



Psykiatrisk fysioterapi med afsæt i mentaliseringsbaseret terapi

skrevet af ledende fysioterapeut Lone Katballe og overlæge Aksel Grosen, Psykiatrisk afdeling Middelfart - 13.02.2014

Artiklen præsenterer de overordnede principper bag mentaliseringsbaseret terapi og hvordan denne tilgang kan inddrages i psykiatrisk fysioterapi. Der præsenteres en fælles tværfaglig forståelse af, hvordan psykiatrisk fysioterapi med afsæt i MBT kan gøre en forskel i behandlingen af psykisk lidelse. Dette illustreres ved to cases.



På psykiatrisk afdeling i Middelfart blev der i 1986 etableret en afdeling med psykiatrisk fysioterapi, som tog udgangspunkt i den nordiske psykomotoriske tradition med Ressourceorienteret Kropsundersøgelse (ROK) og -behandling (1,2) og Basic Body Awareness Therapy (BBAT) (3,4) samt tilhørende Body Awareness Rating Scale – Movement Harmony (BARS-MH) (5).

Det har været en udfordring at finde et teorisæt, som kunne beskrive, hvilken rolle det kropslige aspekt spiller i psykisk lidelse, og som samtidig kunne forstås og anvendes af andre faggrupper end fysioterapeuter.

Med mentaliseringsbaseret terapi (MBT) har vi fundet et fælles teoretisk fundament, som har hjulpet os til at identificere og behandle patienter, der ikke har ord til at beskrive deres psykiske lidelse.

Disse patienter bliver nu henvist til behandling primært i fysioterapeutisk regi tidligt i deres behandlingsforløb i psykiatrien. Ofte umiddelbart efter forsamtale hos psykiater.



Lone Katballe er ledende fysioterapeut på Middelfart psykiatrisk afdeling, hvor hun har været ansat siden 1999. Har i flere år samarbejdet med

Ligeledes er der opstået en fælles forståelse for, at det er væsentligt at skelne mellem dem, der har brug for at øge deres aktivitetsniveau og dem, der har brug for støtte til at blive bremsede i overaktivitet. Kombinationen af psykiatrisk fysioterapi og MBT er fortsat under udvikling.

Mentaliseringsbaseret terapi er en psykoterapiform, som er udviklet af bl.a. Fornagy, P. og Bateman, A. i 1990'erne (6). Metoden er evidensbaseret (7,8,) og anvendes fortrinsvis af psykiatere og psykologer.

Overordnet handler MBT om at bedre patientens evne til at lære sine emotioner og følelser at kende; at tolerere og udholde disse; at reflektere over og se sine emotioner og følelser i en meningsfuld sammenhæng og sætte ord på disse. Det vil sige at mentalisere.

Ordet "emotion" anvendes kun ved ubevidste processer, for eksempel når vreden udtrykkes via kropslige symptomer eller handlinger. Ordet "følelse" anvendes kun ved bevidste processer, når vi for eksempel mærker og oplever vrede.

I det følgende præsenteres en erkendelsesmæssig udviklingsproces i fem niveauer (Richard D. Lane (9), som er en del af det teoretiske grundlag i MBT.

På de tre øverste niveauer, det vil sige niveau 5,4 og 3, beskrives en følelsesmæssig udviklingsproces.

På de to nederste niveauer, niveau 2 og 1, er emotionerne i spil. De fem niveauer er som trappetrin, hvor der sker en personlig udvikling for hvert trin, således at den psykiske forståelse og udtryksform grundlæggende forandres fra trin til trin.

Behandlingsmæssigt er niveau 1,2 og 3 de mest interessante set ud fra en psykiatrisk fysioterapeutisk synsvinkel. Derfor vil de blive gennemgået mere detaljeret i denne artikel.

Femte niveau - markant mentalisering

Følelser kommer bevidst til udtryk gennem oplevelse, erkendelse og beskrivelse af komplekse og differentierede tilstande og følelser. Man kan også opleve, adskille og nuancere følelser såsom foragt (en blanding af vrede og afsky), jalousi, misundelse, skam, skyld og medfølelse.

På et højt mentaliseringsniveau kræves endvidere, at man opretholder refleksions- og mentaliseringsevnen under følelsesmæssige pressede omstændigheder, som for eksempel meget vrede.

Det vil sige en tilnærmelse til følgende ideal beskrevet af Aristoteles: At udtrykke følelserne på det rette tidspunkt; på en afstemt måde; overfor det rette menneske. Man kan bibeholde en refleksiv holdning i alle sammenhænge og kan forstå tingene i et udviklingsperspektiv.

