

# Mentaliseringbasert terapi i rusbehandling (MBT-R)

Erfaringer fra implementering av MBT-R i Stiftelsen Bergensklinikkene

*Mentaliseringsbasert terapi (MBT) begynner etter hvert å bli godt kjent og dessuten implementert i rusbehandling flere steder i Norge. Fra Stiftelsen Bergensklinikkene har vi formidlet våre erfaringer fra pilotprosjektet MBT-R i en artikkel i Tidsskrift for norsk psykologforening, som denne artikkelen bygger på (Arefjord, Karterud & Lossius, 2014).*

AV: NINA AREFJORD, BERGENSKLINIKKENE

## I HELSEDIREKTORATETS VEILEDER

«Sammen om mestring» beskrives tre ulike behandlingsforløp for ruspasienter: «Hovedforløp 3: Dette bruker- og pasientforløpet omfatter alvorlige og langvarige problemer/lidelser.

Eksempler på tilstander som dekkes av forløpet:

- Medikament- eller rusmiddelavhengighet
- Alvorlige bipolare lidelser
- Alvorlig depresjon
- Schizofreni

### • Alvorlige personlighetsforstyrrelser

(min utheving, s. 55, Sammen om mestring, 2014). Denne teksten handler om gruppen med alvorlige personlighetsforstyrrelser. Betydningen av personlighetspatologi for utvikling og vedlikehold av rusmiddellidelser er godt dokumentert i løpet av de senere årene (Fenton et al., 2012). I en ny oversiktsartikkel om mannlige pasienter i rusbehandling og underdiagnostisering av personlighetslidelser, skriver forfatterne: «Alvorlighetsgrad, varighet av lidelsen og andre kompliserende faktorer utgjør med noen få unntak negative prognostiske

faktorer, såfremt man ikke mottar mer spesifisert behandling rettet inn mot EUP (emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse)» (Nysæter & Nordahl, 2015, s. 591).

## Mentalisering og sårbarhet

MBT er en form for psykodynamisk psykoterapi. Mentalisering referer til den mentale aktiviteten som foregår i oss mennesker for at vi skal forstå menneskelig atferd i lys av psykologiske tilstander. I MBT har en særlig rettet oppmerksomheten mot hvordan mennesker fortolker, fokuserer på og snakker om de mentale prosessene som ligger bak menneskers atferd. MBT er spesielt rettet mot pasienters problemer med affektregulering, utrygg tilknytning, nevrobiologisk sårbarhet, redsel for avvising og aggresjonsproblemer (Karterud & Bateman, 2010).

## MBT – R pilotprosjekt

Stiftelsen Bergensklinikkene ble inspirert av MBT sine terapeutiske holdninger, strategier og nyere kunnskap om personlighetsutvikling, og



besluttet i 2009 å gjennomføre et pilotprosjekt i kombinasjonsbehandling av personlighets- og ruslidelser. Vi ønsket en godt *strukturert og fokusert behandling* for personlighetsvanskene, og vi stilte oss spørsmålet om MBT ville være nyttig for pasienter med mer omfattende rus- og personlighetsproblematikk. MBT hadde da ikke tidligere vært utprøvd for den gruppen pasienter med rusavhengighet som hovedproblem, og vi søkte Helsedirektoratet som bevilget midler til en tre års prøveperiode.

Kort oppsummert har MBT-R medført *tryggere behandlingsforløp for både pasient og terapeut*. Skreddersydde terapeutiske intervensjoner, mentaliserende holdninger og en helhetlig organisering av terapien i et samarbeidende team, medvirket til dette.

*Kriteriene* for deltakelse i prosjektet var at pasientene (kvinner) hadde emosjonelt ustabile personlighetstrekk og alvorlig rusproblematikk. Det handlet om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i *vid forstand*. Poenget var ikke å behandle en *diagnose*, men personer med større eller mindre grad av emosjonell ustabilitet og rusavhengighet. Kjerneproblematikken var mentaliseringsvansker og selvproblematikk der konsekvensen var hyppige interpersonlige misforståelser og samspillsvansker. I tillegg kom avhengighet av og skadelig bruk av alkohol, amfetamin, GHB, heroin og cannabis. Dette var pasienter med flere samtidige diagnoser og med høyt lidelsestrykk. Før behandling hadde pasientene flere akuttinnleggelses og lengre opphold i psykisk helsevern og i rusinstitusjoner bak seg. Selvskading, suicidforsøk og overdoseproblematikk i tillegg til voldelige episoder, forekom hyppig. 13 av 16 pasienter hadde alvorlige barndomstraumer som innbefattet omsorgssvikt, mishandling og seksuelt misbruk. 3 av til sammen 18 pasienter avsluttet behandlingen før avtalt tid.

