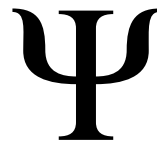




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



*And Now for Something Completely Different
(And Still the Same)*

-

Er Mentalisering en Fundamental Faktor i Psykoterapi?

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Oskar Blakstad
Tone Eide
Øivind Johnsen**

Høst 2008

Veiledet

Helge Holgersen

Takk til

Vi vil rette en spesiell takk til vår veileder, Helge Holgersen, for noe av den beste veiledningen vi har hatt på studiet.

En stor takk til Helene Flood Aakvaag og Øivind Johnsen senior for gode innspill om forbedring av rettskriving og tekst.

I tillegg vil vi gjerne takke våre samboere, kjærester og familie for støtte og tålmodighet i skriveprosessen. Spesielt nevner vi Ida, Odette, Jorun, Alva og Helle. Vi takker også Bård Stokke og Håvard Helgesen for mange gode bidrag og innspill.

Vi takker Hanneli for all hjelp og støtte frem til hennes bortgang november 2008.

Abstract

The present paper attempts to provide a better understanding of the concept of mentalizing, and its usefulness in psychotherapy. Allen, Fonagy and Bateman (2008) claim that mentalizing is the most fundamental common factor in all psychotherapeutic treatments. To explore whether this is true, we discuss how to differentiate between malfunctioning and normal mentalizing and further how all psychotherapeutic approaches might depend on this capacity to mentalize. It is concluded that mentalizing can be in understanding the therapist as a factor in all psychotherapeutic treatments and in recognizing the value of structure in the elaboration of psychotherapy. However, mentalizing should be defined more narrowly to help clinicians to differentiate it from other important factors in psychotherapy.

Sammendrag

I denne oppgaven tar vi for oss anvendbarheten av konseptet mentalisering i klinisk praksis. Vi drøfter skillelinjene mellom gode og dårlige mentaliseringsevner og ser på hvordan slike evner kan utvikles, i livet generelt og i psykoterapi spesielt. Vi drøfter hvorvidt det er rimelig å hevde, slik Allen, Fonagy og Bateman (2008) gjør, at mentalisering er den mest fundamentale faktor i psykoterapi. Vi konkluderer med at mentalisering kan tilføre noe til psykisk helsevern, spesielt når det gjelder terapeutfaktoren og de strukturelle rammebetingelsene. Begrepet bør imidlertid defineres og avgrenses smalere, slik at klinikere lettere kan skille konseptet fra andre viktige faktorer i psykoterapi.

Innledning

Mentalisering viser til evnen til å forstå egne og andres tanker og følelser samt å forstå at andre handler på bakgrunn av mentale tilstander. Mentalisering er en fortolkende prosess som skaper mening for individet. Gode evner til å forstå intensjoner, følelser og tanker, gir bedre sosial fungering og kan gi beskyttelse mot mentale lidelser.

Mennesker fremviser en fascinerende smidighet i sosiale interaksjoner. Når noe går galt, og vi sitter igjen med følelser som vi ikke får tak på, opptar dette ofte mye tankevirksomhet. Det er vanskelig i ettertid å forstå hvorfor det var så vanskelig; "Hva var det som gjorde at jeg ble så sint?" eller "Jeg ble satt helt ut da han sa det".

Mennesker kan fange opp atmosfæren i et rom, uten å vite akkurat hva som er årsaken til stemningen. Når den man snakker med er sur, så *bare skjønner* man det. Man går gjerne fra å implisitt anta hva den andre tenker, til å eksplisitt lure på årsakene til at den andre er sur: Hvem er personen sur på? Er det jeg som har gjort eller sagt noe som har såret ham? Er han virkelig sur? Vi kan bruke mye krefter og fantasi på å forstå mentale tilstander fordi vi er opptatt av årsakene til våre antagelser: God toveis kommunikasjon går ut på å vekselvis fortelle, undersøke og høre etter. Dette gir oss innblikk i det mentale som foregår og mulighet til å kalibrere og utforske misforståelser.