Følgende ordveksling er et eksempel på markant mentalisering:

Terapeut: Hvorfor tror du, dine forældre opførte sig på den måde?

Patient: "Mine følelser lige omkring det har forandret sig nogle gange. Før tænkte jeg, at de gjorde det fordi, de troede, det var det bedste for os, selv om det ikke var det, vi ville. De troede, vi ville sætte pris på det senere.

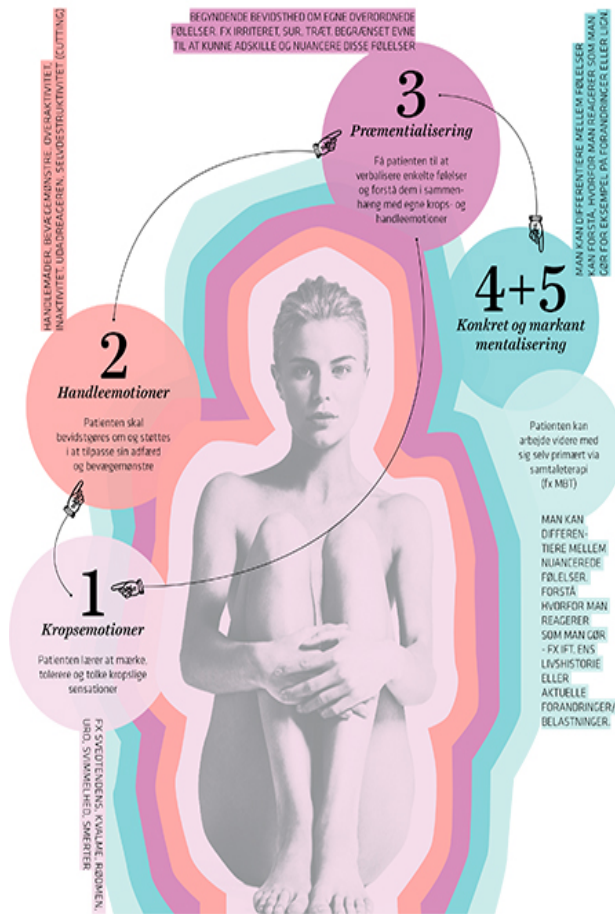
overlæge Aksel Grosen. Hun gennemførte i 2003 en Pædagogisk Diplomuddannelse i psykologi. Hovedopgaven "Kompetenceudvikling for patienter i psykiatrien" kan downloades fysio.dk/fafo/Afhandlinge



Aksel Grosen er overlæge på Psykiatrisk Afdeling Middelfart siden 1992. Speciallæge i psykiatri. Uddannet som individuel terapeut og gruppeterapeut. Godkendt supervisor (Dansk Psykiatrisk Selskab og Dansk Psykologforening). Afdelingen har de sidste syv år bevæget sig fra relationsbehandling til mentaliseringsbaseret terapi. Uddannet i MBT på Anna Freud Centret i London.

Så følte jeg, at de begge havde gjort, hvad de selv ville, og det som passede dem, og lod som om de troede, det var det bedste.

Nu hvor jeg har fået egne børn, ser jeg, at det er vanskeligt at skille tingene ad. At de gjorde det så godt de kunne, med de forudsætninger de havde. Selvom noget af det de gjorde ikke var godt for os."



Grafik: Mette Funck

Fjerde niveau - konkret mentalisering

På dette niveau kan man bevidst differentiere mellem og modulere forskellige følelser, men risikerer ofte at miste denne evne under følelsesmæssige pressede omstændigheder.

Der er en vis sammenhæng i ens egen følelsesmæssige erfaring, og man kan forestille sig, hvordan andre vil reagere i en given sammenhæng.

Et eksempel på dette niveau kunne være en patient, som tidligere har fungeret som skolelærer, og som nu er i erhvervspraktik på en kirkegård.

Hun får tilkendt flexjob og er umiddelbart rigtig glad for dette, men indimellem har hun nogle depressive perioder. Hun kan dog godt reflektere over, at dette kan relateres til tabet af sin oprindelige funktion som skolelærer, og hun kan rumme både glæde og sorg på samme tid.

Tredje niveau - præmentalisering

Der er en begyndende bevidsthed om ens egne følelser, og disse opleves ofte gennem enkelte overvældende tilstande. Man er for eksempel enten lykkelig, sur eller træt.

