

MBT vs. KBT – "Same, same but different"

Jag är sedan hösten 2008 överläkare på MBT-teamet Huddinge men är på tisdagar student på påbyggnadssutbildningen i kognitiv terapi på Karolinska institutet. Både från KBT- och MBT-kollegor har jag fått frågor om hur det får att kombinera dessa till synes skilda terapiinriktningar. Syftet med denna text är att delge erfarenheter och idéer om hur behandlingarna praktiskt skiljer sig åt respektive liknar varandra.

MBT-teamet startades av Göran Rydén och Per Wallroth 2005 och blev den första svenska enhet som behandlar borderlinepatienter med MBT. Idag finns flera MBT-team i Sverige, bland annat i Borås, Lidingö och Piteå och en studie av MBT vid missbruk pågår på beroendecentrum Stockholm.

Min terapiutbildning handlar för närvarande om DBT, schemafokuserad terapi och ACT. Jag kommer dock skriva mest om "mainstream"-KBT och inte så mycket om 3:e vågens KBT.

Kort om MBT

Mentaliseringsbaserad terapi, MBT, är en i psykoterapisammanhang relativt ny behandlingsform som utformats av psykoanalytikerna Anthony Bateman (psykiater) och Peter Fonagy (psykolog), London. I en välgjord RCT prövades behandlingen som efterhand fick namnet *mentalization-based treatment* i ett program för borderlinepersonlighetsstörda patienter. Den första behandlingsstudien (1) väckte uppmärksamhet och följdes av en 18-månadersuppföljning, (2) en hälsoekonomisk analys (3) och nu senast en 8-årsuppföljning (4), alla publicerade i American Journal of Psychiatry. I synnerhet 8-årsuppföljningen är anmärkningsvärd, både genom sin unikt långa uppföljning och att effektskillnad kvarstår vid uppföljningstidens slut. Man såg bland annat minskad suicidalitet, minskning av uppfyllda diagnoskriterier, minskat behov av läkemedel, minskat slutenvårdsbehov, ökad global funktionsförmåga och minskad sjukskrivning. Cochrane Collaboration redovisar MBT med DBT som de två behandlingar med mest evidens vid borderlinepersonlighetsstörning men påpekar att fler studier behövs. För närvarande pågår i bla London studier med olika upplägg i behandlingen vid borderlinepersonlighetsstörning samt vid antisocial personlighetsstörning.

Intresset för MBT är stort. De workshops Bateman och Fonagy hållit i Sverige har varit fullbokade och den utbildning i MBT som MBT-teamet Huddinge gav i samarbete med Göran Rydén och KI-education visade sig vara mycket eftertraktad.

Kort om mentalisering

Det finns flera definitioner av mentalisering, Bateman och Fonagy formulerar det enligt nedan:

"Mentalisering innebär att göra egna och andras handlingar begripliga utifrån bakomliggande mentala avsikter, som önsknings, känslor och föreställningar. Mentalisering handlar i allt

väsentligt om att förstå andra och sig själv, implicit och explicit, i termer av mentala tillstånd och mentala processer.” (i översättning av Rydén, Wallroth)(6)

Eller lite enklare beskrivet:

”Att tänka på sina egna och andras tankar och känslor och förstå att människors handlingar bestäms av vad de känner, tänker, vill och tror.”

Mentalisering inkluderar således både ”theory of mind” och empati samt kan vara både implicit och explicit. Mentaliseringsbegreppet är förankrat i framförallt anknytningsteori och neuropsykologi. Borderlinepersonlighetsstörning konceptualiseras som en mentaliseringsbaserad problematik, som oftast har att göra med otillräckligt fungerande anknytning och man har föreslagit en psykologisk och neurobiologisk modell för hur detta uppstår. (5)

Som psykoterapeut är det kanske lätt hänt att betrakta andra skolbildningars teorier eller tekniker ur perspektivet ”gammalt gods med ny akronym”. Bateman och Fonagy har dock utvecklat mentaliseringsbegreppet väsentligt samt knutit an det till modern forskning. De har också föreslagit att mentalisering kan vara en av de gemensamma verkamma mekanismerna för olika terapimetoder. (5)I princip tänker man sig att ökad mentaliseringsförmåga är förenat med minskning av psykiska symtom och att flera olika terapiformer, på olika vägar, leder till ökad mentaliseringsförmåga.