### Mål for behandlingen

I MBT er målene å oppøve en generell mental kontroll, bedre følelsesreguleringen, øke selvforståelsen og evnen til å forstå andre,

samt bedre ens interpersonlige kompetanse (Bateman & Fonagy, 2012; Karterud & Bateman, 2010). I pilotprosjektet var det *primære behandlingsmålet* reduksjon av helseskadelig rusatferd. Det *sekundære behandlingsmålet* var økt sosial funksjon, symptomreduksjon og bedret interpersonlig fungering. Pasientene i MBT-prosjektet nådde i stor grad disse målene, og må framover bruke sin mentaliseringskapasitet til å vedlikeholde målene og forebygge tilbakefall.

### Strukturert kombinasjonsbehandling

MBT er kombinasjonsbehandling med ukentlig gruppe- og individualterapi. Gruppeterapi er en ideell sosial treningsarena. Sentrale interpersonlige hendelser og terapiutvikling deles mellom gruppe- og individualterapeuter for å brukes aktivt til refleksjon sammen med pasienten. «*Hvordan opplevde du det som skjedde i gruppen sist, da Ragnhild hadde den reaksjonen overfor deg?*». «*Hva gjorde det med deg at dere kom fram til en felles forståelse av misforståelsen?*» Pasientene erfarer å takle vanskelige følelser, og får hjelp til å utforske og øke forståelsen for hva som skjedde hos individualterapeuten i etterkant.

### MBT-verktøy

Psykoedukasjon forbereder pasienten på behandling, gir økt kunnskap om problemområdene og gir en felles forståelse hos pasienter og terapeuter om hvordan aktuelle psykiske vansker skal forstås. Den psykoedukative gruppen opplevdes som meningsfull, og pasientene ble her oppfordret til å komme med eksempler fra situasjoner i eget liv der de hadde brukt rusmidler til å regulere vanskelige følelser. «*Psykoedukasjon ga meg mye og jeg kunne se mer helheten. Den manglende helheten har tidligere forstyrret behandlingen min.*» Pasienter i Bergensklinikkene får nå tilbud om mentaliseringsbaserte psykoedukative grupper, uavhengig av hvilken type behandlingsmetodikk de ønsker. Dette fordi temaene angår flere og oppleves som nyttig kunnskap.

Felles enighet om behandlingsmål og hvordan disse oppnås, sikres blant annet gjennom *mentaliserende kriseplaner og kassformulering*.



Det viktigste er å *engasjere pasienten i prosessen* rundt kriseplanen, og stimulere til refleksjon rundt hvordan mentaliseringsvikt vanligvis oppstår. Når planen ikke virker, er det sentrale spørsmålet da hva *terapeuten ikke* har forstått og *hvordan og når pasienten selv* forsto at planen ikke kom til å fungere. En mentaliserende kriseplan er forskjellig fra en kontrakt. Mentaliserende kriseplan tar høyde for de ikke-mentaliserende tilstandene pasientene kommer i, og som både forårsaker og forverrer deres psykiske og mellommenneskelige problemer. I følge pasientene i pilotprosjektet fungerte den som et redskap for å hjelpe pasienten til ikke agere ut sine følelser i vanskelige situasjoner.

En mentaliseringsbasert kasusformulering innebærer at rusatferden blir satt i sammenheng med en problematisk selvregulering. MBT-terapeuter trenger veiledning og trening i å formulere slike sammenhenger på en kortfattet måte og i et dagligdags språk som gir mening: *«Siri blander sammen det å ta sine vonde følelser på alvor og bli kjent med disse, med selvmedlidenhet i form av å synes synd på seg selv, noe hun forakter. Hennes vonde minner fører til hyppige impulsstyrte rusinntak. Siri vil i timene utforske og sette ord på de vanskelige følelsene. Terapeuten må hjelpe til med å balansere temperaturen i timene, slik at hun ikke blir følelsesmessig overveldet og opplever at hun må bruke rusmidler for å døyve disse i etterkant. Hun ønsker å bli i stand til å kjenne på vonde følelser uten at hun enten må ruse seg eller isolere seg fra andre mennesker.»* Lykkes man, er gevinsten stor i form av felles forståelse av terapiens innhold og mål. En pasient tilbakemeldte følgende: *«Det skrevet jeg fikk av deg. Det var akkurat som jeg hadde skrevet det selv. Jeg leste det flere ganger. Du har oppfattet virkelig mye. Det er ting jeg gjerne tenker selv, men det er så fint å ha det nedskrevet. Jeg klarer ikke uttrykke det slik selv»* (Arefjord, Karterud & Lossius, 2014).