Variationen af bevidste følelser er begrænset og beskrivelsen af dem er noget stereotyp. Evnen til at nuancere og differentiere følelserne er begrænset og en enkelt bevidst følelse såsom surhed kan således dække over både tristhed og vrede.

Et eksempel på dette er en patient, som igennem en uge har følt sig trist og træt.

Terapeut: "Er der hændt noget i ugens løb, som kan forklare det?"

Patient: "Nej".

Terapeut: "Er der ting, du har været udsat for?"

Patient: "Nåh jo, jeg var udsat for en trafikulykke forrige weekend, hvor jeg troede jeg skulle dø, men det havde jeg helt glemt igen".

Følelsesmæssig kommunikation med omverdenen er temmelig sparsom. Man misforstår ofte andre og kan have svært ved at tåle eller udholde andres måder at være på. En patient kan i en gruppe synes, at det er voldsomt generende og forstyrrende at høre de andres vejrtrækning eller opleve, at det er meget belastende at skulle lytte til, hvad andre har at fortælle.

Andet niveau - handleemotioner

Handleemotioner kommer til udtryk igennem motorisk adfærd som handlinger og bevægemønstre. Det kan være i form af overaktivitet, betydelig inaktivitet, udadreageren eller selvdestruktivitet (cutting).

Kropsemotioner håndteres ubevidst gennem kropslige handlinger, som udspringer af en overordnet ubevidst fornemmelse af velvære/ubehag, hvor formålet med handlingerne er at øge velvære og minimere ubehag.

Stress og andre følelsesmæssige belastninger mærkes som ubehag, mens motion eller anden form for aktivitet ofte reducerer ubehaget og kan endog give velvære. Personen er minimalt bevidst om andres oplevelser, og der ses en tendens til, at personen gør som andre gør uden at være bevidst om det.

På dette niveau sker emotionel kommunikation med omverdenen således gennem kropslige handlinger, det vil sige automatisk og non-verbalt.

Følelserne handlemæssige udtryk er som følger:

Kategorifølelse	Handleemotion
Tristhed	= Gå ind i sig selv
Vrede	= Angribe, slå og sparke
Afsky	= Undgå og vende sig væk
Overraskelse	= Lammelse efterfulgt af panik
Frygt	= Løbe væk, stikke af
Glæde	= Gøre det samme igen og igen
Accept	= Opsøge, vende sig imod den anden

Første niveau - kropsemotioner

På dette niveau viser kropsemotioner sig gennem kropslige sensationer og symptomer. Andre ord for dette er hypokondri, funktionelle lidelser og somatisering.

Emotionerne håndteres af det autonome nervesystem gennem sensomotoriske reflekser med involvering af glat muskulatur. Ligeledes aktiveres det neuro-endokrine system.

Det betyder, at man udefra kan observere de følelsesmæssige tilstande i ansigtsudtryk og kropsudtryk samt via vegetative reaktioner (f.eks. rødmen, svedtendens), men personen er ikke selv bevidst om dette.

Stress og andre følelsesmæssige belastninger mærkes kun som kropslige fornemmelser og udtryk, hovedsagelig kropslige symptomer (f.eks. uro, svimmelhed, smerter).

På dette niveau udviser personen ikke forståelse eller interesse for andres oplevelse. Emotionel kommunikation med omverdenen sker således hovedsagelig gennem kropslige udtryk, det vil sige automatisk og non-verbalt.

Følelserne kropslige udtryk er som følger:

Kategorifølelse	Kropslige emotioner
Tristhed	= Klump i halsen, tung og træt
Vrede	= Anspændthed og hjertebanken
Afsky	= Kvalme og opkastninger
Overraskelse	= Lamslået, forstenet
Frygt	= Hjertebanken, uro i maven
Glæde	= Lethed
Accept	= Rolig og veltilpas

Når patienten ikke kan nå med samtaleterapi

Vi beskriver her et teorisæt, hvor fysioterapeuten tager udgangspunkt i det kropslige plan og lader ændringerne forplante sig videre til kognitive og psykiske processer. Der arbejdes med at skabe forandringer subkortikalt, så disse kan virke ind på højere neokortikale niveauer.

Når fysioterapeuten supplerer sin psykomotoriske behandling med MBT, giver det en retning for den udvikling, som behandlingen gerne skulle støtte patienten i.

På niveau **1, kropsemotioner**, hvor de kropslige symptomer fylder meget, støttes patienten i at registrere, regulere og tolerere disse og se dem i sammenhæng med følelsesmæssige tilstande.

