

- Terapeuter vet at det finnes mange som ikke blir bedre

Ærlige møter er grunnleggende i mentaliseringsbasert terapi, også ærlighet om at ikke alle kan hjelpes, sier Anthony Bateman og Jon Allen. Vi traff to av psykologiens superstjerner, og møtte ydmykhet – ikke stjernenykker.

TEKST:

Nina Arefjord

TEKST

Kari Lossius

PUBLISERT 5. oktober 2012



MENTALISERING: Vi kan ikke avlese hverandres motiver, tankeprosesser, følelser og behov direkte. Men evnen til å fortolke og forstå sitt eget og andres indre er likevel grunnleggende for utvikling og samspill.

Illustrasjon: YAY Micro

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en form for psykodynamisk psykoterapi som også inkluderer sentral utviklingsteori og teori om psykopatologi. Hypotesene i MBT, om hvilke holdninger, strategier og intervensjoner som virker i psykoterapi, er utviklet og

manualisert av Anthony Bateman og Peter Fonagy. Metoden er skreddersydd for individer med borderline personlighetsforstyrrelse, som er sårbare for å miste sin mentaliseringskapasitet i tilknytningsrelasjoner. Bateman og Fonagy antar at de fleste psykologiske terapier har en effekt på pasienters mentaliseringsevne, mens MBT rendyrker mentaliseringsperspektivet. Anthony Bateman og Jon G. Allen ble intervjuet under en konferanse i Cape Town i mars 2012 i regi av Stiftelsen Bergensklinikkene.

«Jeg har alltid tenkt at det er viktig at pasienter vet det vi vet om behandling»

Jon G. Allen

Historien om MBT begynner med Peter Fonagys tidlige interesse for mentalisering. I 1988 skrev han om selve begrepet, og på den samme tiden diskuterte Bateman og Fonagy hva som var kjerneproblematikken ved borderline personlighetsforstyrrelse. Svaret de kom frem til, var mentaliseringssvikt. I mellomtiden hadde tilknytningsforskning rettet fokus mot tilknytningsvansker og interpersonlige vansker. Bateman og Fonagy ble inspirert av denne forskningen og startet et samarbeid. Ifølge Bateman hadde de egentlig ikke kunnskap om hva som virket i behandlingen av BPF, så de startet med å se på videoer av sine egne terapier.

– Vi så på hundrevis av videoer i løpet av en to års tid for å få grep om hvordan vi forholdt oss til pasientene, hvilke intervensjoner som fungerte, og hvordan vi tenkte rundt dette. Det var da den første 3?4 siders manualen ble laget.

Teorien har blitt mer omfattende, kompleks og detaljert parallelt med at forskningsgrunnlaget har blitt større. Forskerne har endret den kliniske delen til å være mer strukturert enn den var opprinnelig. Det var et stort og viktig steg da de ble bevisste på at noen intervensjoner var mer virksomme enn andre – og at noen kunne være direkte skadelige. Bateman understreker dette som det aller viktigste spørsmålet: Hva kan være skadelig behandling for pasientene? Det neste store steget var da de publiserte de nye dataene. Den første studien hadde en slående effektstørrelse. Den var så stor at de mente det måtte være feil i dataene.

– Jeg tror det vi viste, var en modell med strukturerte intervensjoner overfor pasienter som tidligere hadde manglet et strukturert og organisert behandlingstilbud. Dermed fikk vi gode resultater. Dette var et stort steg fremover. Men hovedmilepælen kom da vi publiserte forskningen. Gjennom forskning oppnår en at begreper blir tenkt omkring og tatt ad notam når data blir publisert. Publiserte data gir anledning til tanker, refleksjon og respekt. Hva er dette, hvordan virker det? Dette har medvirket sterkt til interessen for MBT, understreker Bateman.

- Hvordan forklarer dere behandlingens popularitet, både selve terapien og teorien?

Bateman: – MBT har blitt mye mer populær enn jeg noen gang kunne forestille meg. Etter min mening har den nesten fått *for* stor utbredelse. Men selve navnet har ikke gjort oss mer populære. Vi har fått kritikk for at det er for teknisk – og det er ikke et godt og dekkende navn. Men navnet får frem at folk er «mentale» (people are mental), og at det er *sinn* som står i fokus for behandlingen.

