

Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT)

Mentaliseringsbasert terapi er en manualisert metode som bygger på en ikke-vitende holdning om subjektets emosjonelle opplevelser.

TEKST

Sigmund Karterud

PUBLISERT 6. august 2013

ABSTRACT:

Emotions in mentalization-based treatment (MBT)

Mentalization-based treatment (MBT) is an evidence-based treatment for borderline personality disorder (BPD). The article describes the significance of faulty mirroring of primary emotions for the failure of developing a coherent self for patients with BPD. Self-integration of emotions is a primary aim of MBT. MBT contains several strategies for maintaining a focus on emotional dysfunctions in close relationships: 1) Assessment interviews on episodes of mentalization failures, 2) building these narratives into a joint mentalization-based case formulation, 3) psychoeducational group therapy on the themes of mentalization, emotions and attachment, 4) mentalization-based group therapy which focusses on emotions in interpersonal encounters, and 5) individual psychotherapy which may explore in depth the intersubjective emotional transactions in the here and now. In concert, these strategies are powerful means to maintain the focus on emotions, to stimulate curiosity and interest in emotional experiences, and, by a not knowing stance, to enhance the patient's abilities to reflect upon and integrate emotional experiences.

Keywords: borderline personality disorder (BPD), emotion, mentalization-based treatment (MBT)

EMNER

borderline personlighetsforstyrrelse

BPD

Emosjon

mentaliseringsbasert terapi

mbt



ILLUSTRASJON: JILL MOURSUND

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en evidensbasert behandling for borderline personlighetsforstyrrelse (PF) (Bateman & Fonagy 2001, 2009). Mentalisering er evnen til å gi mening til egen og andres adferd i lys av indre motivasjon (f.eks. tanker, følelser, behov, formål). Denne evnen er både personlighets- og kontekstavhengig.

Borderlinepasienter har gjennomgående en lavere mentaliseringsevne enn normale kontroller (Levy et al., 2006). Samtidig er det slik at de lettere blir «satt ut» ved følelsesmessig aktivering. Mentaliseringssvikt kjennetegnes ved et fall i evnen til å tenke nyansert og refleksivt om egen og andres mentale tilstander. Fokus for MBT er mentaliseringssvikt i pasientens løpende liv, så vel som i den løpende terapeutiske samtalen med terapeuten. Dette er på ingen måte spesifikt for MBT: Alle psykoterapier griper fatt i pasienters mentaliseringssvikt på en eller annen måte, de søker å heve toleransen for negative emosjoner og fremme evnen til mer variert kognisjon og

metakognisjon. Det som skiller MBT fra andre terapier, er i hovedsak at dette perspektivet er rendyrket, og at det er utviklet et sett av terapeutiske strategier som er spesielt designet for den spesielle formen for mentaliseringsvikt som vi finner hos pasienter med borderline PF.

MBT er en manualisert behandling, og manualer for behandlingens hovedkomponenter foreligger på norsk (Karterud & Bateman, 2010; Karterud & Bateman, 2011; Karterud, 2012). Det foreligger skalaer for etterlevelse og behandling, og reliabiliteten for vurdering av MBT individualterapi er tilfredsstillende (Karterud et al., 2012). Fra og med 2013 foreligger det også et MBT kvalitetslaboratorium, lagt til Oslo universitetssykehus, Ullevål. Hit kan terapeuter i etablerte MBT-programmer sende inn video-opptak av terapitimer og få dem kvalitetsvurdert.

Mentaliseringsvikt forekommer nærmest per definisjon ved alle psykiske lidelser, men årsaksforholdene er forskjellige. Eksempelvis er evnen til å forstå andres emosjonelle tilstand og intersubjektive transaksjoner sterkt svekket ved Aspergers syndrom. Men dette betyr ikke at MBT er svaret. Derimot ved en rekke andre lidelser (angstlidelser, posttraumatiske lidelser, spiseforstyrrelser, rusavhengighet) prøves det nå ut forskjellige tilpasninger av MBT (Bateman & Fonagy, 2011; Morken, Karterud & Arefjord, i trykken).

