



Av: Nina Arefjord,
KoRus-Bergen /Stiftelsen Bergensklinikkene

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) i rusbehandling hjelper pasienten til gradvis å utvikle et språk for følelser og tanker som han eller hun tidligere har brukt rusmidler til å uttrykke eller undertrykke. MBT har hovedfokus på mentale prosesser hos pasienten.

Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling

Lisa bruker alkohol til å regulere følelser og til å glemme vanskelige minner og følelser. Hun utagerer under alkoholpåvirkning noe som har ført til farlige situasjoner og ødelegger interpersonlige relasjoner. Minnene fra utageringen er i seg selv traumatiske og kan få henne til å drikke enda mere. Stort alkoholinntak skaper sosial angst og hun tolker alle rundt seg i sin disfavør. «Min måte å drikke på skaper en negativ oppfatning av meg samtidig som jeg har redusert meg selv». Terapeuten må sammen med Lisa utforske følelser, tanker som fører til feiltolkninger og misforståelser av seg selv og andre. Misforståelsene kan være preget av Lisas forhold til mor der mor formidlet flere budskap på en gang. Som barn oppfattet Lisa det som at mor foretrakk alkohol foran henne. Samtidig opplevde hun at moren elsket henne oppriktig.

Dette lager et forvirrende forhold til mor og skaper videre vansker for Lisa i forhold til ektefelle og barn fordi hun får vansker med å sette grenser for mor. Lisa er verbal og har tidligere opplevd terapi som et sted der hun snakket om krisene. Hun kan snakke seg bort fra vanskelige følelser her og nå. Dette må terapeuten være oppmerksom på slik at Lisa opplever terapien som meningsfull og fokusert. Terapeuten må lytte etter Lisas sårhet som kan ytre seg i form av latter og gi et feil bilde av hvordan Lisa har det for øyeblikket. Terapeuten må lytte godt og stoppe opp når hun ikke forstår for å utforske underliggende følelser og tanker hos Lisa. Lisa vet på forhånd når hun kommer til å drikke for mye og hun trenger også å utvikle mestringsstrategier som hun opplever er hennes egne og ikke påtvunget av andre. Skamfølelsen er svært fremtredende hos

Lisa over at hun selv har utviklet alkoholproblemer. Den medvirker til at hun noen ganger mest retter fokus på andre mennesker rundt seg og har mindre fokus på seg selv i terapien.

Dersom vi mennesker har hatt mulighet til å utvikle en god og robust evne til å mentalisere, står vi bedre rustet til å møte de utfordringer og motgang som livet byr på. Når mennesker ikke har hatt muligheten til å utvikle en robust mentaliseringsevne, kan det føre til at vi fylles av vanskelige eller uutholdelige følelser som vi ikke klarer å håndtere gjennom å snakke og reflektere med oss selv eller sammen med andre. Følelsene håndteres derimot gjennom handling. Det kan være atferd som kan være potensielt selvdestruktiv som overdreven rusmiddelbruk, spiseforstyrrelser, avhengighet til gambling, overdreven shopping eller risikabel sex. Det kan være annen utagerende atferd som går direkte utover andre mennesker som aggressiv verbal eller voldelig atferd. Følelser kan også håndteres gjennom unnvikelse fra relasjoner og at en fyller tiden med annen atferd som overdreven jobbing, internett etc. Når atferden vår har en selvregulerende hensikt, er atferden vanskelig å slutte selv om den er skadelige på sikt. Atferden er selvbevarende og oppleves som selvhjelp eller som selvmedisinering og er karakteristisk for skadelig bruk av rusmidler.

Hva er mentalisering?

Mentalisering refererer til den mentale aktiviteten som foregår i oss mennesker

for å forstå og fortolke menneskelig atferd i lys av mentale tilstander. Den formelle definisjonen som anvendes er: «Implisitt og eksplisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle, intensjonelle ytringer av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser og motiv» (Fonagy mfl. 2002). Mentaliseringsevnen kan karakteriseres som psykens immunsystem

og gir oss mulighet til å se andre perspektiver som oss selv utenfra og andre innenfra. Den beskrives som også et sosialt kompass i samhandling med andre mennesker (Allen et al. 2006; Holmes 2010). God kapasitet til å mentalisere kan hjelpe oss å komme ut av vonde sirkler og at vi kan se at det er sammenheng mellom følelser og handlinger. Det gjør at vi ikke

blir sittende fast og kverne i destruktive «spor» av tanker og følelser og gjør at fokus på mentalisering også er så sentralt i rusbehandling. Selve mentaliseringsprosessene er gjerne så dagligdage og grunnleggende for oss mennesker at vi gjerne ikke tenker over dem:

