

Behovet for realisme i psykoterapispesialiseringen



Fredrik Sylvester Jensen
MindsAhead Psykologtjenester
fredsylvmail@gmail.com

Rene metodeutdanninger, som ikke er del av et større behandlingssystem for de alvorligst psykisk syke, bør ikke støttes av det offentlige.



Fredrik Sylvester Jensen. Foto: privat.

Takk til Aina Dyb Bjerke for innlegget *Psykoterapispesialiseringen styrker psykisk helsevern* i Tidsskrift for Norsk psykologforening (2025). Hun løfter viktige problemstillinger, og jeg deler hovedpoenget: Å utvikle fortrolighet med psykoterapi er avgjørende for psykologer som arbeider med psykiske lidelser.

Egenterapi kan være et verdifullt element i psykoterapispesialiseringen. Det å bidra til andres psykiske helse forutsetter at vi har et bevisst forhold til egne blinde flekker og hvordan disse kan påvirke oss som behandlere.

Samtidig oppfatter jeg at deler av Bjerkes innlegg bygger på en misforståelse. Når jeg – og flere med meg – har problematisert innføringen av enkelte terapiformer i spesialisthelsetjenesten, er det ikke fordi vi er mot psykoterapiutdanning. Poenget er rekkefølge og kontekst: Videreutdanning må skje med forståelse for systemet man skal arbeide i. Det handler ikke om å bremse utviklingen, men om å forankre den i den kliniske virkeligheten slik den faktisk ser ut i psykisk helsevern.

Erfaring fra rusfeltet – hvorfor struktur ble avgjørende

Jeg har flere års erfaring som leder for et MBT-team (*Mentalization-Based Treatment*) i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Da vi implementerte modellen, tok vi utgangspunkt i retningslinjene fra *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2009) for borderline personlighetsforstyrrelse. Erfaringene viste hvor avgjørende trygghet, forutsigbarhet og struktur var – både for pasientene og for oss som terapeuter.

Dette samsvarer med erfaringene fra 1980- og 1990-tallet, da mer åpne og konfronterende terapiformer ofte forverret tilstanden hos pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser (Psychiatric Times, 2009). Det var slike erfaringer som førte til at Bateman og Fonagy utviklet MBT – som et klinisk korrektiv til ustrukturerte og affektfokuserte terapiformer. MBT bygger på prinsippet om at struktur er en forutsetning for dybde – ikke et hinder for den (Bateman & Fonagy, 2019).

Ikke alle spesialiseringer passer i systemet



Etter mitt syn lar ikke alle psykoterapispesialiseringer seg anvende i psykisk helsevern slik det fungerer i dag. Flere spesialiteter – som psykoanalytisk terapi, ISTDP (*Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy*) og EFT (*Emotion-Focused Therapy*) – mener jeg det er vanskelig å tilpasse de strukturelle og organisatoriske rammene i distriktpsikiatriske sentre (DPS) og TSB. De krever et behandlingsmiljø og en pasientstabilitet som sjelden er til stede.

MBT er per i dag den eneste psykoterapispesialiseringen som er bredt implementert i DPS, antagelig fordi metoden lar seg tilpasse målgruppen og de strukturelle kravene i psykisk helsevern. Det er positivt dersom EFT og ISTDP videreutvikles slik at de bedre kan tilpasses disse rammene, men meg bekjent foreligger det så langt verken empiri eller metodisk utvikling som tilsier at det er mulig.

Struktur, ikke bare fordypning

Bjerke hevder at psykoterapispesialiseringen i seg selv gir en dybdekompetanse i prosess og relasjon, også i sitt krav til egenterapi, som vil bidra i arbeidet med komplekse tilstandsbilder (2025). Det er jeg enig i. Samtidig mener jeg det ikke er gode nok argumenter for offentlig støtte av spesialisering i de ovennevnte terapiformene. Forskningen på fellesfaktorer for behandling av alvorlige personlighetsforstyrrelser fremhever viktigheten av struktur, kontinuitet, teamforankring og en tydelig teoretisk modell – slik de beskrives i retningslinjene fra NICE og hos Bateman og Fonagy (2019). Flere av disse elementene mener jeg modeller som EFT og ISTDP mangler.

Disse prinsippene gjenspeiles derimot i modeller som MBT, DBT (*Dialectical Behavior Therapy*), TFP (*Transference-Focused Psychotherapy*) og GPM (*Good Psychiatric Management*). De er ikke bare behandlingsmetoder, men gode eksempler på helhetlige behandlingssystemer for komplekse pasientgrupper – der struktur og samarbeid forebygger behandlingsbrudd og retraumatisering.

Et fagfelt i fare for hype

De siste årene har enkelte terapiretninger blitt profilert gjennom aktiv markedsføring og sterke nettverk. Det mener jeg kan skape et inntrykk av at noen metoder er mer «moderne» eller virkningsfulle enn andre – uten at de nødvendigvis har solid empirisk grunnlag. Når utdanningsinstitutter også har økonomiske interesser, må vi verne om faglig uavhengighet og etterrettelighet. Psykoterapi må utvikles som et kunnskapsfelt, ikke som et marked. Det blir også feil at helseforetak skal finansiere en spesialitet som egner seg bedre for pasienter i privatklinikker.

Konklusjon

Jeg er ikke imot metodeutdanning, men for faglig rekkefølge, struktur og realisme. Psykisk helsevern trenger klinikere som forstår systemet, vurderer alvorlighet og velger rett metode til rett pasient. Når helseforetak skal støtte psykoterapispesialisering, bør det bygge på empiri og prioriteringsveiledere – og forstås i lys av samfunnsoppdraget: å møte pasienter med sammensatte vansker på en trygg og forsvarlig måte.

Pasienter med lavt funksjonsnivå og omfattende belastninger trenger metoder som gir struktur, kontinuitet og forutsigbarhet – ikke høy affektaktivering eller konfronterende teknikker. Jeg

mener investeringene derfor bør rettes mot modeller som er både empirisk funderte, men også systemforankrede og tilpasset spesialisthelsetjenestens virkelighet.



Referanser

- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2. utg.). American Psychiatric Publishing.
- Bjerke, A. D. (2025). Psykoterapispesialiseringen styrker psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as10ae-Psykoterapispesialiseringen-styrker-psykisk-helsevern>
- Helsedirektoratet. (2023). *Prioriteringsveileder – Psykisk helsevern for voksne*. Helsedirektoratet.
- Linehan, M. M. (2015). *DBT Skills Training Manual* (2. utg.). Guilford Press.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE; 2009). *Borderline Personality Disorder: Recognition and Management*. NICE.
- Psychiatric Times (2009). *From Colloquialism to Full Recognition: The Evolution of BPD*. Psychiatric Times.