«Mentalisering er evnen til å gi mening til egen og andres adferd i lys av indre motivasjon»

MBT bygger på en omfattende teori om mentalisering som et allmennmenneskelig fenomen. Det er snakk om et teoretisk nettverk som bygger på elementer fra evolusjonsteori, affektiv nevrovitenskap, allmenn nevrobiologi, tilknytningsteori, teori om selvutvikling, sosialisering, gruppedynamikk og psykopatologi (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010). Teorien går ut på at en rekke mentale egenskaper som kan regnes som forløpere eller forutsetninger for full mentalisering, selekteres gjennom evolusjonen fordi de gir bedre «inclusive fitness» gitt at individet tilhører en større sosial gruppe. Våre nære slektninger sjimpansene kan tolke hverandre i en begrenset grad (Bogdan, 1997, 2000). Full mentalisering krever språkevne. Det er antatt at verbalspråket gjorde et kraftig utviklingsprang for rundt 200 000 år siden. Sannsynligvis hadde de individene av homo sapiens som forlot Afrika for ca 70 000 år siden, en fullgod mentaliseringsevne, og dette var sannsynligvis den viktigste forutsetningen for deres eventyrlige suksess med hensyn til reproduksjon.

Emosjoner har en betydelig lengre evolusjonshistorie enn mentaliseringsevnen har. Fryktekvivalenter kan spores tilbake til encellede organismer og deres tilbaketrekkningsreaksjon på aversive stimuli (Damasio 2010). Pattedyrenes radikale reproduksjonsstrategi (sterk moderlig investering i et fåtall avkom) fremmet utviklingen av nyanserte emosjonelle systemer som er å forstå som organismens programmerte svar på et begrenset sett av livsviktige utfordringer. Følgende krav stilles

gjern til et emosjonelt system for at det skal anses for å være «primært»: 1) Det skal finnes hos alle pattedyr, 2) det skal ha en adaptiv funksjon overfor livsviktige utfordringer, 3) det skal være ledsaget av et typisk adferdsmønster, 4) det skal være ledsaget av typiske fysiologiske reaksjoner, 5) det skal ha en hjerneorganisk lokalisasjon som også innebærer at det kan aktiveres elektrisk eller manipuleres biokjemisk, og 6) det skal kunne knyttes til spesifikke hormoner, neuropeptider og neurotransmittere. Det er en viss strid om hvilke emosjoner som kan ansees for å være primære i ovennevnte forstand. Jaak Panksepp (1998) har argumentert overbevisende for de følgende: 1) interesse og nysgjerrighet («exploratory behavior») (SEEKING), 2) sinne (RAGE), 3) frykt (FEAR), 4) seksuell lyst (LUST), 5) omsorg (CARE), 6) separasjonsangst (PANIC) og 7) Lek og glede (PLAY).

Emosjoner i ovennevnte forstand er et mer omfattende begrep enn følelser. Emosjoner innbefatter et aktivert adferdsmønster som involverer hele organismen. Følelser er den bevisste opplevelsen av organismen som aktivert av et emosjonelt system.

Tradisjonen etter Darwin (1872) har dokumentert grunnleggende likheter i fremtredelsesform av primære emosjoner hos pattedyr og mennesker (Ekman, 2006). Evolusjonen har således selektert for tolkning av emosjoner hos andre. Det er nyttig med en umiddelbar forståelse av eksempelvis aggressive hensikter hos andre, og det er gode argumenter for at tolkning av andre i evolusjonsmessig sammenheng går forut for evnen til å tolke seg selv (Bogdan, 2000). Evnen til å tolke seg selv, dvs. evnen til å ta et utenfraperspektiv på seg selv («Oneself as Another»), krever en «omvei om verden» og det den har frembrakt av språk og kultur (Ricoeur, 1992). Evnen til å tolke seg selv er kjernen i «selvbevissthet» og i det hele tatt i begrepet om selvet. Siden Hegel (1807/2009) har tankefiguren om at selvet konstitueres ved den andres anerkjennelse, fått økende oppslutning og empirisk validering. Den ligger bl.a. til grunn for vår tids vektlegging av fenomenet speiling («mirroring»). Det som i utgangspunktet skal speiles hos barn av deres tilknytningspersoner, er deres primære emosjonelle reaksjoner og de intersubjektive og sosiale sammenhengene disse reaksjonene er innvevd i. Eller for å si det mer teknisk med Fonagy og medarbeidere (2002): Gjennom adekvat speiling etableres det en annen ordens representasjon av den emosjonelle erfaringen som gjør at den kan gjøres til gjenstand for indre manipulering/bearbeiding, eksempelvis gjennom symbolisering og verbalisering.