- » Evnen til å fokusere på og reflektere over mentale tilstander hos seg selv og andre
- » Evne til å tenke og føle omkring tanker og følelser (metakognisjon)
- » Evne til å se forestillinger om virkeligheten som nettopp fortolkninger om virkeligheten, og ikke som virkeligheten selv
- » Evne til å se virkeligheten fra forskjellige perspektiver
- » Evne til å forstå egen og andres atferd i sammenheng med intensjoner, motiver og andre mentale tilstander

God kapasitet til å mentalisere kan hjelpe oss å komme ut av vonde sirkler og at vi kan se at det er sammenheng mellom følelser og handlinger.

- » Evne til å reflektere over og søke dialog omkring misforståelser og konflikter fremfor å handle impulsivt (etter Jørgensen 2009; Bateman og Fonagy 2004).

Det som skiller mentalisering fra beslektede begreper som empati, refleksjon, følelsesbevissthet, psykologisk «mindedness», er særlig at mentalisering involverer både individet og den andre og har en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent. Eksempelvis, hvis du kommer på jobb og kollegaer står i en gruppe og snakker sammen uten å hilse på deg, kan dette gi opphav til vonde følelsesmessige reaksjoner og kollegers atferd tolkes som en avvisning. Slike reaksjoner kan bli en belastning over tid dersom det blir et mønster. Alternativ tolkning er at kollegene er så inne i sitt at de ikke så deg. God mentaliseringsevne innebærer å huske at virkeligheten alltid tolkes, andres tanker og følelser kan ikke leses direkte og fortolkning vil alltid være subjektiv.

Alle mennesker vil innimellom preges av tilstander med sviktende mentaliseringskapasitet.

Det å mentalisere fleksibelt kan være særlig utfordrende når vi er følelsesmessig opprørte. Bateman (2010) illustrerer mentaliseringssvikt som at alle mennesker har områder med mentaliseringssvikt, og denne kan sammenlignes med en ruglete veggflate uten tapet. Mentaliseringsevnen er tapetet som dekker over ujevnhetene. Hos noen mennesker mangler dette tapetet og mentaliseringssvikten blir da mer fremtredende, noe vi observerer blant pasienter i rusbehandling.

Mentaliseringssvikt og rus

Omfattende mentaliseringssvikt kan av ruspasienter bli beskrevet som: «*Jeg kjøpte to flasker rødvin, kylte de ned og kuttet meg opp*». «*Jeg følte jeg holdt på å bli gal og at det kom til å klikke for meg*». «*Jeg fikk en slik ekkel følelse og i neste øyeblikk kjøpte jeg øl*». «*Det svartnet for meg*» eller «*Jeg trodde jeg skulle gå rett i bakken, klarte ikke tenke*» eller «*Fikk lyst til å dø*». Andre og mildere varianter er at en «*blir avkoblet*» «*får konsentrasjonsvansker*», «*vansker med å fokusere*», «*føler seg overveldet*», «*får trøbbel med å tenke klart*», «*tenker mer svart-hvitt*», «*blir svært usikker på meg selv*». Hyppighet, omfang og alvorlighetsgrad av slike episoder vil si noe om den generelle mentaliseringsevnen.

Borderline personlighetsforstyrrelse

Mentaliseringsevnen påvirker som nevnt vår interpersonlige fungering. Hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, er dette karakteristisk. Borderline personlighetsforstyrrelse rammer yngre mennesker og er forbundet med betydelig forringet livskvalitet og menneskelig lidelse. Det er en kompleks lidelse og forekommer i mange avskygninger fra svært alvorlige til mindre alvorlige former. I tillegg til dyssosial personlighetsforstyrrelse er det borderline personlighetsforstyrrelse som har høyest samsykelighet med ruslidelser (Karterud og Arefjord 2009; van den Bosch mfl.2007; Vaglum 2005) Samsykeligheten kan forstås som en flukt fra negative følelser og mellommenneskelige vansker der svekket kapasitet til å mentalisere følelser kan føre til en reflekslignende vei fra intens følelsesaktivering til rusmiddelbruk. Negativ selvpoppfatning kommer til uttrykk gjennom selvbepreidelser, skamfølelse

og følelse av tomhet. Manglende styring av egen atferd kommer til uttrykk gjennom impulsive handlinger som høyner risiko for rusmiddelinntak. Manglende mentalisering fører til svart – hvit/ tenkning og feiltolkninger. Ubehaget dette medfører, dempes av rusmidler.

