

Mentalisering i rusklinikk

Mentaliseringsbasert terapi er en potensielt fruktbar behandlingsmetode også i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

TEKST

Nina Arefjord
Sigmund Karterud
Kari Lossius

PUBLISERT 5. juni 2014

PSY
KOL
OGI



HELHET: - De behandlet ikke rusbiten i psykisk helsevern, fortalte en av våre klienter og mente dette hadde forstyrret tidligere behandlingsforsøk. Gjennom psykoedukasjon hjalp vi henne til å se hvordan rusbruken hang sammen med forsøk på å regulere vanskelige følelser. Illustrasjon: Kristin Berg Johnsen

I moderne rusbehandling er det fortsatt en stor utfordring å tilby effektiv poliklinisk behandling for pasienter med rusavhengighet og samtidige alvorlige personlighetsvansker. I tillegg til å være helhetlige, intensive og behandlingseffektive bør polikliniske programmer redusere bruken av krisepregede korttidsinnleggelses og

være rimeligere enn langvarig institusjonsbehandling. Pasientene har ofte store vansker med stabilt oppmøte til poliklinisk behandling. Den varierende motivasjonen og manglende utholdenheten skyldes ikke kun ruslidelsene, men også deres vansker med å håndtere egne følelser og relasjoner til andre. Behandlere i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) har derfor behov for «gode hjelpemidler» for å kunne tilby pasienter med sammensatte rus- og personlighetslidelser poliklinisk terapi. Det er behov for terapiprogrammer med god struktur, teoretisk konsistens og kontinuitet. Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er spesielt rettet mot pasienters problemer med affektregulering, utrygg tilknytning, nevrobiologisk sårbarhet, redsel for avvisning og aggresjonsproblemer (Bateman & Fonagy, 2001, 2009). MBT har manualiserte strategier for å håndtere og forstå motivasjonsvansker, emosjonelle vansker og interpersonlige konflikter slik disse kommer til syne i behandling. MBT har imidlertid ikke tidligere vært utprøvd for en gruppe pasienter der rusavhengighet er hovedproblemet. Stiftelsen Bergensklinikkene ble inspirert av denne metoden og nyere kunnskap om personlighetsutvikling og besluttet i 2009 å gjennomføre et pilotprosjekt. Kriteriene for deltakelse i prosjektet var at pasientene (kvinner) hadde varianter av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (PF) og alvorlig rusproblematikk. I det følgende vil vi beskrive våre viktigste erfaringer.

Problemomfang, behandlingsmål og preliminaere resultater

I alt 19 kvinner ble tatt inn i prosjektet. Før denne behandlingen hadde pasientene tallrike innleggelser (i gjennomsnitt 10!) både i psykisk helsevern og i rusinstitusjoner. Selvskading, suicidforsøk og overdoser var hyppig forekommende i gruppen; det samme gjaldt voldelige episoder mot andre. Alle utenom tre pasienter hadde alvorlige barndomstraumer som innbefattet omsorgssvikt, mishandling og seksuelle misbruk. Kjerneproblematikken var mentaliseringsvansker og selvproblematikk der konsekvensene var hyppige interpersonlige misforståelser, samhandlingsvansker og tilflukt i rus.

Primært behandlingsmål var reduksjon av helseskadelig rusatferd. I utgangspunktet var alle pasientene rusmiddelavhengige. Som oftest var det en blanding av alkohol, cannabis, amfetamin, heroin, GHB, Subutex og B-preparater. Tre pasienter droppet ut i løpet av den totale prosjektperioden, mens 9 av de 16 gjenværende pasientene var helt rusfrie da prosjektperioden var slutt. De siste syv pasientene er fortsatt i behandling, og alle disse har redusert sin rusbruk.

Sekundære behandlingsmål var økt sosial funksjon, symptomreduksjon, og bedret interpersonlig fungering. Pasientene viste bedring på alle mål etter terapi med mentaliseringsbaserte retningslinjer i gjennomsnitt 21 måneder.