Tilsvarende eksisterer det som kjent tallrike muligheter for å bli fremmedgjort fra sine følelser (i utgangspunktet primære emosjoner) gjennom eksempelvis neglisjering, løgn og benekting fra tilknytningspersoner om ens emosjonelle erfaringer («faulty mirroring»). Skjer dette systematisk gjennom oppveksten, får det skjebnesvangre konsekvenser for selvorganiseringen, ettersom selvet ikke lenger kan «stole på seg selv» med hensyn til å identifisere og nyttiggjøre seg egne følelser som signalsystem for hva som skjer i forholdet mellom organismen og omverdenen. Dette igjen får en lang rekke konsekvenser for intrapsyriske og intersubjektive strategier, som beskrevet av Fonagy og medarbeidere (2002).

Den verste konsekvensen for borderline- pasienter er deres følelsesmessige forvirring og dårlige evne til å mentalisere i nære forhold. Tilknytningssystemet blir fort overaktivert med ledsagende intense og ustabile følelser som fører til intense og ustabile relasjoner og ledsagende relasjonelle brudd samtidig som individet heller ikke holder ut å være alene.

Terapeutiske strategier

Mentaliseringsbasert terapi inneholder en rekke strategier som til sammen setter søkelyset på denne primære svikten i evnen til å mentalisere emosjonelle og intersubjektive transaksjoner i nære forhold: 1) i utredningsfasen, 2) i alliansebyggingen, 3) i psykoedukasjon, 4) i individualterapi og 5) i gruppeterapi.

Utredning. I «Intervju om mentaliseringssvikt » (Karterud 2011) fokuseres det på situasjoner der pasienten blir «satt ut», «ikke klarer å tenke», etc., som illustrert ved følgende sekvens (Karterud & Bateman, 2011):

Trine (24) forteller at viktigste hendelse om dette sist uke var på onsdag kveld. Det gjaldt en gutt som hun har vært litt interessert i og som har vist åpenbar interesse for henne. Han kom på et avtalt besøk. Det viste seg at han hadde med seg både blomster og yndlingssjokoladen hennes. Det «satte henne helt ut». Hun merket at hun «ble stiv og på vakt». Hun klarte ikke å være sammen med ham på en utvungen måte og fant på et påskudd slik at han måtte gå etter relativt kort tid. På spørsmål om hva dette handler om, mon tro, svarer hun at det å motta gaver er «helt pyton», og at det også var ekkelt å tenke på at han hadde funnet ut hva som var yndlingssjokoladen hennes. Da måtte han ha tenkt og grunnet på det og på henne og kontaktet noen som kjente henne om dette.

På spørsmål om hva det er med gaver som er «helt pyton», sier hun at det gjør henne ubehagelig usikker. Hun vet ikke helt hvordan hun skal være da. Ikke er hun tvers igjennom glad for å få gavene, fordi de setter henne ut slik, og når hun derfor sier takk og så fint og den slags, føler hun seg falsk og som en hykler. Dessuten føler hun seg ufri på en måte. Skal hun være takknemlig? Hvordan er en da? Hun blir da lett krypende og underdanig, og hun hater den siden av seg selv. Hun føler at den andre da får kontroll over henne, og dette er også noe hun misliker sterkt. Så sterkt at vedkommende bare blir ekkel og at hun ønsker vedkommende langt vekk. I dette tilfellet kunne hun merke at disse tingene ulmet i henne og at hun svarte på hans tilnærmelser med å bli overflatisk, noe distansert og finne på en unnskyldning som kunne avslutte det hele på en udramatisk måte.