Rusavhengighet

Rusavhengighet eller risikobruk av rusmidler uten samtidig personlighetsdiagnose, svekker mentalisering også i forhold til en selv og øker likegyldighet og glemsel av andres menneskers psykologiske tilstander. Avhengige personer kan bli så opptatte av å få tak i rusmidler og bli ruset at de blir likegyldige til de destruktive konsekvensene. I dette tilfellet blir svikten i mentalisering en uønsket konsekvens av rusmiddelbruken. Rusmidler kan også bli brukt med den hensikt å unngå mentalisering av andre og dermed unngå smertefulle følelser og tilstander ved å ikke ta virkeligheten inn over seg (Bleiberg 2006).

Mentalisering på norsk og svensk

Det er allerede skrevet mye på norsk og svensk om mentalisering og MBT sin anvendbarhet både fra personlighetsfeltet og spiseforstyrrelsefeltet (Skårderud og Karterud, 2007; Skårderud 2007; Ryden og Wallroth 2008; Karterud og Bateman 2010; Karterud mfl 2010; Skårderud mfl.2010). Rusfeltet har fattet interesse for MBT fordi teorien og terapimodellen sammenfatter og fokuserer på de mest sentrale områdene mange ruspasienter sliter med (Arefjord og Karterud 2011). Det foregår utprøving av terapimodellen flere steder i spesialisert rusbehandling. I Stiftelsen Bergensklinikkene har et pilotprosjekt med kvinnelige pasienter som mottar MBT i kombinasjon med rusbehandling.

(se www.bergensklinikkene.no og www.mentalisering.no for beskrivelser av dette og flere MBT prosjekter i rusbehandling).

Mentaliseringsteori og konsekvenser for strategier og intervensjoner i terapi

Bateman & Fonagy (2004) skrev først «*Psychotherapy for Borderline Personality Disorder - mentalization – based treatment*» som en enkel håndbok i behandling av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse og hadde ikke forestilt seg den interesse og utbredelsen som mentaliseringsbasert terapi (MBT) skulle vekke (Bateman 2010). Bateman & Fonagy har publisert flere bøker og artikler etter dette og MBT sine kvaliteter i behandling av alvorlig psykisk personlighetsproblematikk er grundig dokumentert (Bateman & Fonagy 2006; 2009).

Mentaliseringsteorien bygger på evolusjonsteori, tilknytningsteori, utviklingsteori, nevrobiologi og psykoanalytisk psykoterapi og belyser hvordan mentaliseringssvikt utvikles (Fonagy m.fl.2002). MBT sin begrunnelse for terapeutiske skreddersømer som beskriver hvordan og hvorfor bygge broer over mentaliseringssvikten er solid begrunnet. Nevrobiologi og psykodynamiske teori utfyller hverandre og informerer og gir oss kunnskap om hvordan mentaliseringssvikt oppstår og minner oss om at vår hjerne er designet for sosialt samspill. Samtidig inneholder hjernen primitive strukturer. Hjernestammen styrer basale mekanismer som aktivering (arousal), likevekt og reproduksjon. Mellomhjernen som avslutter hjernestammen, involverer læring, hukommelse og emosjoner. Cortex som styrer planleggingsevne, konsekvenstenkning og selvbevissthet er senest fer-

dig utviklet. Når vi er redde og preget av frykt, hender det at cortex kobles ut og de mer primitive strukturer i hjernen får råderetten alene. Traumatiserte mennesker blir ekstra sårbare for at tidligere fryktreaksjoner reaktiveres på denne måten. Dette kan være fatalt i sosial samspill og har også stor betydning i terapirommet dersom ikke terapeuten tar et ansvar for å overvåke pasientens og samtidig også sin egen emosjonelle aktivitet. Den påvirker terapeuten mentaliseringskapasitet som igjen påvirker terapeuten ivaretagelse av pasienten og vurderingsevne av hensiktsmessige terapeutiske strategier. Terapeuten har ansvar for å tilpasse intervensjonene til pasientens mentaliseringsevne her og nå. Hvis ikke dette skjer, kan terapien skade pasienten.