«For at psykologer skal kunne drive meningsfull psykoterapi, må livsviktige funksjoner være ivaretatt av andre»

Manualisert behandling krever opplæring

Alle komponentene i MBT er manualisert (Karterud & Bateman, 2010, 2011; Karterud 2012). Alle terapeutene (hovedsakelig psykologer) gjennomgikk opplæring som sikret en felles teoretisk og metodisk plattform gjennom introduksjonskurs i MBT og videregående kurs. Terapeutene hadde ukentlig veiledning av intern veileder samt ekstern månedlig veiledning.

Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er en viktig komponent i mange behandlingsprogrammer. Psykoedukasjon forbereder pasienten på behandling, gir økt kunnskap om problemområdene og gir en felles forståelse mellom klient og terapeut om hvordan aktuelle psykiske vansker skal forstås. I MBT er også denne komponenten manualisert. MBT starter med cirka 12 ganger psykoedukativ gruppeterapi, og pasientene i prosjektet ble her oppfordret til å komme med eksempler fra sitt eget liv hvor de hadde brukt rusmidler til å regulere vanskelige følelser. Den psykoedukative komponenten ble opplevd som svært meningsfull:

Mentalisering – jeg visste ikke hva ordet betydde en gang. Psykoedukasjon ga meg mye, og gjennom undervisningen kunne jeg se mer helheten. Den manglende helheten har tidligere forstyrret behandlingen min, for de behandlet ikke rusbiten i psykisk helsevern.

«Mentaliserende» kriseplaner og kasusformuleringer

Kriseplaner har vist seg å engasjere pasienter i forståelsen av krisenes forutgående mentale problemer. Pilotprosjektets erfaringer er at prosessen med kriseplan ble første ledd i en «sosialiseringsprosess» til en mentaliseringsbasert terapi, der pasientene ble stimulert til å fortelle om de tanker og følelser som ledet til mentaliseringssvikt og utagering. I en kriseplan sto det at pasienten ikke måtte berøres i form av klapp på skulderen dersom hun trengte akuttbehandling. Det ville øke sannsynligheten for at hun ble fysisk utagerende. Navnet på barna sto i en annen kriseplan, der navnene på barna skulle medvirke til at pasienten valgte å ikke ruse seg. Det viktigste er at pasientene er involvert i utformingen av kriseplanene, og at terapeutene stimulerer til refleksjon om krisenes mentale forløpere. Kasusformuleringer er heller ikke unikt for MBT. En mentaliseringsbasert kasusformulering innebærer at rusatferden blir satt i sammenheng med problematisk intersubjektiv selvregulering. Det er en erfaring at terapeuter trenger trening i å formulere slike sammenhenger på en kortfattet måte og i et dagligdags språk som pasienter forstår. Lykkes man, er gevinsten stor:

Det skrivet jeg fikk av deg. Det var helt fantastisk. 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.

Integrert ambulerende virksomhet

En «ambulerende» sosialkonsulent deltok også i teamet. Hun bidro til å dempe kriser og økte kvaliteten på samarbeid mellom ulike systemer og faginstanser. Oppgavene besto blant annet i kontaktetablering med pasientene i deres oppstartsfasen, praktisk støtte i forhold til skole, møter med NAV, hjemmebesøk, sms – kontakt som eksempelvis påminning om ukentlig gruppeterapi. Sosialkonsulentens arbeid bidro på en avgjørende måte til at terapeutene kunne konsentrere seg om sin del av oppgaven, som var å utføre psykoterapeutisk arbeid etter mentaliseringsbaserte retningslinjer. Betydningen av dette punktet kan knapt overvurderes. For at psykologer skal kunne drive meningsfull psykoterapi, må livsviktige funksjoner være ivaretatt av andre. Det ble et reelt tverrfaglig samarbeid i MBT-teamet. Sosialkonsulentens arbeid med pasientene ble erfart som like nødvendig som terapitimene og viste seg å være særlig viktig ved oppstart av behandlingsforløpet. Annet samarbeidende personell må også være innforstått med teori og metode for MBT. Sosialkonsulenten deltok på grunnkurs i MBT, på alle teammøter og veiledning og på alle seminarer.