Avvik fra våre forventninger blir tydelige først når de inntreffer. Et eksempel kan være når noen ikke forstår metaforer; det å føle seg overkjørt trenger ikke å ha noe med trafikk å gjøre. Når vi sier at noen er "hårsår" beskriver vi ikke hodebunnen til vedkommende. Mange trekker på smilebåndet av en reklamefilm for ost, hvor mannen prøver å avslutte forholdet og damen spør undrende hva han mener med at de har "vokst fra hverandre"; hun var jo ferdig utvokst da hun var 15 år. Vi forventer at folk flest forstår enkle ordspill. Hva er det som gjør at noen individer har vanskeligere for å forstå metaforer?

Når små barn krangler høylydt om hvem som skal ha en bestemt leke, vitner deres atferd om at mentalisering er noe som utvikles over tid. Eldre barn har i større grad lært at det straffer seg å utelukkende prøve å få tilfredsstilt egne behov på bekostning av andre. Denne læringen ser man for eksempel på barneskolen, hvor de barna som er for selvsentret, gjerne mister sin popularitet. Hva er det som gjør at et flertall av de andre elevene er i stand til å samarbeide med andre?

Bateman og Fonagy (2004a, 2004b, 2006) utviklet i utgangspunktet mentaliseringsbasert behandling (MBT) som en spesifikk terapi for borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) fordi man anså sviktende mentalisering som et kjerneproblem hos individer med denne diagnosen. Bateman og Fonagy (2004b) sier selv: "(...) BPD can be understood in terms of the absence or impairment of the capacity for (...) mentalization (...)" (side 58). I løpet av de siste 10 årene har det blitt publisert stadig flere artikler og bøker om mentalisering. Av 454 artikler i PsychInfo som har enten nøkkelordet "*mentalization*" eller "*mentalizing*" i tittelen eller abstractet, er 353 fra 2002 eller senere. Mentalisering brukes nå i behandlingen av et spekter av problemer/diagnoser, for eksempel spiseforstyrrelser (Skårderud, 2007), familieterapi (Safier, 2003) og i rusbehandling (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Kan mentaliseringsvansker være et sentralt aspekt ved flere psykisk lidelser? Er evnen til mentalisering en allmenn faktor som påvirker psykisk helse i større grad enn tidligere antatt? Man kan tenke seg at gode evner til å mentalisere gir bedre beskyttelse mot mentale lidelser, mens vansker med mentalisering gir sårbarhet for psykopatologi.

I den nylig utgitte boken "Mentalizing in Clinical Practice" går Allen, Fonagy og Bateman (2008) enda lenger enn å si at mentalisering er en allmenn faktor som påvirker psykisk helse:

"We propose boldly that mentalization - attending to mental states in oneself and others - is *the most fundamental common factor* among psychotherapeutic treatments and, accordingly, that all mental health professionals will benefit from a thorough understanding of mentalizing and from familiarity with some of its practical applications." (side 1).

Forfatterne hevder at mentalisering er av fundamental betydning for å skape endring på tvers av psykoterapiretninger og psykopatologi. Psykoterapiforskning har avdekket at samme type terapi kan ha god effekt på vidt forskjellige problem. Samtidig har en del pasienter med samme diagnose like stor nytte av ulike kliniske tilnærminger. Er det rimelige å vurdere mentalisering som den mest fundamentale av disse faktorene, slik Allen og kolleger (2008) hevder? Dersom mentalisering allerede finnes i terapi og har

virking, hva tilfører mentaliseringsperspektivet som andre tilnærminger kunne hatt nytte av? På denne bakgrunn kan vi reise følgende problemstillinger:

- 1) **Hvor går grensene mellom 'god nok' og dysfunksjonell mentalisering?**
- 2) **Hva er forholdet mellom mentaliseringssvikt og behandlingen av psykiske lidelser?**
- 3) **Er det rimelig å vurdere mentalisering som den mest fundamentale allmenne faktoren i psykoterapi, slik Allen, Fonagy og Bateman påstår?**

Hvordan blir mentalisering presentert?