Bateman mener det er avgjørende for behandlingens popularitet at den er evidensbasert. En annen årsak er at begrepet mentalisering er relativt lett å fatte med sunn fornuft, selv om det er vanskelig å fatte i sin dybde og alle sine nyanser.

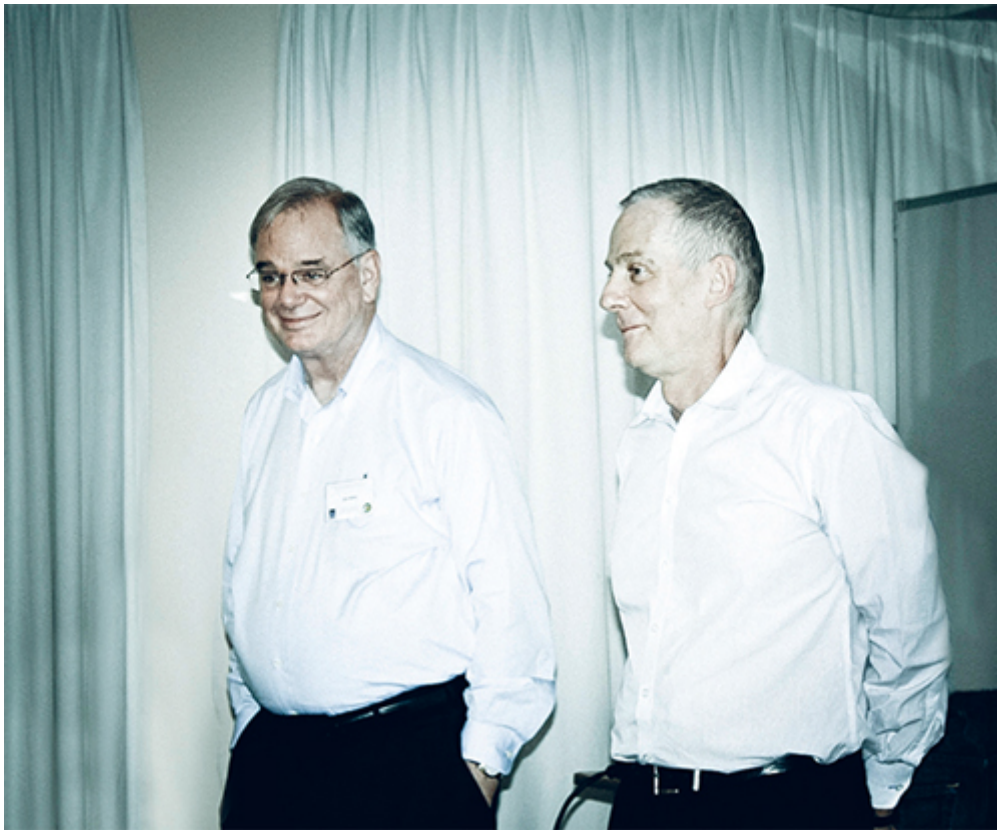
– Når vi ønsker å forstå oss selv eller andre, og hva som foregår i menneskers sinn, må vi særlig forstå våre egne eller andres motiver. Dette er noe vi gjør daglig og er en kunnskap som mennesker har. En tredje årsak er at dynamiske terapeuter har omfavnet begrepet, og forskning har gitt begrepet troverdighet. Dynamiske terapeuter har savnet troverdighet på grunn av manglende evidens, og begrepet har gitt dem evidens for betydningen av relasjon og prosess i terapi, sier Bateman, og blir supplert av Jon Allen:

– Det er også en fjerde årsak som ikke Anthony kan si, men som jeg kan si. Det er to veldig spesielle mennesker som har utviklet MBT, Anthony og Peter Fonagy – to karismatiske mennesker på hver sin måte. I tillegg har Peter Fonagy en stor gruppe med dyktige mennesker rundt seg som samarbeider svært godt. Det er en rød tråd i alt som denne kjernegruppen gjør. Dermed sprer begrepet seg. Den femte årsaken er sunn fornuft. Det er noe veldig befriende over MBT og dette perspektivet. Det befriende er at terapeuten ikke trenger å være en mystisk zen-mester. MBT er også passe strukturert. Terapien bærer med seg en slags åpenhet i anvendelsen, samtidig som en ikke kan gjøre hva en vil. Men vi har fått et sammensurium rundt MBT og dens utbredelse. Metoden står i fare for å bli utvannet dersom fagpersoner oppfører seg som om de har datagrunnlag for å anvende den på andre felt og presenterer det som om det er evidensbasert på grunnlag av Peter og Anthonys forskning, advarer Allen.

