisproblemer, angstproblemer, søvnproblemer, hodepine, fordøyelsesbesvær, under og etter graviditet og ved depresjoner... Aromaterapi brukes også i forebyggende helsearbeid... En konsultasjon starter gjerne med et intervju, hvor behandleren kartlegger helsetilstanden og spør hvorfor du har kommet. Behandleren trenger å finne ut hvilke oljer som skal brukes og hvilke som skal unngås... Under behandlingen ligger man på en behandlingsbenk, avkledd eller i undertøyet med et håndkle eller teppe over seg, som dekker det området på kroppen som ikke masseres. Den klassiske massasjen består av bindevevsmassasje, lymfedrenasje og akupressur. Mange opplever behandlingen som behagelig og avslappende”.

Et siste eksempel er primalterapi, som bygger på at psykiske vansker, eller nevrosen, skyldes smerter under fødselen, og senere forsøk på å undertrykke dem. Behandlingen går ut på å oppleve disse smertene, og å uttrykke dem fullt ut i primalskrik. Da kommer elendigheten ut, og pasienten frigjøres. Arthur Janov, grunnleggeren av retningen, kritiserte annen behandling for å bevege seg for mye på det verbale området, og i hjernebarken. Han ville gå dypere til verks, og løse opp emosjoner, eller det som hadde satt seg fast i de dypere og eldre delene av hjernen. Det er neppe overraskende at han var inspirert av Wilhelm Reich, han med orgonenergien og orgonboksen, der energien kunne samles opp. Da jeg var student, hadde vi en forelesning med en terapeut av en slik støpning. Han fortalte at han hadde hatt en nevrotisk kvinnelig pasient. Han fikk henne til å kle nesten helt av seg, og til å legge seg på en madrass. Oppå henne la han madrasser og dyner, og på toppen la han seg selv. Hun skulle komme løs, mens han hindret henne så mye at hun måtte kjempe. Til slutt klarte hun det, og han mente at det var en meget vellykket økt. Spør dere meg, var det trening i å komme løs fra madrasser, dyner og en mann, eller ren selvhevdelsestrening. Det er lett å forstå behandlingen i en atferdsanalytisk ramme, selv om påkledningen ikke er typisk atferdsanalytisk.



Når jeg ser bildet, tviler jeg ikke på at "Mange opplever behandlingen som behagelig og avslappende", slik utøverne selv beskriver behandlingen.

Jeg har vært innom seks temmelig forskjellige terapier som grovt kan deles i tre typer. Den første typen består av arbeidsterapi og grønn terapi. Begge er harmløse, og har utvilsomt generelle positive effekter. Aktivitet er nødvendig for å leve og for å berike livet. Arbeid, og rekreasjon i form av turgåing i mer eller mindre grønne omgivelser, er bra ved de fleste sykdommer, gitt nødvendige tilpasninger, og forebygger det meste. En annen ting er om de bør kalles terapi. De er generelle, og det er vanskelig å se klare relasjoner mellom det som skal behandles, og behandlingen. De er også noe som alle kan oppleve som berikende, og ha godt av, enten vi er friske eller syke, og nærmest samme hvilken sykdom vi måtte ha. Jeg har en kollega i Sogn og Fjordane, Einar Lunga. Jeg vet ikke om han gjør det lenger, men for noen år siden tok han pasienter i ungdomspsykiatrien med på lange fjellturer. Det tror jeg det er mye godt å si om. Ikke minst må det være bedre å kjenne smerter av gnagsår enn smerter av vonde opplevelser og tilkortkomning. Man kan bli mindre selvopptatt, og få mestringsopplevelser som det heter. Vi kan vel si at episoder med forsterkning, både positiv og negativ, og sistnevnte er like mye verd, står i kø. Bare å få hvile når man er trøtt, og ete når man er sulten, kan jo føles som himmelen.