Fonagy, Gergely, Jurist og Target (2004) sier at mentalisering har mange beslektede begreper med tilsvarende betydning i den psykoanalytiske litteraturen. "Mentalization has been described in the psychoanalytic literature under various headings" (Fonagy et al., 2004, side 27). Mentalisering har frem til de siste årene vært et relativt ukjent begrep for å betegne det sosiale samspillet. Allen, Fonagy og Bateman (2008) har derfor laget noen nyttige definisjoner for å forstå hva mentalisering egentlig er (se tabell 1):

Tabell 1: Nyttige definisjoner av "mentalisering" (side 3)

<p>"Handy definitions of 'Mentalizing'</p> <ul style="list-style-type: none"> - Holding mind in mind - Attending to mental states in self and others - Understanding misunderstandings - Seeing yourself from the outside and others from the inside - Giving a mental quality to or cultivating mentally"

Sentralt er hvordan vi forstår egne og andres handlinger som et resultat av intensjoner, ønsker og verdier. Definisjonene viser til menneskets metakognitive evne til å reflektere over egne og andres tanke og følelsesinnhold. Våre tolkninger av mentale tilstander er med på å bestemme hva vi gjør, enten vi er oppmerksom på det eller ikke (Bateman & Fonagy, 2007). Mentalisering gir oss en følelse av å eie og ha kontroll over våre handlinger. Vi opplever at de ikke er tilfeldige eller ufrivillige, men meningsfulle i lys av mentale tilstander (Allen, Bleiberg, & Haslam-Hopwood, 2003). Fonagy med

flere (2004) viser til beslektede begreper som empati, selvrefleksjon, innsikt, theory of mind og mindfulness. Det som skiller mentaliseringsbegrepet fra de andre er at mentalisering involverer både en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent. Det kan best forstås som å forstå andre innenfra og en selv utenfra i den forstand at vi forsøker å forstå hvordan andre kan forstå oss. (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Mentalisering er for det meste en automatisert og ubevisst prosess. Det er nærmest umulig å ikke skape mening til de hendelser som skjer rundt oss - vi både fantaserer og lager forklaringer på hvorfor folk gjør som de gjør. Til og med objekter ansees til tider å ha mentale intensjoner, som TV "som ikke *vil* ta inn signalene". Funksjonen er å forklare og kunne forstå situasjoner mellom mennesker i en relativ virkelighet. Dette gjør individet motstandsdyktig overfor belastende opplevelser. Det har blant annet vist seg at mentalisering kan virke forebyggende mot senere psykiske reaksjoner etter traumer (Fonagy et al., 2004). Gode nok evner til mentalisering gjør oss i stand til å tåle ubehagelige sosiale situasjoner. Mentaliseringen blir eksplisitt når våre opplevelser bryter med den meningen vi tidligere har attribuert en til en hendelse. For eksempel når vi intuitivt forstår at sjefens ufine måte å be deg bli ferdig med arbeidet på, var fordi hun var stresset og ikke fordi hun var sint på deg. I en slik situasjon kan man tenke seg andre mulige reaksjoner dersom mentaliseringsevnen er mindre robust. Man kan bli såret, sint eller skuffet dersom man tolker sjefens uttrykk som sammenfallende med hans eller hennes intensjon. Mentalisering motvirker misforståelser og konflikter i sosial interaksjon (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Hvor går grensene mellom 'god nok' og dysfunksjonell mentalisering?

Psykoteraier med utgangspunkt i mentalisering legger til grunn at mentaliseringsevnen i stor grad kan tilegnes. For eksempel fremhever MBT at de baserer seg på tilknytningsteori, en sensitiv fase for utvikling av mentaliseringsevnen.