Bateman understreker videre at det ennå gjenstår mye forskning. Han erfarer gjennom undervisning og bruk av video at fagpersoner faktisk ikke følger modellen slik den er beskrevet. Han sier også at terapeuter fra ulike retninger liker begrepet og kan kjenne seg igjen i MBT. Dette gjelder både kognitive terapeuter, systemiske terapeuter og familierapeuter. Spredningen til andre pasientgrupper enn borderline personlighetsforstyrrelse er stor.

Bateman tror ikke begeistring i seg selv er et problem. Men faren er at fagfolk ikke prioriterer klinisk forskning.

– Ingen må anvende MBT i nye felt uten forskning, sier Bateman, og forteller at de selv fremdeles tar opp video av timene for å sjekke om de faktisk holder på med MBT. Allen har sett den samme utviklingen med dialektisk atferdsterapi (DBT) og kognitiv terapi. Behandlere hevder at de arbeider ut fra en spesifikk modell uten at dette nødvendigvis er realiteten.



LÆREMESTERE: Jon G. Allen (til venstre) og Anthony Bateman under en forelesning i Cape Town i mars.

Foto: Nina Arefjord

- Hva manglet i andre terapiformer siden MBT ble så populær?

Allen sier prompte: – Common sense! Det blir latter, og Anthony Bateman følger opp:

– Det er et interessant spørsmål. Siden vi driver opplæring, ser vi mange terapeuter i sving. Det jeg sier nå, kan høres veldig arrogant ut, for vi ser mange dyktige terapeuter. Men mange terapeuter ser underlig nok ut til å mangle vanlig menneskelighet i sine terapitimer.

Allen synes dette er fascinerende, med tanke på at det å mentalisere er en sentral menneskelig kapasitet. Han legger til at det er en utfordring for alle terapiformer at terapeuter ikke utfører terapi på samme måte.

– Om jeg prøvde å gjøre det samme som Anthony, ville jeg bare ha rotet det til. Jeg kan for eksempel ikke be pasienten å sette seg ned og tie stille.

Anthony svarer med en latter at det er denne intervensjonen han kommer til å bli husket for – den gangen da han ba pasienten tie stille og sitte rolig. Ifølge ham selv hans verste intervensjon.

I MBT legges det vekt på at terapeuten viser sin egen posisjon og seg selv som terapeut. Gjennom denne åpenheten vil pasienten øke sin forståelse av samspillet som utspiller seg i terapirommet.

- Hva er viktigst i MBT? Teknikkene, holdningen eller det teoretiske perspektivet?

Bateman: – Det er et stort empirisk spørsmål. Jeg tror holdningen – med å være genuint undrende – er en betydelig milepæl. Det sentrale elementet i MBT er å innta en ikke-vitende posisjon, å ha en spesifikk interesse for å finne ut hvordan den andres subjektive forståelse og opplevelse av verden oppstår. Dette kunne en teste ut ved å trene folk til å ha *en annen* holdning i behandlingen av borderline personlighetsforstyrrelse og sammenligne disse to ulike holdningene. Vi kunne få viktig informasjon ved en slik undersøkelse.

– Akkurat, det er det som er så viktig, kommenterer Allen. – I tillegg til å forstå den utviklingsmessige prosessen må terapeuten ha et spesifikt fokus på hva som foregår i pasientens sinn. MBT bygger på egalitære prinsipper, dette øker muligheten for at pasienter føler seg respektert, og er en av årsakene til at MBT er blitt så populær. Hvis pasientene ikke likte terapiformen, ville den heller ikke blitt så utbredt. Grunnleggerne av MBT har utviklet en human terapiform som avkrefter myten om at terapeuter er mystiske zenmestere som gir pasienter innsikt. Dette har også hatt en sentral betydning for utviklingen av moderne psykoanalyse.