Risiko for følelsmessig overveldelse i rusbehandling

Terapeuter i spesialisert rusbehandling må kontinuerlig vokte seg for å overvurdere pasienters mentaliseringsevne. Pasienter kan overveldes av sine følelser. Når det ikke foregår noen reell mentalisering i timene, kan resultatet bli rusinntak i etterkant for å håndtere følelsene. Terapeuten kan ha latt seg «lure» av pasientens «forestillingsmodus» og trodd at pasientens hadde kontakt og kontroll over sine følelser fordi han/hun beskrev følelsene med ord. I behandling kan grad av bruk av rusmidler brukes som et termometer på pasientens følelsmessige

tilstand. Derfor blir overvåking, bevisstgjøring og fokus på rusinntak og rusens funksjoner sentrale komponenter i MBT rusbehandling. Pasienten må gradvis utvikle et språk for følelser og tanker som han/hun tidligere har brukt rusmidler for å uttrykke eller undertrykke.

Derfor blir overvåking, bevisstgjøring og fokus på rusinntak og rusens funksjoner sentrale komponenter i MBT rusbehandling. Pasienten må gradvis utvikle et språk for følelser og tanker som han/hun tidligere har brukt rusmidler for å uttrykke eller undertrykke.

Rigide tanke- mønstre

Mentaliseringsteorien har bidratt til å øke forståelsen for hvordan rigide tanke- og følelsemønstre arter seg i lys av utviklingsteori. Begrepene pretend mode/forestillingsmodus, psykisk ekvivalens og teleologisk tenkning beskriver hvordan barns forståelse av den men-

tale verden ser ut før 4-5 års alder. Disse før - mentaliserende tankemåtene kan fortsatt prege oss som voksne. Psykisk ekvivalenstenkning der subjektive opplevelser forstås som virkeligheten, kan lett prege oss alle når vi er følelsmessig opprørte. Mentaliseringsteorien har påminnet oss hvordan mentale rigide tilstander hindrer terapeutisk utvikling og endring dersom terapeuten ikke utfordrer disse tilstandene hos pasienten.

Pasienten tolket avlysningen av en terapitime som avvisning fra terapeuten og eneste måte å håndtere de vonde følelsene på var å ruse seg.

Mentaliseringssvikten gjør at vi blir skråsikre på vår egen forståelse. Traumatiske minner kan også arte seg som psykisk ekvivalens. Det vil si at de invaderende

minnene ikke oppleves som minner, men som om de vonde hendelsene virkelig skjer om igjen, her og nå. Minnene blir ikke bare minner, de gjenopplevs. Rusmiddelpasienter har svært høy andel av traumer.

Lise ser ofte en skygge bak seg når hun står ved kjøkkendisken og når hun legger seg. Hun blir kvalm, svimmel, får kvalningsfølelser og opplever en intens fluktfølelse. Lise klarer ikke å sovne uten hasj.

Personer med borderline personlighetsforstyrrelse havner ofte i en teleologisk posisjon der følelser ikke kan håndteres gjennom samtale, en må i stedet gjøre noe konkret. Dette øker risikoen for impulsive angstmestringsmetoder som rusmidler, selv-skading eller trusler om suicid.

MBT manual på norsk (Karterud og Bateman 2010)

MBT manualen inneholder 17 ledd / retningslinjer som skal være ledende for en MBT terapeut:

- » Engasjement, interesse og varme
- » Utforskning, nysgjerrighet og ikke-vitende holdning
- » Utfordring av uberettigete oppfatninger
- » Tilpasning til mentaliseringsnivå
- » Regulering av spenningsnivå
- » Stimulering av mentalisering gjennom prosessen
- » Påskjønning av god mentalisering
- » Håndtering av pretend modus
- » Håndtering av psykisk ekvivalens
- » Fokus på følelser
- » Fokus på følelser og interpersonlige hendelser
- » Bekreftelse av følelsesmessige reaksjoner
- » Fokus på overføring og forholdet til terapeuten
- » Bruk av motoverføring
- » Sjekke egen forståelse og korrigere misforståelser

- » Integrering av erfaringer fra samtidig
- » Gruppeterapi
(Karterud og Bateman 2010)

MBT manualen er svært nyttig når terapeuter vil lære seg MBT etter retningslinjene. Samtidig anbefales video opptak av timene og veiledning.