På det næste **niveau 2, handleemotioner**, er der fokus på, hvordan patienten handler, når han/hun domineres af kropslige emotioner. Fysioterapeuten kan spejle og bevidstgøre patienterne om, hvilke handlinger og bevægemønstre de ubevidst gør brug af, og hvilke følelsesmæssige tilstande de kan være udtryk for.

Teorisættet gør det også tydeligere, hvilke patienter der kan være relevante at henvise til psykiatrisk fysioterapi med fokus på MBT. Der kan fremhæves tre overordnede problemområder:

1. Patienter, som ikke kan sætte ord på deres lidelse og ej heller kan profitere udelukkende af verbal terapi.
2. Patienter, hvor de kropslige symptomer dominerer tilværelsen så meget, at der ikke er psykisk overskud til at indgå i en verbal terapi.

3. Patienter, hvor aktivitetsniveauet er hæmmende/destruktivt for deres hverdag (enten for meget eller for lidt).

En gevinst i det tværfaglige samarbejde

Vi tænker, at det mere er symptombilledet end den specifikke psykiatriske diagnose, der afgør, om denne behandling kunne være relevant for patienten. Hvis patienten opfylder et af ovennævnte kriterier og er motiveret for en kropslig tilgang, vil metoden kunne tilpasses en del psykiatriske diagnoser.

Det er forskelligt, hvor længe et behandlingsforløb varer. Nogle patienter går ind i en forandringsproces i løbet af få ganges behandling, andre kan ikke umiddelbart overføre metoderne fra behandlingen til deres hverdag.

De kan have brug for et prøvebehandlingsforløb, hvor de måske først efter 6-8 gange oplever at det giver mening. Et individuelt forløb vil typisk strække sig over 4-12 gange og afsluttes ofte med et gruppeforløb på 8-12 gange.

De beskrevne cases giver eksempler på, hvordan psykiatrisk fysioterapi med afsæt i MBT, via en praksisbaseret læring, kan hjælpe patienten til at lære sine egne krops- og handleemotioner samt følelsesmæssige reaktioner at kende.

Samtidig illustreres også en forståelse for, hvor væsentligt det er, at mennesker med psykisk lidelse kan opleve sig mødt og anerkendt i et samvær, der ikke kræver en høj verbaliseringssevne i begyndelsen.

At der ligger mange vigtige informationer i nonverbale kropslige udtryk og handlinger, som kan modereres og tages hånd om, så arousal-niveauet bliver til at holde ud at være i for den enkelte patient.

På denne måde kan der komme så meget ro og tillid i relationen, at det bliver muligt for patienten at udvikle sig. På de første tre niveauer, hvor den psykiatriske fysioterapi er særlig anvendelig, vil patienten kunne få hjælp til at komme i gang med et mere aktivt liv med fritidsinteresser, evt. skole eller arbejde.

Den fysioterapeutiske behandling kan støtte patienten til bedre at mærke og kommunikere verbalt helt overordnede følelsesmæssige oplevelser til sine omgivelser samt bibringe patienterne troen på, at de kan lære redskaber til selvregulering og blive mere "herrer i eget hus".

Arbejdet med at kombinere psykiatrisk fysioterapi med MBT har bidraget til, at den fysioterapeutiske behandling er blevet mere integreret i det samlede behandlingstilbud af især patienter med personlighedsforstyrrelser.

Det er blevet præciseret, hvornår og hvordan den fysioterapeutiske behandling skal inddrages, og dette har skabt et nyt grundlag for samarbejde mellem de tværfaglige behandlere. Budskabet er, at ovenstående metoder kan anvendes og gøre en forskel, når patienterne ikke har haft ord, eller når ordene ikke har slået til.

Case 1. Mand med angstsymptomer

Bo er 47 år. Han henvises til psykiatrisk fysioterapi på grund af angst med kropslige symptomer.

For yderligere oplysning

For yderligere oplysning om kurser, supervision mv. kontakt Aksel Grosen: aksel.grosen@rsyd.dk Eller Lone Katballe: lone.katballe@rsyd.dk

Nordisk konference

I maj 2014 afholdes en nordisk tværfaglig konference om MBT i København. Læs mere på www.forumformentalisering.dk

Han profiterer ikke af samtaleterapi. Bo har aldrig oplevet at få noget positivt ud af at dele sine tanker og følelser med andre, og han beskriver mange belastende forhold i sit liv uden at være særlig følelsesmæssigt påvirket af dem.