Kombinert individual- og gruppepsykoterapi

Kombinert individual- og gruppeterapi er anbefalt av britiske helsemyndigheter ved behandling av borderline PF (NICE, 2009). I MBT fungerer gruppene som dynamiske «treningsarenaer» for mentalisering, dvs. «learning by doing» her og nå. Dette er krevende både for terapeuter og pasienter. Det er mye interpersonlig samhandling og potensielle kilder til misforståelser i gruppeterapitimene. Mye avlæring og nylæring skal til for å kunne praktisere en «mentaliserende holdning» her og nå. MBT-teamet bør prioritere veiledning av gruppeterapien. Erfaringsmessig må det også stadig minnes om at pasienters opplevelser i gruppen skal vies stor oppmerksomhet i individualterapien. I dette prosjektet var pasientenes motivasjon for gruppeterapi ved oppstart ganske dårlig, og det tok lang tid før det var et stabilt oppmøte. Individualterapeuten tok opp hver uteblivelse med pasienten og minnet på hvor viktig det var at kombinasjonsbehandlingen ble fulgt. Temaet i følgende sekvens var ganske vanlig innledningsvis:

P: – Forrige gruppe var så vanskelig. Jeg skjønner ingenting av X. Hun prater bare tull og terapeutene sa ingenting.

T: – Tror du dette medvirket til at du ikke kom i gruppen sist?

P: – Nei, jeg var syk, men jo ? egentlig, det lå nok under, jeg orket ikke snakke om det.

Vi kunne gradvis registrere en økende trygghet også til gruppens andre medlemmer og at pasientene opplevde den kombinerte og strukturerte behandlingen som meningsfull. Økende indre stabilitet og tillit styrket evnen til refleksjon rundt de alternative perspektivene som medpasienter og terapeutene formidlet:

Det er trygt å se på ting i gruppen. Har tatt disse holdningene med meg ut i livet, at jeg ikke kan være *sikker på* at det alltid er nødvendigvis noe feil med meg.

I pasientenes evaluering av tilbudet rangerte de medpasientene som svært viktige:

Gruppen har tilført meg mye. Her har jeg lært å reflektere over mine holdninger. Jeg får feedback fra de andre i gruppen om det er jeg eller andre som har misforstått.

Men vi opplevde også hyppig at den terapeutiske mentaliserende holdningen ble utfordret. Eksempelvis når plutselige konflikter eskalerte i gruppen, og pasientene som var involvert, rigid holdt fast på sine respektive perspektiver og motsatte seg alle forsøk på nyansering. Imidlertid var erfaringene også her at retningslinjene fungerte som faktiske hjelpemidler til å snakke om de mentale prosessene i stedet for pasientenes konkrete atferd. Det å bruke tiden på atferd er en fallgrube i rusbehandling fordi hyppige kriser fort får prege terapiforløpet. Da står også terapeutene i fare for å miste sin mentaliseringskapasitet, noe som igjen kan påvirke behandlingsforløpet negativt.

«Å bruke tiden på atferd er en fallgrube i rusbehandling fordi hyppige kriser fort får prege terapiforløpet»

Videobasert veiledning som motvekt mot negativ motoverføring

Videobasert veiledning har tre formål: 1) å sikre at terapeuten følger manualen, 2) å tilby terapeuten et godt refleksjonsrom, spesielt med hensyn til å klargjøre og håndtere egen motoverføring, og 3) å informere veilederen og andre teammedlemmer om terapiens gang. Vi erfarte at terapeutene var vant til å være empatiske og støttende og gjennom dette fremme pasientenes tilknytning. Terapeutene var mindre vant til å utforske og fremme eksplisitt refleksjon rundt forholdet mellom pasienten og dem selv som terapeut. Dette var nye ferdigheter som måtte læres. Terapeutene ble mer bevisst på hvor viktig det er å stoppe opp når pasienten ikke er i stand til å reflektere nyansert i timen. I stedet for å holde samtalen gående skal terapeuten stoppe opp for å forstå detaljene i situasjoner som har utviklet seg ubehagelig eller i destruktiv retning. Terapeuten må heller ikke overse sin egen mulige medvirkning når pasientens mentaliseringsevne faller i timen (Morken, Karterud & Arefjord, 2014). I dybdeintervjuer, foretatt av Psykologisk institutt, UiB, fremholdt MBT-terapeutene at begrepene fra mentaliseringsteorien ga økt forståelse og mening til å holde ut vanskelige terapiforløp (Øvrebø og Holgersen, 2012). Ved å følge mange terapiforløp med ukentlig videoveiledning i team ble både gode og dårlige terapiprosesser veldig synlige.