*Mentaliseringsbasert terapi er en måte å organisere en strukturert behandling på for pasienter med både personlighetsvansker og rusavhengighet, mener psykologspesialist Nina Arefjord. Foto: Bergensklinikkene.*

## Allianse og relasjon

I følge Bateman og Krawitz (2012, s. 27), beskrives den terapeutiske alliansen med tre komponenter: *«1. Therapy relationship bond 2. Joint understanding of the treatment methods 3. And agreement regarding therapy goals»*. MBT har et sterkt fokus på den terapeutiske relasjonen. Hvordan pasient og terapeut spiller sammen og påvirker hverandre i terapirommet er et viktig tema i timene (Morken et al., 2013). Terapeuten har hovedansvaret for å se til at det terapeutiske samspillet er trygt og samtidig tilstrekkelig utfordrende. Terapeuten skal utfordre pasienten til å reflektere rundt hvordan han/hun har kommet fram til sine slutninger eller

fastlåste holdninger, samtidig som terapeuten kontinuerlig må passe på at pasienten ikke blir så følelsesmessig overaktivert at mentalisering blir umulig. Terapeutens interesse, ikke-vitende holdning og nysgjerrighet på pasientens mentale verden, øker pasientens nysgjerrighet på eksempelvis egne følelser. Målet er at systematisk fokus på mentalisering også skal øke sosial forståelse og kompetanse *utenfor* terapirommet (Bateman & Krawitz, 2012).

Sosialkonsulenten i MBT-teamet bidro til å dempe kriser og øke kvaliteten på samarbeidet mellom ulike system og faginstanser. Konsulentens arbeid har blant annet bestått i kontaktetablering ved behandlingsoppstart, praktisk støtte overfor lærere, lege, NAV, hjemmebesøk og telefonkontakt etter uteblivelse fra terapi. Terapeutene kunne dermed konsentrere seg om sin del av oppgaven, som var å utføre psykoterapeutisk arbeid etter mentaliseringsbaserte retningslinjer. Sosialkonsulenten var sterkt medvirkende til at flere pasienter stabiliserte seg i oppstartfasen. Pasientene tilbakemeldte at sosialkonsulenten ga god og livsnødvendig assistanse i oppstartsfasen og ved behov i løpet av terapiforløpet (Arefjord, Karterud & Lossius, 2014).



” – *Når behandlingen virker er dette en ekstra givende gruppe pasienter å samhandle med.*

### Videoveiledning i team

Pasienter med komplekse lidelser og høyt lidelsestrykk bør ikke være en enkelt terapeuts ansvar alene. Et faglig forsvarlig tilbud til ROP-pasienter krever godt organiserte team som samarbeider tett. I MBT blir terapeuten sett i kortene gjennom systematisk ukentlig videoveiledning. Veiledning har flere funksjoner. MBT er en manualisert behandling som skal læres og etterfølges. Samtidig skal terapeutene ivaretas når deres egen mentaliseringsevne synker. Vanskelige terapiforløp kan føre til negativ motoverføring, altså terapeuten sine egne negative reaksjoner på pasienten. Det beste virkemiddelet mot dette er å være så trygg blant kollegaer at en kan være åpen om sine følelser. Egen veiledererfaring tilsier at gjennom å formulere det som er vanskelig, reformulerer terapeuten selv de negative tankene og følelsene. MBT er utviklet for en gruppe pasienter med *utrygg tilknytning* til omsorgspersoner i barndommen, noe som gjør det vanskelig for dem å stole på oss hjelpere også i voksen alder, og den terapeutiske alliansen er ofte skjør. Det å forstå noen av disse vanskene som tilknytningsvansker har vi erfart gir mening og motivasjon til å fortsette utfordrende terapiforløp, og sammen med pasienten prøve å forstå hva som skjer mellom pasient og terapeut (Morken et al., 2013). Utforskning av hvordan den terapeutiske relasjonen og følelsene den framkaller forstås

av pasient og terapeut, gis stor plass i MBT. Terapeuten skal være åpen (transparent) om sitt perspektiv og sine misforståelser. Det reduserer psykologisk forvirring hos pasienten, og gir økt forståelse for hvordan vi mennesker mentalt påvirker hverandre. Rus kompliserer og forstyrrer mentalt liv, og vår erfaring tilsier at må vi ha oppmerksomhet på rusens psykologiske funksjon gjennom hele terapiforløpet i MBT-R.