Han har altid været en yderst aktiv og driftig mand med mange bolde i luften. Nu kan han ikke længere varetage sit arbejde og er sygemeldt. Han styrketræner med tunge vægte 2-3 timer dagligt.

Fysioterapeuten undersøger Bo med BARS-MH, som viser, at Bos bevægelser bærer præg af forstyrrelser i den samlede bevægelsesharmoni. Han holder vejret og har et stift og mekanisk bevægelsesmønster samt tendens til at overdrive bevægelserne, så han mister balancen.

Bo formår at være nærværende i undersøgelsen og kan beskrive, hvad han mærker fysisk i sin krop, men beskriver ikke de følelser, der er forbundet med kroppens reaktioner.

Med udgangspunkt i MBT tyder det på, at Bo har levet det meste af sit liv på niveau 2, hvor han har handlet sig igennem enhver situation uden at forholde sig følelsesmæssigt til sig selv eller den måde, han har levet sit liv på.

Han er nu nået til et punkt, hvor han ikke længere kan fortsætte i det samme tempo arbejdsmæssigt. Han forsøger stadig at holde fast i sit sædvanlige mønster via daglig hård styrketræning, som tenderer til at være selvdestruktiv.

Han befinder sig aktuelt helt nede på niveau 1, hvor han domineres af kropsemotioner med anspændthed, hjertebanken, uro i maven og hele kroppen, der kan tolkes i retning af vrede og frygt.

Det overordnede mål med behandlingen er at lære Bo at kommunikere med sine omgivelser om, hvordan han har det, så han ikke er nødt til at blive ved med at handle sig ud af følelsesmæssige belastninger på den samme destruktive og opslidende måde (komme op på tredje niveau for præmentaliserings).

Delmålene for at opnå dette er bl.a.:

- bevidstgørelse og lindring af kropsemotionerne (anspændthed, hjertebanken, uro)
- opøve evnen til at tolerere og udholde disse ubehagelige kropsemotioner
- at lære en mindre selvdestruktiv måde at træne på
- at støtte Bo i at mentalisere sine kropslige udtryk og handletendenser over i kategorialfølelser
- at støtte Bo til at se sine affekter (såvel emotioner som følelser) i sammenhæng med sin livshistorie og aktuelle livssituation.

Bo får individuel fysioterapi en gang om ugen i tre måneder, hvor der arbejdes med B-BAT øvelser samt et MBT-fokus.

Fysioterapeuten prøver via sin samtale bevidst at understøtte Bos udvikling på niveauerne for emotionel og følelsesmæssig bevidsthed.

I forbindelse med behandlingen begynder han at blive bevidst om sine kropsemotioner og kan så småt tolerere at mærke dem uden at være nødt til at handle sig ud af det.

Bo anvender B-BAT øvelser hjemme og i sin træning på motionscentret, da han oplever, at det giver ham ro og veltilpashed. Fysioterapeuten observerer, at Bos krop giver slip, vejrtrækningen bliver rolig og rytmisk og hans kropslige uro dæmpes.

Bo begynder at se sammenhæng mellem sine kropslige symptomer og den angst og vrede, han har i sig.

Han overgår til et gruppeforløb på tre måneder, hvor der arbejdes med B-BAT.

I gruppen har Bo glæde af at dele de oplevelser, han har undervejs med de andre. Han får så småt øje på, hvilke følelser der er ligger bag hans adfærd. Det er for eksempel vreden, der får ham til at gennemføre en ekstrem og destruktiv træning og jager ham fra det ene gøremål til det andet.

Bo øver sig i at blive i det, der er svært, acceptere egne begrænsninger, turde dele lidt af sig selv med andre, sætte tempoet ned og mindske niveauet i træningen.

Efter et halvt års behandling oplever man ham flere gange højlydt og aggressivt fortælle om aktuelle oplevelser, som gør ham vred.

Han stopper selv op undervejs i disse samtaler og reflekterer over, hvor vred han er, og hvordan det kommer til udtryk. "Hold da op, hvor taler jeg højt, det er bare fordi jeg er så vred".

I behandlingsteamet vurderes det, at Bo er klar til en verbal kognitiv adfærdsterapeutisk tilgang, og han tilknyttes psykologernes angstgruppe sideløbende med samtaler med psykiater.

Case 2. Ung kvinde med personlighedsforstyrrelse

Ida er en ung pige på 21 år, som henvises til psykiatrisk fysioterapi, da lokalpsykiatrien ikke kan komme videre kun med samtaler, hvor hun adspurgt udelukkende svarer henholdsvis "det ved jeg ikke" og "jeg er ligeglad".