Tilrettelegging av en psykoterapeutisk prosess

Tidlig i terapiprosessen var målet å stimulere pasientene til aktiv deltakelse i sin egen terapiprosess. Ambulerende sosialkonsulent, mentaliserende kriseplaner, dynamiske formuleringer og psykoedukativ gruppe ble brukt for å oppnå dette. Samarbeidet mellom individualterapeutene og gruppeterapeutene var godt strukturert med ukentlig felles videoveiledning. Dette medvirket til at motivasjonsvansker, emosjonelle vansker og interpersonlige konflikter ble bedre håndtert og forstått. Vi vil hevde at uten MBT-modellen hadde terapeutene fått mindre anledning til å fokusere på meningsdannelse og selvrefleksjon hos pasientene (mikronivå). Modellen inneholder også kvalitetssikret struktur med systematisk samarbeid og veiledning (makronivå). Målet for pasientene var styrket mentaliseringsevne i form av bedre generell mental kontroll, bedre følelsesregulering, bedre selvforståelse, bedre evne til å forstå andre og bedre interpersonlig kompetanse. Disse delmålene ble midler til det som var de primære og sekundære atferdsmålene: henholdsvis rusmiddelkontroll og økt sosial funksjon. Pasientene i MBT-prosjektet nådde i stor grad disse målene og må fremover bruke sin mentaliseringskapasitet til å vedlikeholde dem og forebygge tilbakefall.

Pilotprosjektet viste at MBT er en potensielt fruktbar behandlingsmetode også i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det kreves et større og randomisert prosjekt for å fastslå den endelige effekten og om den er bedre enn «treatment as usual». Våre kliniske erfaringer var imidlertid så gode at det oppleves som meningsløst å gå tilbake til mer ustrukturert behandling for denne hardt rammede pasientgruppen. Vi går inn for dette i Stiftelsen Bergensklinikkene. Vi vil derfor anbefale polikliniske team for mentaliseringsbasert rusterapi (MBT-rus) for andre. Det eksisterer et lett tilgjengelig opplæringsprogram; imidlertid er støtte fra ledelsen for omorganisering, gjennomføringskraft og midler til opplæring viktig. Det er med all sannsynlighet en effektiv behandlingsform, og den er trolig også kostnadsbesparende sammenlignet med alternativ behandling.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 6, 2014, side 461-464

TEKST

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

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

KONTAKT: wkarteru@online.no

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

KONTAKT: nina.arefjord@bergensklinikkene.no

+ Vis referanser

Litteratur

Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization- Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. (12), 1355-1364.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytic oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 36-42.

Karterud, S. & Bateman, A. (2010). *Personality Disorders: A Manual for Assessment and Treatment*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karterud, S.S & Bateman, A. (2011). *Personality Disorders: A Manual for Assessment and Treatment*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Karterud, S. (2012). *Personality Disorders: A Manual for Assessment and Treatment*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Morken, K., Karterud, S. & Arefjord, N. (2014). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Personality Disorders*, 28(1), 1-11. doi:10.1007/s10879-013-9246-8.

NICE.(2009). Borderline personality disorder: treatment, management and prevention. National Institute for Clinical Excellence.

Øvrebø, M. & Holgersen, H. (2012). Terapeuters opplevelse i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi. En kvalitativ pilotstudie. *Personality and Individual Differences*, 52(4), 473-478.