Vi spør hvordan MBT kan benyttes i behandlingen av pasienter med ruslidelser. Bateman svarer at rusfeltet internasjonalt har erfart at mentaliseringsbegrepet er nyttig. Han mener rusbehandlere gjennomgående preges av en faglig åpenhet som er nødvendig – fordi ruspasienter er en slik sammensatt og komplisert gruppe å behandle. Rusmidler fungerer ifølge Bateman på to måter. De rammede føler at de må ta rusmidler fordi de ikke håndterer sin mentale tilstand. I tillegg bruker de rusmidler i forsøk på å gjenfinne sin mentaliseringskapasitet. Men rusmidler produserer igjen mentaliseringssvikt.

– Vår klinikk sammenligner rusmiddelbruk og selvskadingsproblematikk. Pasienter får et tilbud om et behandlingsprogram der vi i tillegg tilbyr rusbehandling, enten samtidig eller i forkant av annen behandling, avhengig av alvorlighetsgrad. Pasienter som ruser seg sporadisk, inngår i det vanlige behandlingsprogrammet.

Allen understreker at selvskading ikke har den samme destruktive påvirkning på selve hjernen som rusavhengighet har. Det sier seg selv at alle former for psykoterapi som er basert på evnen til å mentalisere, har sin begrensning dersom pasientene ikke har den kapasiteten.

Ett av John Allens hovedfelt er traumerelaterte lidelser. Vi spør forfatteren av *Coping With Trauma: Hope Through Understanding* om forholdet mellom psykoedukasjon og traumebehandling.

– Jeg startet med å undervise pasienter ut av egeninteresse. Jeg liker svært godt å undervise studenter. Av ulike grunner sluttet jeg på universitet og tenkte: «Hvorfor ikke undervise pasienter slik jeg underviste studenter?» I begynnelsen var vi nokså forvirret. Hvordan skulle man behandle personer med alvorlige traumer, selvskading og dissosiering? Vi ønsket å forstå hva de strevde med, og den beste måten å finne ut dette på var å samarbeide med pasientene. Vi forsto ikke og de forsto ikke, og sammen prøvde vi å lage mening ut av det hele. Jeg ønsket å informere pasienter om det som kan være

nyttig for dem, og i motsetning til studenter er pasienter alltid interessert dersom du klarer å fokusere på det som er vesentlig for dem. Pasientene ønsker virkelig å forstå og lære slik at de kan håndtere vanskene sine. Terapi er også pedagogikk. Jeg har alltid tenkt at det er viktig at pasienter vet det vi vet om behandling. For mange pasienter er dette livsviktig kunnskap, så hvordan kan vi la være å videreformidle dette!

- I hvor stor grad er MBT vokst ut fra psykoanalysen?

Bateman: MBT baserer seg definitivt på psykoanalysen. Både Fonagy og jeg var psykoanalytikere. MBT har aktualisert psykoanalysen, men MBT både ligner på og er forskjellig fra den. Forskjellene er tydelige når man ser på stil, holdning og teknikker, mens fokuset på tilknytning og relasjoner er felles. I de første artiklene brukte vi betegnelsen psykodynamisk i stedet for mentaliseringsbasert vi visste simpelthen ikke hva denne nye modellen skulle hete. Ordet psykoanalyse ble opprinnelig satt inn i overskrifter på tidlige publikasjoner for å minne om MBTs opprinnelse. Egentlig ønsket vi ikke å utvikle vårt eget merkenavn. Under publiseringen av den første manualen påpekte Oxford Press: «Vi har ikke et navn på deres arbeid. Vi publiserer dusinvis av manualer, også deres manual må ha et navn.» Vi hadde alle slags ville forslag til navn: Anthony Bateman Therapy, Peter Fonagy Therapy, ART : Attachment Relational Therapy, Fonagy Attachment Relational Therapy. Det hele tok nesten litt av. Jeg tror det var Mary Target som foreslo Mentalization-based Therapy. I dag er MBT en egen behandlingsform. Hvis man ser på en terapitime med MBT og sammenligner den med overføringsfokusert terapi (transference-focused therapy, TFP), vil man se at det ikke bare er terapeutene som er forskjellige; også teknikk og fokus er annerledes, selv om de selvsagt også overlapper. Dette er observerbart på videoer. Ved MBT er det primære fokuset på mentale prosesser, disse har forrang framfor forståelse av hendelsesforløp. Det som er mest krevende for terapeuter å lære, er det systematiske fokuset på mentale prosesser og å mentalisere terapirelasjonen på en meningsfull måte for pasienten. «Flinke» behandlere kan faktisk stå i veien for pasienters utvikling. Vi har alle et ønske om å være flink og vise oss frem, men hva jeg som terapeut mener, betyr mindre. Målet er å få pasienten til å tenke selv, det øker mentaliseringen.