Tilknytningens betydning

Det er uunngåelig at noen mennesker har større vansker med å mentalisere på grunn av deres utviklingsmessige erfaringer og vilkår i oppveksten og at problemer med å mentalisere er et handikap i dagliglivets samhandling med andre. MBT tar hensyn til at tilknytningsvansker som mange ruspasienter er preget av, påvirker terapiforløpet gjennom varierende tillit og allianse til terapeuten. Terapeutens tanker og følelser inngår i et aktivt samspill i terapien og aktiv bruk av samspillet har en vesentlig terapeutisk funksjon. MBT ivaretar særlig allianseperspektivet og innehar spesifikke strategier i forhold til den emosjonelle dysreguleringen som mange ruspasienter sliter med.

Følelserregulering

Særlig samspillet i tilknytningsrelasjoner påvirker vår regulering av følelser og vår mentaliseringskapasitet. Siden mentaliseringsevnen er en utviklingsprosess er den også mulig å påvirke og styrke senere i livet. Den «pauseknappen» mellom følelsesmessig aktivering og handling som mentalisering gir, er det MBT ønsker å forsterke gjennom mentalisering av følelser. Følelsene våre er viktige å kunne differensiere, identifisere og regulere fordi de er med på å lede og motivere oss til handlinger. Mentalisering av følelser handler særlig om å kunne utholde en

sterk følelse og å modifisere opplevelsen av den slik at den føles mindre sterk eller motsatt at følelsen kjennes mer betydningsfull.

Mentaliserende holdning betyr aktivt undrende og ikke- vitende holdning

MBT understreker at terapeuten skal være genuint undrende og nysgjerrig overfor mentale tilstander hos pasienten. Hovedmålsetting er å vekke pasientens nysgjerrighet overfor mentale prosesser slik som tanker, følelser, motivasjon og ideer hos seg selv og andre mennesker. Målet er samtidig å rokke på pasientens fastlåste oppfatninger og tendensen til fordreide og rigide fortolkninger av andre og seg selv som eksempelet viser:

Lise var rasende på sin bror fordi hun opplevde at han hadde forakt i blikket. Samme kveld begynte Lise å drikke igjen. I utforskning av situasjonen fikk Lise sterke følelsesmessige og kroppslige reaksjoner. Hun kjente at hun hadde vært trist og skamfull da hun traff sin bror, og at hun muligens derfor tolket brorens blick som foraktfullt.

Dette innebærer økt forståelse av at som mennesker fortolker vi alltid vår virkelighet. Fortolkning innebærer fare for misforståelse og derav mellommenneskelige misforståelser. I MBT fokuseres det på misforståelser fordi dette gir tilgang til mentaliseringsprosessen og de tanker, følelser som ligger under de fortolkningene pasienten gir.

Mentaliseringsbasert behandling i praksis

MBT er en kombinasjonsbehandling med ukentlig individual- og gruppeterapi. Terapeutene møtes jevnlig for å

drøfte pasientens utvikling. MBT bygger på et støttende fundament bestående av kriseplan, mentaliseringsbasert problemformulering og psykopedagogikk. . Psykopedagogikk skal stimulere til aktiv deltagelse i egen terapiprosess, forklare tenkningsmodellen, forståelse av mentaliseringsbasert problemformulering og styrke behandlingsalliansen. Målet er en felles forståelse for fokus i behandlingen. Her forklares innholdet i begreper som mentalisering, tilknytning, personlighetsforstyrrelser, følelsers betydning og rusens selvregulerende effekt.

Kriseplan / «frafallforbyggingsplan»

Første mål i MBT er å engasjere pasienten i terapien og å redusere selvskadende (rus), truende eller suicidal atferd. For å redusere skadelig atferd anbefales det å skrive en mentaliseringsbasert kriseplan. Kriseplan forutsetter at pasienter innehar mentaliseringskapasitet, men mister den lett. I rusbehandling er kombinert krise/ frafallsforebygging plan nyttig for å identifisere mentale tilstander eller situasjoner der pasienter står i fare for å ikke komme til behandlingsavtaler. Dette vet vi øker fare for frafall fra behandlingen. Det viktigste er å engasjere pasienten i mentaliseringsprosessen rundt utarbeidelsen av skriftlig kriseplan. Samtidig er det viktig å gå tilbake til planen hver gang den ikke virker etter intensjonen og å ha fokus på pasientens refleksjon rundt det som ikke fungerte i planen. En undrende holdning bringes inn allerede her fra terapeuten side for å stimulere pasientens egen mentaliseringskapasitet og å vise at det er en kontinuerlig mental prosess som oppmuntres. Dette kaller Bateman «*Revisit the crisisplan- again and again.*» Kopier av kriseplan kan være nyttig å gi til andre samarbeidende systemer.