I ettertid, på avstand sammen med intervjueren, beklager hun sin egen reaksjon. Hun innser at det er mulig å være oppriktig glad for gaver, og hun skulle ønske hun var slik selv. Men hun klarer det bare ikke. Det kommer over henne med en slik styrke at «hun blir helt satt ut». I intervjuet uttrykker hun

lettelse over at intervjueren interesserer seg for slik «dumme og barnslige ting», fordi det plager henne nokså mye, og fordi det finnes tallrike episoder som minner om denne der hun skyver andre «som bryr seg for mye» fra seg.

Mentaliseringsbasert dynamisk formulering. Det lages en skriftlig formulering der pasientens historie, aktuelle relasjonelle problemer og hva dette innebærer for terapien, beskrives i et mentaliseringsbasert språk, som et ledd i å bygge opp en terapeutisk allianse. Episoder fra mentaliseringsintervjuet, som illustrert ovenfor, bygges inn i denne formuleringen, med vekt på den emosjonelle forvirring pasienten selv beskriver (Karterud & Bateman, 2011).

«Borderlinepasienter har gjennomgående en lavere mentaliseringsevne enn andre»

Psykoedukasjon. MBT kombinerer individualterapi med gruppeterapier. I et «klassisk» MBT-program deltar pasientene de første tre månedene i en lukket psykoedukativ gruppeterapi bestående av 12 møter (Karterud & Bateman, 2011). Temaet for møtene er mentalisering, mentaliseringssvikt, følelser, følelsesregulering, tilknytning, personlighetsproblemer med vekt på emosjonell ustabilitet, depresjon og mentalisering, angst og mentalisering, og prinsipper for MBT. Denne gruppeterapiens overordnede formål er å styrke alliansen om behandlingsprogrammet i sin helhet, men den har sannsynligvis også en terapeutisk egenverdi (Zanarini & Frankenberg, 2008). Det er utarbeidet en egen kortversjon for pårørende, og modifikasjoner for DPS og pasienter med rusavhengighet.

Dynamisk gruppeterapi. Psykodynamisk gruppeterapi med borderlinepasienter har tendens til å bli kaotisk fordi den grunnleggende patologien med emosjonell forvirring, dårlig selvsammenheng og svekket mentaliseringsevne spiller seg ut her og nå i gruppen. Det er laget egne retningslinjer for mentaliseringsbasert gruppeterapi (Karterud, 2012), som skiller seg fra psykodynamisk gruppeterapi på mange vesentlige punkter. Til sammen dreier dette seg om terapeutiske strategier som hjelper terapeuten til å holde fast ved gruppens hovedoppgave, som er å tjene som en «treningsarena for mentalisering». Hva dette dreier seg om, blir gjennomgått for pasientene i den psykoedukative gruppen, og det blir forsterket gjennom praksis i den dynamiske gruppen. Pasientene får en klar oppfordring til å bringe inn i gruppen emosjonelt problematiske interpersonlige hendelser fra dagliglivet. Det er en felles oppgave for terapeut(er) og pasienter å klargjøre disse hendelsene, skape en koherent narrativ, identifisere mentaliseringssvikten og reflektere over hva den består i. Det er utarbeidet en egen vurderingsskala i 19 ledd som måler i hvilken grad terapeuten(e) etterlever retningslinjene for mentaliseringsbasert gruppeterapi (Karterud, 2012).