Ida vurderes til at have en uspecificeret personlighedsforstyrrelse. Hun er ophørt både med gymnasiet, fritidsjob og aktiviteter og sidder hjemme isoleret på sit værelse hele dagen.

Ida møder op til fysioterapeutisk vurdering. Undersøgelsesmæssigt gennemføres såvel ROK som BARS-MH.

Ida virker meget anspændt og har trukket sig helt ind i sig selv. Vejrtrækningen er nærmest ikke synlig, holdningen er fleksionspræget, muskulaturens stivhedsgrad veksler mellem at være meget spændt kontra slap, og der registreres et fuldstændigt slip under passiv bevægelse (helt livløst).

Ida har udtalt nedsat kontakt til sig selv, såvel fysisk som følelsesmæssigt. Det er karakteristisk for hende, at tårerne ofte triller ned af kinderne, uden at hun selv ved hvorfor, og at hun ikke kan bekræfte, at hun er trist.

Der ses dog en del ressourcer i BARS-MH, hvor hun selv er aktiv i øvelserne. Især i stående øvelser liver Ida op og udviser noget engagement, flow og frihed i sine bevægelser.

Når fundene relateres til MBT, viser kropsemotionerne sig som anspændthed og forstening, hvilket Ida ikke selv fornemmer.

Hun kan ikke verbalisere vrede og overraskelse. Hendes handleemotioner træder frem ved, at hun går ind i sig selv og ind imellem kan virke helt lammet. Overraskelse og tristhed kobles til denne adfærd.

Ida er dog "ligeglad", når der tales om hendes aktuelle livssituation, men tårerne triller.

Der ses nogle ressourcer, når hun arbejder aktivt med kroppen hos fysioterapeuten. Hun ændrer adfærd og kan blive i den samme øvelse i længere tid og samarbejde med fysioterapeuten.

Disse handleemotioner afspejler mere glæde og accept. Det overordnede mål med behandlingen er, at Ida lærer sine emotioner/følelser bedre at kende, så hun bliver bevidst om at få skabt sig en mere indholdsrig hverdag. Delmålene er bl.a.:

- at stimulere Idas kontakt til sig selv
- at træne hendes evne til at registrere egne krops- og handleemotioner
- at støtte Ida til at komme ud af sin isolation
- at træne en begyndende evne til at verbalisere overordnede kategorialfølelser koblet på krops- og handleemotioner.

Ida modtager individuel fysioterapi en gang om ugen i et halvt år. Der arbejdes med aktive øvelser, som hun er motiveret for (rulleskøjter, stepserie til selvvalgt musik, selvvalgte øvelser) samt massage uden på tøjet.

Samtidig har fysioterapeuten vedvarende fokus på at hjælpe Ida med at sætte ord på det, hun mærker undervejs i træningen samt de reaktioner, hun udviser.

Efter et par måneder tager Ida initiativ til at starte op i en lokal gymnastikforening to gange om ugen.

Efter 5-6 måneders behandling begynder Ida at blive opmærksom på det, hun mærker i kroppen. Hun kan begynde at finde sin fysiske grænse i forskellige øvelser. Hun kan endnu ikke sætte det, hun mærker, fysisk i sammenhæng med kategorialfølelser.

Når hun præsenteres for noget nyt i fysioterapien, er hendes handletendenser tydelige (undgåelse, trækker sig ind i sig selv), og hun begynder selv at kunne se dette.

Ida prøver bevidst at arbejde med sin adfærd i hverdagen ved at være opsøgende og imødekommende overfor sociale kontakter samt aktiviteter ud af hjemmet.

Behandlerteamet prøver at sluse Ida over i en træningsgruppe i fysioterapien, men det er meget svært for hende at fungere i denne sociale sammenhæng. De samme krops- og handleemotioner, som dominerede ved forløbets start, træder frem igen, men nu begynder Ida imidlertid at give udtryk for følelserne, der er forbundet med dem.

Hun fortæller på eget initiativ fysioterapeuten om, hvor svært fysisk hun synes, det er, og hvor svært det er fysisk, at hun føler sig meget anderledes end de andre, og at hun bliver irriteret på de andre.

Det lykkes ikke at starte Ida op i træningsgruppen. Hun afsluttes i fysioterapien, men fortsætter hos sygeplejerske og psykiater med verbal mentaliseringsbaseret terapi, da hun nu er nået niveauet for en begyndende præmentaliserings.

En komplet litteraturliste kan downloades her