### Oppsummering

Pasienter med personlighetsvansker og rusavhengighet har sammensatte og komplekse lidelser. Helhetlig behandling kan være en utfordring å få til. MBT-R er en måte å organisere en strukturert behandling på. Når behandlingen virker er dette en ekstra givende gruppe pasienter å samhandle med. Tilfriskningen blir så synlig. Samspillet, som har vært tidvis krevende og fylt av mange misforståelser, gjør at både terapeut og pasient lærer mye om seg selv og andre. Finn Skårderud spør: «*Kan vi forstå det slik at mentaliseringstradisjonen forsøker å bidra med spesifikke teknikker, holdninger og intervensjoner for å fremme de uspesifikke virksomme (terapeutiske) faktorer*» (Skårderud, 2012, s. 174). Ja, svarer vi. Både strukturert veiledning og bruk av video, verktøyer som forberedende psykopedagogisk gruppe, mentaliserende kriseplaner og kasusformuleringer fremmer allianse og en åpen

dialog om terapirelasjonen. Det er svært viktig for pasienter som har mange behandlingsforløp bak seg og manglende tillit til hjelpeapparatet generelt. MBT er siden 2013 omgjort til en del av det ordinære behandlingstilbudet både for kvinner og menn i Stiftelsen Bergensklippene. Pilotprosjektets 15 pasienter blir nå fulgt opp i en spennende etterundersøkelse, ledet av ph.d.-stipendiat Katharina Morken, for å finne ut om behandlingsresultatene vedvarer to år etter behandlingsslutt.

I denne teksten har jeg fokusert på pasienter med emosjonelt ustabile personlighetstrekk og ruslidelser. I siste nyhetsbrev fra Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykiatri (NAPP), oppsummerer Øyvind Urnes fem viktige karakteristika for evidensbasert behandling for borderline/emosjonelt ustabil PF (BPD). Her inngår strukturert (manualbasert) fokus på de typiske borderlinesymptomene der pasientene oppmuntres og støttes i å ta styring og kontroll over dem selv. Terapeutene må hjelpe til med å lage forbindelse mellom følelser, hendelser og atferd, og er aktive, deltakende og bekreftende. Til sist må terapeutene diskutere sine terapier, inklusiv sine egne personlige reaksjoner, med andre (Urnes, 2015; Bateman, Gunderson & Mulder, 2015). MBT inneholder disse kriteriene, og vi anbefaler MBT-R implementert i ruspoliklinikker. ☒

## REFERANSER:

- Arefjord, N., Karterud, S. & Lossius, K. (2014). Mentalisering i rusklinikk. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 51, 461-464.
- Bateman, A., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385:735-43
- Bateman, A. & Krawitz, R. (2013). *Borderline Personality Disorders. An Evidence-based Guide for Generalist Mental Health Professionals*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). (EDS): *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fenton, M.C., Keyes, K., Geier, T., Greenstein, E., Skodol, A., Krueger, B., Bridget F Grant, B.F., & Hasin, D. S. (2012) Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction*. 107(3): 599–609. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03638.x.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Morken, K., Karterud, S., & Arefjord, N. (2014). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. doi: 10.1007/s10879-013-9246-8.
- Skårderud, F. (2012). Terapiens essens. Om mentalisering og mentaliseringsbasert terapi. I R. Ulberg, A.G. Hersoug, & T. Knutsen (Red.) *Psykoterapi i utvikling*. (173-189). Oslo: Akademika forlag
- Veileder. (2014). *Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet ISBN – nr 2076
- Nysæter, T.E. & Nordahl, H.M. (2015). Hva bestemmer utfall av behandling for pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse? En oversikt over kjønnsespesifikke faktorer. *Tidsskrift for norsk psykologforening* Vol 52 (7), 587 – 593.
- Urnes, Ø. (2015) Hva er god nok behandling av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse? Nyhetsbrev NAPP Nr. 3 september 2015