- Hvordan føles det å være terapiens Rolling Stones?

Bateman: – Hm ... underlig, men jeg føler det ikke slik. Når jeg reiser på konferanser, gjør jeg det fordi jeg mener at jeg har noe å formidle. Jeg betrakter ikke meg selv som en spesielt viktig person. Det er ikke min stil. Hvis du mister av syne hva du driver på med, og ikke minst hvilke begrensninger vi har som terapeuter, mister en også perspektivet på hva MBT står for.

Bateman understreker videre at terapi derimot har sine åpenbare begrensninger, og at dette bør holde behandlere fra å tro at de er spesielle mennesker. Allen nikker bekreftende.

– Terapeuter vet at det finnes mange som ikke blir bedre, og vi har et særlig ansvar for å undersøke hvorfor en del pasienter ikke endrer seg gjennom behandling. Disse

forbruker store helseressurser.

Behandlingsresultatene viser at pasienter vanligvis endrer seg etter 4-6 måneder. Mye tyder på at pasienter som ikke endrer seg innen dette tidspunktet, ikke kommer til å endre seg uansett lengde på behandlingen. Noe ser ut til å ha gått galt, de «tipper ikke over» i en gunstig utvikling.

– Nå randomiserer vi disse pasientene i ulike grupper, og gir dem en enkelt intervensjon for å se om dette kan gi en ønsket endring. Vi vet vi kan skade pasienter med våre intervensjoner, særlig gjelder dette mennesker som har stor traumer, forteller Allen.

Avslutningsvis understreker begge at vi absolutt ikke vet nok om traumer og behandling ennå.

MENTALISERING

Evnen til mentalisering er grunnleggende hos alle mennesker, men er utviklet i større eller mindre grad. Det handler om å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre behov, ønsker, følelser og fornuft. Evnen til å forstå sine egne og andres følelser, tanker og motiver er grunnleggende for utvikling av psykopatologi. Mentalisering spiller en nøkkelrolle i organisering av selvet og i utvikling av affektregulering.

JON G. ALLEN



- Amerikansk psykolog og professor i psykiatri
- Tilknyttet Menningerklinikken i Houston, USA
- En av de sentrale skikkelsene innenfor mentaliseringstradisjonen, sammen med Anthony Bateman og Peter Fonagy
- Forfatter av flere bøker om psykiatri og psykoterapi. Opptatt av traumeterapi og psykopedagogisk arbeid for å fremme mentalisering

ANTHONY BATEMAN

ANTHONY BATEMAN



- Britisk psykiater som sammen med Peter Fonagy utviklet manualbasert mentaliseringsbasert terapi (MBT)
- Professor i psykiatri ved Halliwick Unit, St. Ann's Hospital, London og gjesteprofessor ved University College London
- Forfatter av en lærebok innenfor dynamisk psykoterapi og flere bøker om MBT

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 10, 2012, side 1013-1016

TEKST:

Nina Arefjord, Stiftelsen Bergensklinikkene, Vestre Torggate 11, 5015 Bergen

TEKST

Kari Lossius, Stiftelsen Bergensklinikkene, Vestre Torggate 11, 5015 Bergen

KONTAKT: nina.arefjord@bergensklinikkene.no