Tilbakefall til rusmisbruk er en typisk hendelse:

Reidar forteller litt stotrende, om at han ikke var her sist, at han også hadde vanskeligheter med å komme i dag, at han heller ikke møtte til individualterapien sist, og at det hadde sammenheng med første sprekken på et par år faktisk, det skjedde hjemme forrige fredag ettermiddag, han var urolig, tok bare opp telefonen og ringte dealeren, og så var det i gang. Det kommer noen korte spørsmål for å klargjøre omstendighetene. Terapeuten: «Ok, la oss gå tilbake til den fredagen. Hva hendte i deg?» «Vet ikke helt. Var urolig på et vis.» Terapeuten: «Hva tror dere andre? Fredag ettermiddag, uro, hva kan det være?» Erik: «Vet ikke helt jeg heller, men for å ta om det var meg, så ville jeg kanskje ha følt ensomhet.» Reidar: «Ja, var nok noe av det. De gamle gutta, liksom, de er borte. Kjenner jo folk her også, men ikke på samme måten. Jo, var nok litt ensom.» Gruppen utveksler opplevelser og betraktninger om ensomhet. Turid: «Siste gang du var her i gruppen, snakket du om ting som hadde vært tøffe for deg, og det var den gang snakk om hvor mye du hadde båret på alene. Kunne det ha vekket noen form for ensomhet også?» Reidar: «Ja, når du sier det. Tenkte på det etterpå, hvor mye jeg har gått og bala med egne tanker og mye ubehag, og så har jeg bare ikke orka mer og måtte ha et frikvarter, liksom, men det gjorde jo bare ting enda verre. Kom inn i onde sirkler.» Erik: «Men sist var det jo også mye bra etter hvert. Du kom på ting.» Reidar: «Ja, men lurer på om det bare gjorde det verre. Skjønner det ikke helt, men når noen er positive mot meg, er det som om alarmen slås på. Hatt noen greier med jenter i det siste. Når de sier noe fint og viser at de nærmest er forelsket, kutter jeg ut med en gang.» Hilde: «Merkelig, hvorfor gjør du det da?» Reidar: «Har hatt noen rare forklaringer på det, men skjønner det egentlig ikke.» Terapeuten: « Dette er det viktig å finne ut av, hva tenker dere andre om dette?»

Terapeuten er her «på lag» med de andre gruppemedlemmene. Terapeuten tar en litt overordnet «scenografisk» rolle. Han peker først på fredagen og inviterer til refleksjon om sinnstilstanden der og da. Dernest peker terapeuten på prosessen i terapien, på forrige gruppemøte. Og deretter igjen på det fenomenet hos Reidar at han trekker seg når noen viser interesse for ham. De andre gruppemedlemmene er med på notene. Terapeut og gruppemedlemmer skifter på og kommer med innspill som utfyller hverandre og som i hovedsak er utforskende overfor Reidars mentale tilstander med vekt på uklare følelsesmessige opplevelser og hva det gjør med ham.

Mentaliseringsbasert individualterapi. Det er utarbeidet en egen manual for mentaliseringsbasert individualterapi (Karterud & Bateman, 2010). Flere av de 17 spesifiserte leddene i denne manualen har direkte relevans for emosjoner: A) regulering av den emosjonelle temperaturen i timen, B) fokus på følelser i interpersonlig sammenheng, C) fokus på følelser her og nå, D) validering av følelsesmessige reaksjoner, og E) fokus på forholdet mellom terapeut og pasient. I denne artikkelen

legger jeg hovedvekten på «mentalisering av overføringen», som innebærer et fokus på emosjonelle reaksjoner her og nå i forholdet til terapeuten.

Terapeutens første oppgave i denne sammenhengen er å identifisere brudd i mentaliseringsevnen. Tegn på dette er forekomst av psykisk ekvivalens (sammenblanding av fantasi og virkelighet), pretend-modus (snakk som ikke er følelsesmessig forankret) eller teleologisk forståelse (at intensjoner utledes av resultatet av handlinger). Dette viser til at mentaliseringen er sårbar, og det markerer hvor og når terapeuten bør intervensjonere for å forsøke å styrke mentaliseringsprosessen. Neste oppgave for terapeuten er å be pasienten gå tilbake til punktet før endringen i evnen til subjektiv meningsdannelse. Terapeuten kan bidra til dette med å angi når han/hun mente å registrere en forandring. Deretter utforsker terapeuten den følelsesmessige sammenhengen som bruddet så ut til å oppstå innenfor, og han/ hun nyttiggjør seg her de aktuelle følelsene som var i sving mellom pasient og terapeut. Dernest forsøker terapeuten eksplisitt å identifisere og ta på seg sitt eget eventuelle bidrag til bruddet i mentalisering. Disse stegene er nødvendige for at terapeuten så kan forsøke å hjelpe pasienten til å forstå hva det er som foregår i hans/ hennes eget sinn og i forholdet til terapeuten (mentalisering av overføringen).