Den andre består av ride- og musikkterapi. De to har mye felles med de to forrige, ved å innebære aktiviteter som er positive og helsebringende, både i behandling og forebygging. Men jeg har en liten høne å plukke også med dem. Jeg synes at rideterapi, i alle fall den presentasjonen jeg gjenga, lover mye og gir inntrykk av å være mer spesifikk enn den trolig er. Kan ikke pratet om å oppleve nået, altså mindfulness, som har blitt et "buzzword", gjelde like mye for mye annen aktivitet, for eksempel grønn terapi? Ellers tror jeg at ridning kan ha relativt spesifikke effekter som ledd i fysioterapi. Jeg synes at også musikkterapi går for langt i å gi seg ut for å være en spesifikk behandlingsmetode. Jeg har flere ganger vært til stede i det som har artet seg som sang- og musikkstunder, der elevene har vært aktive og har kost seg. Etterpå har jeg fått vite at det var musikkterapi. Da har jeg lurt på hva terapien gikk ut på. Det betyr ikke at musikkterapi ikke kan ha effekt, men spørsmålet er om effekten skyldes generelle faktorer som kan oppnås også ved hjelp av andre gode aktiviteter. Kanskje musikkterapi også hjelper best ved grunnleggende, generelle og alvorlige vansker?

Den tredje består av aroma- og primalterapi. Terapiene er forskjellige, men har grunnleggende fellestrekk. For det første har de obskure teorigrunnlag. Hvordan skal eterisk oljer og skriking helbrede problemer? Hva er de spesifikke relasjonene mellom terapien og det den skal oppnå? I tillegg tar de nok munnene litt fulle når det gjelder hvilke problemer de skal hjelpe mot. I motsetning til de fire foregående terapiene mangler de også en viktig side,

ved at de knapt utgjør aktiviteter som er positive i seg selv. Aromaterapi kan ligne på visse sider av spa, for de som har sans for det. Samtidig er det utrolig mange måter å gi folk velvære på, så hvorfor akkurat oljer? Primalterapi virker bare vilt, og jeg har lite godt å si om skriking bortsett fra i kritiske situasjoner, på fotball- og hockeykamper og lignende. Da jeg var nyutdannet psykolog, kom jeg for øvrig i kontakt med en spesiell spesialpedagog som ville vise hva han drev med. Han tok meg stolt med til en stue der han underviste flere voksne menn med utviklingshemning. Han hadde rigget opp et høytaleranlegg, og han og "elevene" byttet på å vræle det de kunne i mikrofonen. Pedagogen gikk mest helhjertet inn for oppgaven. Jeg tviler på at han hadde andre "inspirasjonskilder" enn primalterapi, og utelukker ikke at undervisningen var et forsøk på å behandle egne traumer. Eller trodde han at elevenes utviklingshemning, eller andre problemer de måtte ha, skyldtes traumer som de kunne skrike seg fri fra? Uansett er det noe av det sprøeste jeg har sett, i alle fall i jobbsammenheng.



En pasient som ser ut til å få til et vellykket primalskrik, skjønt jeg tviler på langsiktig behandlingseffekt. Hvis det er sammenheng mellom desibel og behandlingseffekt, kommer trolig denne pasienten langt.

For de fleste av de seks terapiene er det dessverre lite vitenskapelig dokumentasjon, men det preller jo av på mange som har tro på det de driver med. Det kan også være situasjoner der terapiene er uforsvarlige, i alle fall som eneste behandling. Skal jeg velge en terapi for meg selv, blir det grønn terapi. Den får jeg mye av allerede, uten hjelp av terapeut. Den minner også mest om tankegangen i ACT, og gir seg ikke ut for så mye. Ellers viser min lille gjennomgang at alt "terapi" kan være alt mulig.

Det er altså betydelige sympatiske trekk ved de fire første terapiene. I det hele tatt innebærer de aktiviteter som kan stå på de fleste klienters "dagsplan", for de som trenger slike hjelpemidler for at de og personalet ikke skal sitte og tvinne tommeltotter hvis de ikke ønsker det. Til og med mange klienter som ikke trenger dagsplan, og mange av oss andre, bør jo drive med slikt i en eller annen form. Det er til og med vanlig at vi tildeler forsterkere for å drive med det, som i atferdsavtaler. Blant annet er det ingen tvil om at aktivitetene kan være utmerkede alternativer til å drive med mer eller mindre problematisk atferd. Dermed trenger det ikke å være noen motsetning mellom de fire terapiene og atferdsanalyse. Vi trenger i alle fall ikke å gjøre motsetningene større enn de er.

Det nærmer seg NAFO-seminaret på Storefjell siste helgen i april. Mange av oss møtes nok der. Ha det godt så lenge.

16. april 2015

Børge Holden