MBT vid borderlinepersonlighetsstörning

Studierna som nämnts ovan handlar således om behandling av borderlinepersonlighetsstörning. MBT-teamet Huddinge har i de flesta avseenden efterliknat upplägget i London.

Teamet tar emot remisser för alla patienter med borderlinepersonlighetsstörning, extensivt missbruk tillhör ett av få exklusionskriterier. Efter en egen omfattande bedömning med flera strukturerade intervjuinstrument, WAIS-III samt en mängd självskattningsskalor för symtom, beteenden och livsförhållanden inleds behandling. Terapisessioner videospelas ofta för intern och extern handledning.

”faktaruta”

Mentaliseringsbaserad terapi vid MBT-teamet Huddinge karaktäriseras av

- 18 månaders behandling.
- Individuell terapi och gruppterapi. En respektive två ggr/vecka .
- Psykopedagogisk kurs 12 gånger.
- Behandlingsmål nås genom ökad mentaliseringsförmåga och ökat agentskap.
- Både grupp- och individualterapi syftar till

<p>mentaliseringshändelser.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det som händer i terapin förstås utifrån mentaliseringsprocesser och anknytningsprocesser. - Fokus på aktuella känslor, tankar och beteenden.
--

Delmål för ökad mentaliseringsförmåga
<ul style="list-style-type: none"> - att identifiera affekter och stabilisera känslouttrycken. - att utveckla stabila inre representationer av tankar och känslor. - att skapa en sammanhängande självupplevelse. - att utveckla en förmåga att skapa trygga relationer.

Hur ser våra behandlingsresultat ut? Datainsamling pågår sedan en längre tid under ledning av Göran Rydén och vi hoppas förstås kunna efterlikna de resultat man sett i London.

MBT ur KBT-perspektiv, KBT ur MBT-perspektiv

Förenklat exempel:

MBT	KBT
<p>Vid stress försämras mentaliseringsförmågan vilket resulterar i överdrivna eller inadekvata reaktioner vilka i sin tur genererar inre och yttre upplevelser som underhåller psykisk ohälsa.</p>	<p>Inre eller yttre stimuli aktiverar dysfunktionella kognitiva schema/responser vilka genererar beteenden som förstärker schema och underhåller psykisk ohälsa.</p>
<p>"Jag orkar inte träffa dig ikväll"</p> <p>Upplevelse av den andres avståndstagande genererar emotionell stress.</p> <p>Mentaliseringsförmågan sjunker-> psykisk ekvivalens -> känsla av att bli övergiven innebär faktiskt övergivande.</p> <p>- Beteende: Du kan dra åt helvete</p>	<p>"Jag orkar inte träffa dig ikväll"</p> <p>Aktiverar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - grundantagande: oälskbarhet - sekundärt antagande: Om jag släpper någon in på livet blir jag sviken - automatiska tankar "han väntar på rätt tillfälle att göra slut"

	- Beteende: - "Du kan dra åt helvete!"
--	--

Exemplet ovan rymmer å ena sidan flera tankefallor från den kognitiva terapin och misstänkta betendepsykologiska mönster, å andra sidan mentaliseringssammanbrott ur MBT-perspektiv.

"faktaruta"

Några skillnader mellan MBT vid borderlinepersonlighetsstörning och grundläggande KBT:

MBT	KBT
Inga hemuppgifter	Hemuppgifter
Ej agenda	Agenda för sessionen
Naturlig exponering för anknytning och mentalisering "live" i terapisationerna. Sällan planerade i förväg.	Exponering, beteendexperiment planerade i samarbete med patienten, relaterade till terapimålen.
Fokus på mentaliseringslägen. Funktionell eller icke-funktionell mentalisering.	Fokus på dysfunktionella tankar, känslor och beteenden. Utforskande av beteendemönster.
Uttalat och aktivt arbete med allians/anknytning i terapirelationen. Alliansavbrott och alliansreparation väsentlig del i terapin.	Ej fokus på allians/anknytning (undantaget bla DBT, schemafokuserad terapi)

"faktaruta"

Några likheter mellan MBT vid borderlinepersonlighetsstörning och grundläggande KBT:

MBT	KBT
Idiosynkratisk mening betonas.	Idiosynkratisk mening betonas.
Gemensamt utforskande av patientens problematik	Gemensamt utforskande av patientens problematik
Mycket aktiv terapeut	Mycket aktiv terapeut
Mål och delmål, dock mindre tyngd än i KBT	Mål och delmål

Psykoedukation (mentalisering, agentskap, borderlinediagnos osv)	Psykoedukation (ex syndromkonceptualisering, tillämpad avslappning osv)
Arbete med även med implicit mentalisering, dvs tankar och känslor som inte är medvetna.	Kognitivt arbete med grundantaganden osv som är "omedvetna"
Ingen expertroll, ingen "tolkning" av överföring. Sokratiskt frågemetod används ej!	Ingen expertroll, ingen "tolkning" av överföring.
Stimulera till explicit mentalisering	Stimulera till metakognition och beteendeförändring.

