

Mentaliseringsbasert terapi i TSB

Ved Fredrik Sylvester Jensen
Stiftelsen Bergensklinikkene

Pasienter med alvorlig personlighetsproblematikk

- Dropout
- Iatrogenes skader
- Sekundærtraumatisering av behandlere
- Konflikter mellom helsesystemer
- Motoverføring
- Ressurskrevende
- Langvarige lidelser og ingen endring

Terapi for BPF

- Forskjellige terapier har vist seg effektive for BPF
 - For eksempel DBT, TFT, MBT
- Kjennetegnes av:
 - flere terapeuter jobber sammen (Liotti, Cortina & Farina, 2008)
 - faste rammer (kasusformulering, kriseplan, lengde på terapien etc)
 - spesialiserte terapeuter med en felles terapitilnærming
 - veiledning på motoverføring og relasjonell dynamikk (Amianto et al, 2011)
- Økonomiske analyser viser betraktelig reduksjon i helseutgifter
 - 18.500 \$ pr år, pr pasient , 100.000 kr (Hall et al. 2001)

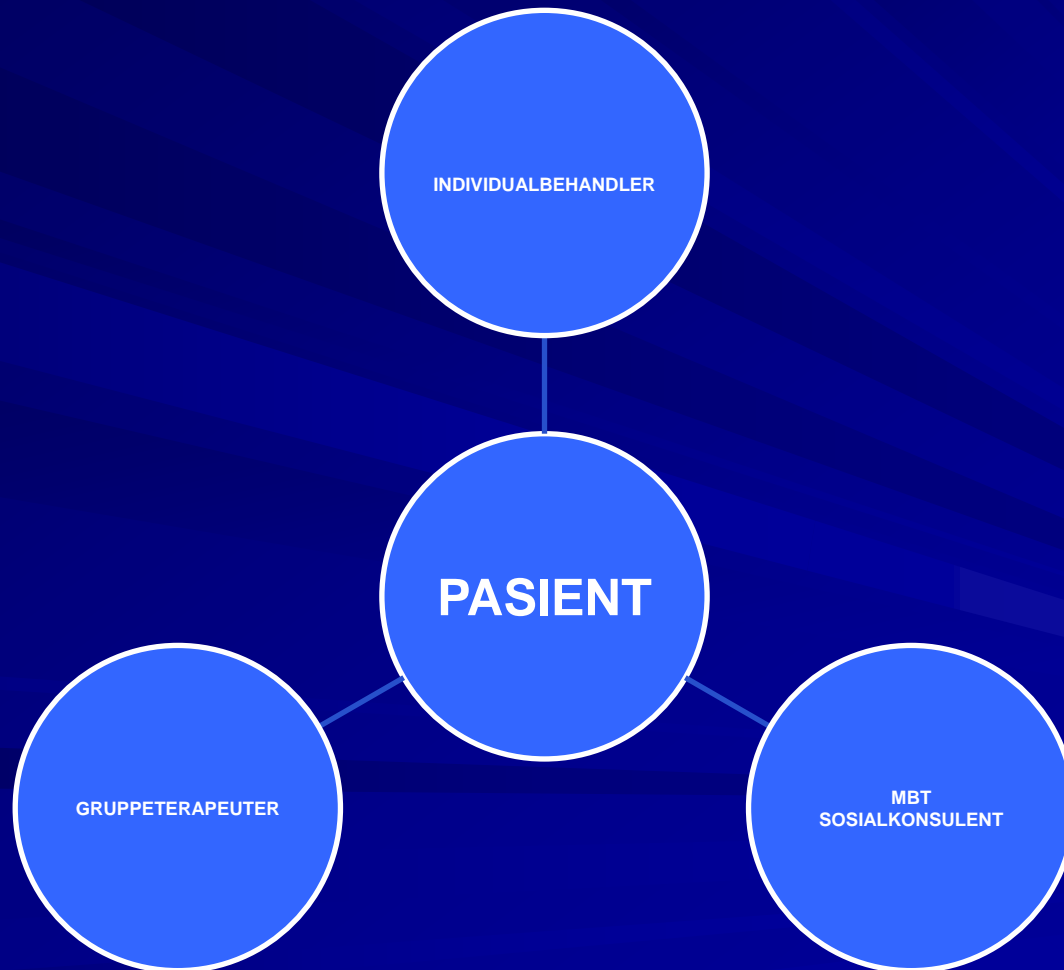
MBT prosjektet i Bergensklinikkene

- Pilotprosjekt 2010-2013 (Sigmund Karterud & Nina Arefjord)
- Mentaliseringsbasert behandling for kvinner med rusproblematikk og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (i utvidet forstand)
- Gruppe og individualbehandling ukentlig
- MBT sosial konsulent
- Ukentlig veiledning av behandlere
- 19 pasienter deltok i prosjektet
- I dag er MBT kombinasjonsbehandling fast tilbud ved SBKL

Behandlingsresultater

- Lav drop - out frekvens: 3 av 18 pasienter (17 %)
- Behandlingstid ca 2 år
- 9 av 15 ble rusfrie etter fullført behandling
- Betydningsfull reduksjon av rusmiddelbruk hos 6
- 12 av 15 ble medikamentfrie
- 5 i 100% jobb,
- 3 uførepensjon
- 2 omsorg for små barn
- Resterende tiltak Nav, studier – deltidsjobb
- Alle fikk betydningsfull økt sosial funksjon omgang med familie og venner.

Misforståelser differensieres



Mentalisering

- Implisitt og eksplisitt fortolkning av egne og andres handlinger som meningsfulle intensjonelle ytringer av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser og motiv (Fonagy, m.fl 2002)
- Evne til å reflektere omkring egne og andres sinn
- Evne til å reflektere/tenke omkring egne tanker og følelser (metakognisjon)
- "Å se seg selv utenfra og andre innenfra"