En slik trinnvis prosedyre kan kritiseres for reduksjonisme og tingliggjøring av en interaktiv og dynamisk prosess. En kan forstå slike innvendinger og at de kan ha relevans om anbefalingene blir utført på en mekanisk måte. Hovedbudskapet er imidlertid at terapeuter bør tenke nøye igjennom hva de gjør, og at de unngår å forholde seg til pasienter på måter som ligger langt over deres aktuelle mentale forutsetninger. Eksempel:

Pasient: Så vidt jeg kan skjønne er sekretærene her trent i å ignorere pasienter.

Terapeut: Hva får deg til å si det?

Pasient: Jeg ringte på og ingen svarte, men jeg kunne se gjennom vinduet at det var folk på kontoret. De ønsket åpenbart ikke å slippe meg inn.

Terapeut: Nå har jeg vanskelig for å følge deg. Hvorfor skulle de ha noe imot å slippe deg inn?

Pasientens utsagn om staben på resepsjonen indikerer at hans tenkningsprosess nå opererer på et teleologisk nivå. Han forstår andres motiver ut fra resultatet av deres handlinger, i dette tilfellet at de ikke slapp ham inn.

Pasient: Fordi jeg er 185 cm høy og svær og de er redde for meg

Terapeut: Jeg er enig med deg i at du er en svær mann, men jeg kan ikke huske at de har latt være å slippe deg inn før, så hva var annerledes nå?

Pasient: Du tror meg ikke? De ville ikke slippe meg inn. Jeg slapp inn til slutt, men først etter at jeg hadde stått på ringeklokka i det uendelige.

Terapeut: Det er bra du kom deg inn, men kan vi gå tilbake til din følelse av at de ikke ønsket å slippe deg inn? Det må være noe mer her enn det faktum at du er minst 185 høy og svær, ettersom staben faktisk kjenner deg.

Pasient: De fleste mennesker snur seg vekk etter at de har kastet et blikk på meg

Terapeuten har forsøkt å gå tilbake til det punktet der pasienten dannet seg en rigid oppfatning om andre, men det har så langt ikke hatt særlig effekt. Terapeuten går derfor enda lenger tilbake.

Terapeut: Det må være ille å føle seg uønsket. Det kan jeg forstå, men kan vi gå enda lenger tilbake. Hvordan hadde du det før timen i dag?

Pasient: Jeg var ganske fucka. Jeg tror huseieren forsøker å lure meg.

Terapeuten utforsker nå pasientens opplevelser med huseieren og hans mistanker om at de forsøker å lure ham og fraskrive seg selv alt ansvar for leiligheten, og at han er uønsket. Etter dette går terapeuten tilbake til pasientens sinnsstemning etter at han forlot leiekontoret og spør om pasienten tror at dette kan ha hatt betydning for hvordan han opplevde sekretærene. I forlengelse av dette kommer han også inn på de aktuelle følelsene (affektfokus) i timen.

Terapeut: Hvis vi nå går tilbake i timen her, virket det for meg som at du reagerte da jeg spurte deg om hvorfor du trodde at staben ikke ville slippe deg inn, da du sa at jeg ikke trodde på deg. Er vi nå der at jeg tenker at det vi snakker om, er mer sammensatt, mens du føler at jeg ikke tror på din forklaring?

Pasienten reagerer umiddelbart.

Pasient: Ja, du gjør ikke det.