Personliga reflektioner

Då jag började arbeta som MBT-terapeut i grupp tyckte jag först det var ostrukturerat jämfört med KBT's tydliga sessionsstruktur och interventioner. Dock blev det snart uppenbart att terapeuterna i MBT hela tiden strävar efter att uppmärksamma mentaliseringsprocesser hos individen och i gruppen. I det avseendet är det snarast enklare att arbeta med MBT. Samtidigt kan jag sakna den "palett" av interventioner som KBT erbjuder.

MBT ställer klart högre krav på terapeuten vad gäller self-disclosure. Att använda sig av sina egna reaktioner på ett mentaliseringsbefrämjande sätt uppmuntras i modellen. Det kan t ex gälla situationer där patienten kritiserar terapeuten, behandlingen eller en medpatient.

I mainstream-KBT har anknytning inte något eget fokus utöver skapande av en arbetsallians. I MBT är arbetet med alliansen och de anknytningsprocesser som där utspelar sig mycket mer centralt. I synnerhet alliansavbrott och reparation av dessa ses som nyckelmoment i terapin. Likheter är således större om man skulle jämföra MBT med schemafokuserad kognitiv terapi eller ACT.

Att enligt KBT-modell arbeta med automatiska tankar och dess mer funktionella alternativ kan också beskrivas som att utveckla sin mentaliseringsförmåga medan man i KBT troligen skulle tala om metatänkande eller kanske om medveten närvaro (7). I MBT vill man bidra till att patienten oftare mentaliserar explicit och på det sättet får fler mentaliseringsalternativ till hands. Den uppenbart gemensamma nämnaren mellan terapiformerna är att patienten ökar sin benägenhet till självreflektion och ökar sin benägenhet att "trycka på pausknappen".

–"Oj, var kom den tanken ifrån?" eller –"Vänta lite nu, det här är ju en sån där situation vi talat om där jag kan backa lite och se om det finns flera alternativ än att göra X".

I KBT kan patienten ha förberett alternativa tankar som hemuppgift eller under en session och prövar dem sedan i en problemsituation. I MBT menar man att själva aktiviteten, att vara öppen för flera alternativ, är fullt tillräckligt.

Beteendeanalys och beteenderiktade interventioner saknas i MBT och det har varit en av de mer påtagliga skillnaderna för mig. T ex självskada utan suicidintention tas i MBT upp som en mentaliseringssituation bland andra. Trots det så har MBT i ovan nämnda studier visat sig

minska även självskada och impulsivitet (1,2,3,4). I DBT har självskada istället mycket hög prioritet och man arbetar beteendeoriktat med att hitta alternativa beteenden till självskada. Kan alltså två så olika arbetssätt ge liknande resultat?

Det har varit lätt att förstå grundprinciperna för mina terapeutiska uppgifter i teamet. Däremot är det emellanåt tydligt att enkla principer inte är likställt med enkelt utförande. Min egen erfarenhet så här långt är att det går att ha en bakgrund i KBT och utöva MBT men man bör läsa in sig på anknytningsteori och förstås gå MBT-utbildningen (3+2 dagar). Det är också min förhoppning att de båda metoderna kan befrukta varandra.

/Peder Björling, MBT-teamet Huddinge
peder.bjorling@sll.se

1. Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. (*American Journal of Psychiatry* 156: 1563-1569)
2. 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)
3. Bateman, A. & Fonagy, P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. (*American Journal of Psychiatry* 160: 169-71)
4. Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. (*American Journal of Psychiatry* 165(5): 631-638)
5. Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. (*Journal of Clinical Psychology*.62(4):411-30)
6. Ryden, G. & Wallroth, P. (2008). Mentalisering – Att leka med verkligheten (Natur & kultur)
7. Björgvinsson, T & Hart, J (2006). Cognitive behavioural therapy promotes mentalizing. (*Handbook of mentalization-based treatment*. 157-169) (Wiley & Sons)