- Våre følelsers bremseklosser
- Sjelens immunforsvar

Tilknytning, affektregulering og psykisk virkelighet

- Psykisk ekvivalenstenkning (1-3 årsalder)
- Pretend modus (2- 3 årsalder)
- Integrering av disse to i 4- 5 årsalder

Uheldige samspillsmønstre

- Emosjonelle reaksjoner overses
- Følelser blir møtt med manglende aksept
- Følelser blir møtt med straff
- Umarkert speiling
- Respons på følelser som ikke er til stede (frykt blir fortolket som aggressivitet)

Psykisk ekvivalens

- Kollaps av mentaliseringsevne
- Mentale tilstander likestilles med fysisk virkelighet
- "Svart-hvitt"-tenkning
- Følelsmessig dysregulering
- Ikke mulig å ta andre perspektiver ("det bare er slik")
- Sokratisk metode er nytteløst
- Motoverføring: sterke negative følelser som frykt, sinne og motløshet

Håndtering av psykisk ekvivalens

- Skifte fokus ("contrary steps")
- Utfordre unyanserte antakelser ("hva mener du med at alle menn er drittsekker?")
- "Stopp og spol tilbake" ("kan vi ta det fra begynnelsen?")
- I gruppen: Involvere andres perspektiv ("hvordan skal vi forstå dette?")
- Validering ("du må ha vært under et enormt press")

Forestillingsmodus ("pretendmode")

- Frakobling av indre og ytre virkelighet
- Forbundet med tomhetsfølelse, meningsløshet og dissosiasjon
- Endeløst og lite engasjerende snakk om tanker og følelser i terapirommet
- Pseudomentalisering
- Motoverføring: kjedsomhet, irritasjon, mister fokus, lyst til å si noe trivielt

Håndtering av forestillingsmodus

- Fokus på her og nå ("er vi litt overfladiske nå?", "har vi mistet fokus?")
- Økt affektfokus (" hvordan har du det nå? på meg kan det virke som om det var noe her som berørte deg, jeg vet ikke om det stemmer")
- Utfordring ("det er litt uklart for meg hva du mener med aura og energier mellom mennesker, kan du utdype det?")
- Skifte fokus (" jeg tror vi har rotet oss litt bort nå, jeg tror vi må legge dette litt til side og gå tilbake der vi startet. Er det greit?")
- Fokus på motoverføring ("jeg mister litt interessen her nå, men prøver å engasjere meg. Jeg tror vi må stoppe opp litt og finne mer ut av det").

