

## Psykoterapeutisk teknik 1

Maria Wiwe  
Leg. psykolog  
MBT-teamet Huddinge  
[Maria.wiwe@mbtsverige.se](mailto:Maria.wiwe@mbtsverige.se)  
[www.MBTsverige.se](http://www.MBTsverige.se)

## Mentalisering – en känslösam historia

- MBT-terapeutens uppgift är inte att lära sin patient tänka rätt. Mentalisering är i första hand en känslomässig process och det terapeuten i första hand skall göra är att hjälpa sin patient att mentalisera känslan.
- Det är det vi gör när vi utgår från grunden att vi arbetar i en anknytningsrelation med vår patient...återkommer till detta.

## Observera att...

- Bateman och Fonagy – och inte heller vi i Huddinge för den delen – har hävdat att mentalisering oh anknytning är något nytt! Men MBT-behandlingen erbjuder en behandlingsmodell som har ett koncentrerat fokus på just detta! Och det är ju bra!

## Mål med behandlingen, mål för det terapeutiska arbetet

- Att stärka mentaliseringsförmågan kring den egna personen
- Att stärka mentaliseringsförmågan kring andra personer
- Att stärka mentaliseringsförmågan kring relationer
- Alltså INTE insikt!

## De tre förutnämnda punkterna om förbättrad mentaliseringsförmåga kommer till genom att;

- Identifiera och arbeta med din patients mentaliseringsförmåga
- Fokusera på inre tillstånd hos din patient och hos dig själv.
- Presentera dessa inre tillstånd för din patient
- Vidmakthåll detta fokus genom alla olika känslolägen som uppstår i terapin

## Bateman och Fonagy säger...

- "Vi känner inte till något annat sätt att stimulera mentalisering i eller utanför terapin – än att du själv ser till att mentalisera. Din förmåga att stimulera en mentaliserande process, är nyckeln till en fungerande interaktion med andra." (ungefär så...min egen översättning).

### Så var det det här med att arbeta i en anknytningsrelation...

- Hela MBT-modellen bygger på att människan blir till i sina anknytningsrelationer.
- Det finns massivt stöd för att otrygg anknytning föranleder nedsatt mentaliseringsförmåga och BPD-symtom (Fonagy et al. 1996).
- Det är i de nära anknytningsrelationerna skadorna skett och det är i en ny trygg sådan de kan repareras.
- Vi är alla vandrande anknytningssystem.

### ...så alla vet vi att Bolwby är hjälten!

- Med alla patienter i allmänhet, och kanske kanske med BPD-patienter i synnerhet är Bolwby's (1988) trygga bas det absolut primära målet. Utan den kan vi inte arbeta.
- Strävan att skapa en miljö som skulle vara optimal för *ett barns* utveckling av mentaliseringsförmågan = Trygg anknytning och optimalt känslomässigt påslag (ljummet, inte för mycket och inte för lite).
- I en sådan miljö kan patienten få en chans att mentalisera under känslomässigt påslag.

### ...för att

- Behandlingen kommer att ställa krav på mentaliseringsförmågan – behandlingen går inte ut på att bara ge trygghet! Utan det alltförskuggande målet i och med denna behandling är alltid att förbättra mentaliseringsförmågan och särskilt under emotionell press. Och allra allra helst när anknytningsbehov är uppladdade!

### Ett barn...

- ...som växer upp i en kontext av svåra erfarenheter i tidiga anknytningsrelationer, får inte chansen att utveckla en robust mentaliseringsförmåga. Barnet kommer att lida av utvecklingsbrister i affektreglering, koncentrationsförmåga och i möjligheten att uppfatta andra människor.

### Den vuxne...

- ...som bär med sig dessa svårigheter in i vuxenlivet kommer i förlängningen av detta, precis som det lilla barnet, lida av förhöjda anknytningsbehov.
- Förhöjda anknytningsbehov framkallar intensiva affekter och mentaliseringskollaps. Personen hamnar då i de prementaliserande lägena (teleologiskt tänkande, psykisk ekvivalens och låtsasläge). Projektiv identifikation ("the alien self") är då vanligt förekommande. I och med aktiveringen av "the alien self" hettas anknytningsbehoven upp än mer.

- Som MBT-terapeut skall du erbjuda en trygg anknytningsrelation till dessa patienter där mentalisering lärs ut genom övning.
- Inom ramen för denna trygga anknytningsrelation kommer mentaliseringsnivån att svikta. Det är din uppgift som terapeut att ha stenkoll på detta. Dina interventioner (som vi kommer till senare) skall vara anpassade efter den mentaliseringsnivå din patient befinner sig på.
- Att smida medan järnet är ljummet.

## "Being mentalized" = oxytocinpåslag

- Fonagys nya uppmaning till MBT-terapeuter (London, mars 2009); "Låt ta blodprov före och efter sessionerna för att undersöka om oxytocinnivån ökat. Det är ert jobb – att se till att det produceras mer oxytocin i era patienters blod!"
- Being mentalized = när en annan människa har dig och ditt sinne i sitt sinne.

## Viktigaste skillnaderna MBT och DBT

- Teoretisk bakgrund; anknytningsteori vs beteende – och inlärningsteori.
- Inom MBT gör vi ej beteendeanalys. Vårt fokus är det *känslomässiga* och *interpersonella sammanhang* som föregår en mentaliseringskollaps.

## Bateman & Fonagy understryker särskilt följande fyra...

1. Impulsivitet
2. Affektreglering
3. Relationsproblem
4. Identitetslöshet

# Problem med mentalisering kan kopplas till alla dessa.

# Typiska mentaliseringsproblem associerade med BPD kan vara direkta konsekvenser av att inte uppfatta det mentala tillståndet hos en annan människa eller att "falla tillbaka" i något av de tre icke-mentaliserande lägena.

## Och som en naturlig följd...

- ...av dessa svårigheter upplever patienterna ett mycket ostabil själv. En tydlig och ihållande instabil självbild och känsla av identitet.
- Självet som en process – nära relaterat till autonomi/självständighet.
- För en stabil självbild eller stabil identitetskänsla krävs en någorlunda god mentaliseringsförmåga.
- En klinisk implikation detta för med sig för MBT-terapeuten är vikten av att förmedla till patienten att han/hon finns i ditt sinne även mellan terapissessionerna.
- Inga kontrakt

