

MBT og andre merkevarer

Vår artikkel om mangfoldet av psykoterapeutiske skoler er ikke noe «angrep» på mentaliseringsbasert terapi. Det vi utfordrer, er merkevarebyggingen og noen av dens årsaker og konsekvenser.

TEKST

Erik Falkum

Bengt Olavesen

Karsten Hytten

PUBLISERT 5. juni 2015

MENTALISERINGSBASERT TERAPI

Under tittelen «Merkelig angrep på mentaliseringsbasert terapi» kommenterer Sigmund Karterud og Finn Skårderud (K/S) vår artikkel om mangfoldet av psykoterapeutiske skoler i aprilnummeret av Psykologtidsskriftet. Kommentaren handler utelukkende om vår såkalte «uthengning» av MBT. Dette er skuffende, men ikke uventet, ettersom vi eksplisitt beskriver markedsføringen av MBT som det mest iøynefallende norske eksemplet på en problematisk relasjon mellom fag og forretning. K/S forsøker å marginalisere og latterliggjøre resonnementene omkring tre-bokstavsyken ved bruk av begreper som forbrytelser, skurker og helter. Diskusjonen om konsekvensene av merkevarebyggingen pågår imidlertid blant behandlere og forskere verden over. Når det likevel skrives relativt lite om temaet, er nok en av grunnene at det er lett å trække på ømme tær i denne debatten.

Med referanse til amerikanske forhold hevder vi at hvis det skal bli noen økonomisk gevinst av å etablere en ny psykoterapiretning, må det skapes en *bevegelse* knyttet til retningen. Kollegene må strømme til, kjøpe bøker og gå på kurs. I sitatet fra forordet til Karterud/Skårderud i boka til Bateman og Fonagy («i skrivende stund er vi vitner til en terapeutisk og teoretisk bevegelse i dens fødselsfase, eller kanskje dens tidlige barndom») markerer forfatterne at de ikke har reflektert over denne egenskapen ved bevegelsen. De er uten videre enige i at de har arbeidet intenst for å skape en MBT-bevegelse. Vi synes fortsatt at sitatet og dette intense arbeidet uttrykker en ambisjon om å lansere noe epokegjørende nytt. Derfor er det påfallende at de unnlater å kommentere vårt spørsmål om begrepet mentalisering overhodet beskriver noe som ikke er beskrevet før. Mye tyder på at innholdet i begrepet er gammelt.

Tankeors

Når det gjelder påstanden om høye kursavgifter, opplyser K/S at utdanningen skjer i regi av Institutt for Mentalisering, som er en ideell stiftelse. De forteller imidlertid ikke at denne stiftelsen ble registrert først den 9. januar 2015. Fra 2009 til 2015 ble kursene gitt i privatøkonomisk regi av K/S. Da det såkalte «Operakurset» ble lansert, betalte deltakerne 19 000 kroner for åtte kursdager. I dag er beløpet justert opp til 19 900 kroner. Med 24 deltakere innebærer dette at man *hver dag* kan bruke rundt 50 000 kroner til undervisningshonorarer når utgifter til normal lunsj og normale lokaler er trukket fra. Det er for øvrig et tankekors at sykehusene (for eksempel OUS, den tidligere arbeidsgiveren til K/S) og andre deler av helsevesenet får økte utgifter som følge av privatiseringen av videreutdanningen, ettersom de ofte betaler deltakernes kursavgifter.

Da MBT-skolen ble etablert i 2009, ble vi invitert til stor lansering i Operafoajeen. I en mail-utveksling skrev en av oss (Erik Falkum) at han syntes kunnskapsgrunnlaget for behandlingen var for dårlig, og at K/S burde ventet med å etablere organisert utdanning til resultatet av flere undersøkelser forelå. Karterud svarte da at han syntes evidensen var god nok. På dette tidspunktet forelå kun Bateman & Fonagys egen studie av behandlingen. Som forsker vet Karterud selvsagt at NICE og tilsvarende institusjoner krever flere uavhengige undersøkelser og gjerne metaanalyser med positivt resultat før det kan sies å foreligge et godt kunnskapsgrunnlag for en behandling. Grunnen til dette er at resultatene av enkeltundersøkelser kan være uttrykk for ulike typer bias, et tema vi behandler mer generelt i vår artikkel. Entusiasmen og ønsket om å oppnå et bestemt resultat kan påvirke behandlerens atferd i terapirommet, registreringen av symptomtrykk og funksjon og en rekke andre forhold. Det er påfallende at psykiatriprofessoren valgte å se bort fra bias-problematikken i forbindelse med etableringen av MBT-skolen. Cochrane-basen, som jevnlig oppsummerer dokumentasjonen for effekt av ulike behandlinger, beskriver for øvrig fortsatt evidensgrunnlaget for både MBT og retningens konkurrenter som *moderat eller lavt*.

Dette gjelder MBT som borderline-behandling. Når det gjelder behandlingens potensial ved andre lidelser, som spiseforstyrrelser, ruslidelser etc., foreligger det oss bekjent ikke resultater av systematiske undersøkelser overhodet. Grunnlaget for markedsføring er med andre ord enda svakere ved disse andre tilstandene. Det forhindrer imidlertid selvsagt ikke at MBT kan vurderes som relevant på klinisk grunnlag. Både MBT og liknende alternativer er interessante tilnærminger som bør studeres med forskningsmetodikk også ved noen av disse lidelsene.

Fiktive skiller

K/S vurderer vår artikkel som et «angrep på mentaliseringsbasert behandling». Det er feil. Det vi utfordrer, er merkevarebyggingen og noen av dens årsaker og konsekvenser. Merkevarerne skaper fiktive skiller og reiser språklige og andre murer mellom retninger som har mye til felles og som kunne ha nytte av å snakke mer sammen enn de gjør.

Avslutningsvis beskriver K/S hvordan utviklingen av MBT har vært preget av «usedvanlig åpenhet», og vi tviler ikke på at diskusjonene blant deltakerne i MBT-

bevegelsen har vært fine. Men denne interne åpenheten har begrenset relevans i vår sammenheng. Det sentrale er åpenheten og viljen til dialog og samhandling *mellom retninger som konkurrerer*. Vi tror psykoterapifeltet vil profitere stort på at konkurransen og dens ulike årsaker fortrenses til fordel for ønsket om å lære av hverandre. Hvis K/S klarer å legge til side enten-eller-tenkningen (jf. skurker og helter i første avsnitt), som de har brukt år av sitt liv på å få sine pasienter til å forlate, kan de bli verdifulle partnere i denne dialogen.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 52, nummer 6, 2015, side

TEKST

Erik Falkum

Bengt Olavesen, Avdeling for forskning og fagutvikling. Klinikk for psykisk helse, Oslo
Universitetssykehus, Aker

Karsten Hytten