Teleologisk posisjon

- Et fokus på å se på handlinger som fysiske og ikke som et uttrykk for mentale tilstander
- Vansker med å akseptere annet enn fysiske endringer som uttrykk for følelsesmessige sannheter
- Behandlers gode inntensjoner kan bare demonstreres gjennom heroiske handlinger (Skårderud, 2010)
- NB! Suicid
- Motoverføring: angst, behov for å gjøre noe for pasienten

Mentaliseringssvikt og rus

- ” Jeg hadde det så jævlig at jeg bare måtte gå på polet”
- ” Dere motarbeider meg. Jeg går rett i parken”
- ”Hun provoserte meg veldig. Jeg gikk rett ned på platen og kjøpte amfetamin. Da tenkte jeg klart igjen og forstod at jeg overreagerte”
- ”Uten benzodiasepiner klarer jeg ikke å være alene”
- ” Når jeg tar heroin er tomheten helt borte”
- ”Amfetamin er min medisin. Med den klarer jeg å tenke klart, konsentrasjonen er god og selvtilliten er slik den skal være”.
- ” Jeg er lei av hun hele tiden skal påpeke mitt alkoholproblem. Hun ønsker å ta fra meg det eneste jeg har som er godt”.

Mentaliseringsbasert terapi

”å smi mens jernet er lunkeent”

Høyt spenningsnivå

Validering

”Contrary steps/motsatte bevegelser”

Optimalt spenningsnivå

Mentalisering av overføringen

Fokus på her og nå

Fokus på affekt

Lavt spenningsnivå

Fokus på her og nå

Affektfokus

Utfordring av pretend modus

Utforskning, nyskjerrighet og ikke-vitende holdning

- Grunnleggende holdning
- Forutsetter at behandler er konsistent, klar og pedagogisk
- Behandler er en tolerant kompanjong i en utforskende prosess
- Tydeliggjøre at mentale tilstander er ugjennomsiktige, men at de kan klargjøres gjennom dialog
- Unngå løsningsfokus eller fokus på atferd

Behandlingsplanlegging

■ To elementer viktige i behandlingsplanlegging

- Forskjellige mentaliseringsprofiler på forskjellige pf profiler (Luyten et al, 2012)

- Hvilken tilknytningsstrategi har pasienten

 - Distanserende

 - Overinvolvert

 - Disorganisert

→ Mentaliseringsbasert Kriseplan og kasusformulering

Kriseplan for Linda

Slik forstår Linda sine egne vansker:

Linda har problemer med rus og spesielt heroin. Hun føler at hun må ha heroin.
Linda stoler ikke på folk, hun kan se med engang om en person er grei eller ikke grei.
Hun vet ikke helt hva hun har vansker med og det er lenge siden hun har vært rusfri.

Behandling:

Linda går i behandling i MBT to ganger i uken.
Hun har kontakt med Petter i sosialtjenesten flere ganger i uken.

Linda mister kontrollen over seg selv i disse situasjonene:

Hvis noen sier imot henne eller bestemmer over henne.
Hvis noen spør Linda om følelser.
Hvis noen ser på Linda med et stygt blikk.

Dette kan føre til at Linda gjør:

Linda kan bli veldig sint, noen ganger kan hun miste kontrollen og bli voldelig.
Hun kan velge å gå fra behandlingen. Hun kan ruse seg.
Hun kan begynne å gråte.

Hva kan Linda gjøre når hun er i krise:

Hun kan gå ut av situasjonen og trekke seg tilbake.
Hun kan tenke at det er ikke sikkert at den personen ikke liker meg og vente på at følelsene går over.

Hva kan hjelpeapparatet gjøre når Linda er i krise:

Katharina kan minne Linda på at hun ikke tenker klart når hun har følelser og være tålmodig og vente til Linda har roet seg ned.
Gruppeterapeutene kan gå etter Linda hvis hun forlater gruppen for å sjekke om hun har det bra.

Hva mener Linda ikke er til hjelp for hennes:

At behandlere eller pasienter ler av henne.

Hva mener Linda ER til hjelp for hennes:

Linda trenger å bli kjent med og bli trygg på behandlere og medpasienter. Hun vil gjerne at de bruker tid på henne sånn at hun kan bli trygg.