Terapeut: Jeg kan i og for seg forstå det at når jeg påpekte at du alltid har vært høy og svær, at du dermed kunne få for deg at jeg ikke trodde deg. Jeg antok nok at det var lite sannsynlig at det kunne være den viktigste grunnen til at de ikke reagerte på ringeklokken.

Her indikerer terapeuten at han har vært delaktig i å fremme en følelse hos pasienten av ikke å bli trodd.

Pasient: Så jeg hadde rett i at du ikke tror på meg.

Terapeut: Ja, i en viss forstand i det vi nå snakker om. Men det slår meg at du hører svært nøye etter i det jeg sier med tanke på om jeg tror på deg eller ei.

Pasient: Ja, jeg har nok trøbbel med om jeg skal stole på deg, om du er på min side.

Gjennom dette har terapeuten identifisert det affektfokusert som er relevant for den aktuelle timen, og han kan nå gå videre med å «mentalisere overføringen» dersom pasienten i fortsettelsen viser seg i stand til det, dvs. evner å reflektere over sin egen sinnstilstand i møte med terapeutens sinn.

Konklusjon

Mentaliseringsbasert terapi har et konsekvent fokus på emosjoner i interpersonlig samhandling. Målet er ikke å fremme innsikt i tradisjonell psykodynamisk forstand, heller ikke å «frigjøre oppdemmede følelser», men å øke mentaliseringsevnen gjennom den terapeutiske dialogen. Teori og evidensbasert erfaring viser at dette bidrar til å skape en mer robust selvorganisering og en bedre evne til å omgås andre, spesielt i nære relasjoner. MBT har en rekke strategier som fremmer denne målsettingen: Grad av mentaliseringssvikt kartlegges i utredningsfasen; terapeut og pasient samarbeider om en felles forstått dynamisk formulering; pasienter lærer opp i mentaliseringsbasert forståelse og terapeutiske holdninger gjennom en psykoedukativ gruppeterapi; pasienter deltar i en dynamisk gruppeterapi som er å forstå som en «treningsarena for mentalisering» med fokus på følelser i interpersonlig samhandling, og ikke minst engasjeres de i en tilknytningsbasert individualterapi som kan utforske i dybden, her og nå, hvordan emosjoner og sinn påvirker hverandre.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 759-764

TEKST

Sigmund Karterud, MD, PhD, professor i psykiatri, Institutt for mentalisering

KONTAKT: wkarteru@online.no

+ **Vis referanser**

Referanser

Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalizationbased treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2011). *Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Bogdan, R. J. (1997). *Interpreting minds. The evolution of a practice*. Cambridge, MA, US: The MIT Press.

Bogdan, R. J. (2000). *Minding minds: Evolving a reflexive mind by interpreting others*. Cambridge, MA, US: The MIT Press.

Damasio, A. (2010). *Self comes to Mind: Constructing the Conscious Brain: The Evolution of Consciousness*. London: William Heineman.

- Darwin, C. (1872). *The expression of emotions in man and animals*. (Anniversary edition, 2009.) London: Harper Perennial.
- Ekman, P. (2006). *Darwin and facial expression. A century of research in review*. Cambridge: Malor Books.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY, US: Other Press.
- Hegel, G. F. H. (1807/2009) *Åndens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). *Manual for psykoedukativ mentaliseringsbasert gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. *Intervjuguide for mentaliseringsvikt*. (2011) Oslo: Avdeling for personlighetspsykiatri.
- Karterud, S. (2012). *Manual og vurderingsskala for mentaliseringsbasert gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M., Johansson, P., Urnes, Ø., Wilberg, T. & Bateman, A. (2012). *The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): Development, structure and reliability*. *Psychotherapy Research*, Epub ahead.
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F. et al. (2006). *Change in attachment patterns and reflective functioning in a randomized controlled trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1027-1040.
- Morken, K., Karterud, S. & Arefjord, N. *Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment*. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, i trykken.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Zanarini, M.C. & Frankenberg, F. R. (2008). *A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderline personality disorder*. *Journal of Personality Disorders*, 22, 284-290.