Mentaliseringsbasert kasusformulering

For å engasjere pasienten i terapi videre, skrives en mentaliseringsbasert dynamisk kasusformulering. Dynamisk kasusformulering er en kort skriftlig tilbakemelding til pasienten fra terapeuten. Den hjelper til å ha fokus på de prosesser som øker mentalisering. Tilbakemeldingen inneholder pasientens utviklingshistorie, mentaliseringsvansker, ressurser, fokus for terapi og eventuelle vansker som kan oppstå i terapiforløpet. Pasientens reaksjoner og kommentarer tas med i den endelige formuleringen. Den endres og tilpasses i løpet av terapiforløpet og er et viktig samarbeidsverktøy. MBT formulering skal være skrevet i vanlige ord som pasienten kan forstå og gjerne med bruk av metaforer som pasienten selv bruker. Hensikten er å gjøre behandlingen til en felles prosess som pasienten opplever meningsfull og fokusert.

Oppsummering

MBT i rusbehandlings betyr hovedfokus på mentale prosesser hos pasienten. Det kan være en utfordring siden ruslidelser handler mye om risikoatferd. MBT i spesialisert rusbehandling må mentalisere rundt rusens funksjoner og mestring av rusmiddelbruk. Det å ha en ruslidelse betyr at det er også atferd som må endres. Det å slutte med rusmidler betyr at personen kommer i kontakt med vanskelige følelser som må håndteres ved hjelp av tanker, refleksjoner og følelser som settes ord på i samtale med andre. Det er en krevende prosess som krever motivasjon. Motivasjon må adresseres spesifikt. Det kreves vedvarende motivasjon for å igangsette og opprettholde atferdsendring. Motiverende samtale anbefales generelt innledningsvis for å øke allianse-

og motivasjonsprosessen (Bateman og Fonagy 2004; Allen mfl. 2010). En må fokusere på interpersonlig samspill der det oppstår mentaliseringsvikt som følges av rusinntak. Vår erfaring er at skadelig rusmiddelbruk må adresseres for at pasienten skal kunne nyttiggjøre seg MBT kombinasjonsbehandling som inkluderer både gruppe- og individualterapi. Dersom rusuget er for sterkt, må pasienten tilbys mer stabiliserende behandling først. Skam og nederlagsfølelse over stadige tilbakefall kan føre til risikoatferd som overdoser og det å ha kontinuerlig fokus på kriseplan og endre denne etter behov, er sentralt.

Mentaliseringsbasert terapi er skreddersydd for at terapeuten skal tenke på pasienten og prøve å forstå hvordan pasienten tenker og føler samtidig som terapeuten ikke skal tenke for pasienten. Terapeuten må passe seg for å utgi sine egne tolkninger som sannheter. Terapeutens oppgave derimot er å stimulere pasientens evne til å fortolke interpersonlige hendelser. Mentalisering øker mental fleksibilitet og psykologisk mestring og den følelsesmessige komponenten er sentral: «*Mentalisering er den evnen som setter individet i stand til å skille mellom indre og ytre virkelighet, mellom intrapersonlig mentale og emosjonelle prosesser og evnen til å forstå bevisste og ubevisste mentale tilstander hos seg selv og andre*» (Hart og Schwartz 2009: 280). Selv om Bateman og Fonagy slår fast at alle psykoterapimodeller øker mentaliseringsevnen, har MBT et fortrinn hos pasienter med vansker med emosjonell dysregulering, gjennom sin systematiske fokusering på mentalisering både hos pasient og terapeut. Målet er å styrke mentaliseringen vedrørende seg selv, andre mennesker og

relasjoner. Fordelene med styrket mentalisering er at en kan glede seg over, føle seg beriket av og også endret gjennom samtale med andre mennesker. Andres atferd blir også mer forståelig.

De overordnede målsetningene i mentaliseringsbasert behandling er å fremme mentalisering omkring seg selv, å fremme mentalisering omkring andre og å fremme mentalisering omkring relasjoner. Dette gjøres via: struktur, terapeutisk allianse, fokus på den interpersonlige og sosiale arena og utforskning av pasient-terapeut forholdet.

Om forfatteren:

Nina Arefjord (f.1957) er spesialist i klinisk psykologi og ansatt i Stiftelsen Bergensklinikkene og som veileder i terapiutdanning for psykologstudenter på UIB. Arbeider med rusbehandling, veiledning og undervisning. Interessefeltet er særlig behandling for personlighetsvansker og ruslidelser generelt, MBT og behandlingstilbud for pårørende. Hun har videreutdanning innen veiledning, motiverende samtale og mentaliseringsbasert terapi. Er tilknyttet lærerstaben ved Mentalisering.no

Litteratur:

Allen, J.G., O'Malley, F. Freeman, C. og Bateman, A. W. (2010) Promoting mentalizing in brief treatment. In P. Fonagy & A. W. Bateman (red.) Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Washington, DC: American Psychiatric Publishing,

Allen, J.G. og Fonagy, P. (red) (2006) Handbook of mentalization -based treatment. West Sussex: John Wiley & Sons.

Allen, J.G. Bateman, A., og Fonagy, P. (2008) Mentalizing in clinical practice. Washington DC.: American Psychiatric Publishing.

Arefjord, N. og Karterud, S. (2011). Mentaliseringsbasert terapi i spesialisert rusbehandling Håndbok i rusbehandling, Kari Lossius (red.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bateman, A. og Fonagy, P. (2004) Mentalization-based treatment. London: Oxford University Press.

Bateman, A. og Fonagy, P. (2006) Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide. London: Oxford University Press
På norsk (2007). Innledning Skårderud, F., og Karterud, S. Arneberg forlag.

Bateman, A. W. og Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical management for Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry. 166(12):1355-64.

Bateman, A.W. (2010). Konferanse i Cape Town, Sør Afrika November 2010.

Fortsetter neste side >>>

Bleiberg, E. (2006) Treating professionals in crisis: A mentalization-based specialized inpatient program. I J. G. Allen og P. Fonagy (red), Handbook of mentalization-based treatment, (s 233-248). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.

Fonagy, P. Gergely, G., Jurist, E. L. og Target, M. (2002) Affect regulation, mentalization, and the development of the self. New York: Other Press.

Fonagy, P. og Bateman, A. (2006) Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. Journal of Clinical Psychology, 62, 411-430.

Hart, S. og Schwartz, R. (2009) Fra interaksjon til relation. Tilknytning hos Winnicot, Bowlby, Stern, Schore & Fonagy. København: Hans Reitzels forlag.

Holmes, J. (2010) Exploring in Security. Towards an attachment – informed psychoanalytic psychotherapy. London: Routledge.

Jørgensen, C. R. (2009) 2.utg. Personlighedsforstyrrelser. Moderne relationel forståelse og behandling af borderline – forstyrrelser. København: Akademisk forlag.

Karterud, S. og Bateman, A. (2010) Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karterud, S., Wilberg, T., og Urnes, Ø. (2010). Personlighetspsykiatri. Gyldendal Akademisk.

Karterud, S., & Arefjord, N. (2009) Personlighetsvurdering av rusavhengige pasienter. Tidsskrift for norsk psykologforening. Vol 46: 366-371.

Ryden, G. og Wallroth, P. (2008) Mentalisering. Att leka med verkligheten. Stockholm: Natur & Kultur.

Skårderud, F. (2007) Eating one's words, Part III: Mentalisation -based psychotherapy for anorexia nervosa - An outline for a treatment and training manual. European Eating Disorders Review 15: 323 – 339.

Skårderud, F. Haugsgjerd, S., og Stånicke, E. (2010). Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn Oslo: Gyldendal Akademisk.

Vaglun, P. (2005) Personality disorders and the course and outcome of substance abuse: A selective review of the 1984 to 2004 literature. I James Reich (Ed.), Personality Disorders. Current Research and Treatments. New York: Routledge.

van den Bosch, L.M.C., & Verheul, R. (2007) Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. Current Opinion in Psychiatry 20: 67 – 7.

ooooo