Tilknytningsteori brukes i behandlingen, for eksempel når det gjelder fokus på å ikke bryte relasjonen ved "vanskelig atferd". Vi vil gå inn i utviklingspsykologien for å søke etter de forhold som bidrar til at den enkelte erverver mer eller mindre robuste evner til å mentalisere. Evnen til å mentalisere oppstår, i følge Bateman og Fonagy (2004b), i en trygg tilknytningsrelasjon: "It follows that disruption of early affectional bonds not

only sets up maladaptive attachment patterns but also undermines a range of capabilities vital to normal social development." (side 58). Affektiv kommunikasjon i barndommen er spesielt viktig for senere sosial utvikling og fungering.

I reality-serier på tv ser man ofte et høyere konfliktnivå rundt deltagere som gjentatte ganger "trækker de andre på tærne", som kommer med ufine og sårende kommentarer eller ikke tar hensyn til de andre deltakerne. Mentalisering fremmer smidig samarbeid ved å la de involverte personene balansere mellom selvhevdelse og hensyn til andre (McCullough et al., 2003). Det handler om prosesser hvor individet kan skape en funksjonell forklaring om egne reaksjoner. Mentalisering kan fremstå som en buffer ved å gi individet en fleksibilitet i møtet mellom verden og de intrapsykologiske prosesser.

Dersom mentalisering er et aspekt ved de fleste psykiske lidelser, vil det være naturlig å utforske grensene for mentaliseringsvansker. Når er vanskene å anse som så hemmende at det er en dysfunksjon, i motsetning til normale svingninger i mentaliseringsevner?

Hvordan utvikles mentaliseringsevnen?

Med unntak av enkelte organiske hjernelidelser (for eksempel autisme; Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985) er mentaliseringskapasitet noe som utvikles gradvis i samspillet mellom barnet og dets nærmeste omsorgspersoner. Spesielt vektlegges betydningen av affektiv kommunikasjon og affektregulering gjennom speilinger i det tidlige samspillet for utviklingen av et sammenhengende og særegent selv.

Viktigheten av tilknytning og affektregulering

Trygg tilknytning kan oppfattes som tilegnelse av prosedyrer for reguleringen av negative affekttilstander. Disse erfaringene vil mest sannsynlig bli tilegnet når barnets akutte affektive tilstand reflekteres tilbake til barnet på en nøyaktig, men ikke overveldende måte (Fonagy, 2006). Trygg tilknytning kan derfor ha mye til felles med vellykket containment.

Bions (1962) begrep "containment" handler om at barnet trenger hjelp fra en annens psyke når det overveldes av emosjonelle opplevelser. En "container" kan romme det barnet ikke selv klarer å hankses med. Bion tenker seg dette som en prosess hvor

omsorgsgiver gjennom projektiv identifikasjon har en opplevelse som tilsvarer barnets, omformer denne til noe som er meningsfullt og håndterbart, og gir det tilbake til barnet. For eksempel kan barnet bli redd av en høy lyd. Omsorgsperson ser frykten, men blir ikke selv revet med i redselen. I stedet opptrer man som en trygg og trøstende figur, som i samhandlingen viser barnet en form for forståelse av at lyden kunne være skremmende, men at barnet kan slappe av og er trygt. Denne måten å verifisere følelser er viktig for at barnet skal kunne håndtere emosjoner. I eksempelet over ser vi at omsorgsgiver viser: 1) at man anerkjenner emosjonen, at frykt kan oppstå og uttrykkes i den gitte situasjonen, 2) vise barnet dette ved å effektivt regulere dets affekter, og 3) dermed illustrere for barnet at det emosjonelle uttrykket "er lov", 4) samtidig viser man at situasjonen i grunnen ikke var så farlig.

Bateman og Fonagy (2004b) sier at markert speiling (marked mirroring) er avgjørende for utviklingen av evnen til å mentalisere. McCullough og kolleger (2003) hevder at affektforbier oppstår når bestemte emosjonelle uttrykk ikke speiles adekvat. Personer med BPF og affektforbi kan ansees som rimelig forskjellige problem. Tenker man seg at det er spesielle emosjonelle uttrykk som er spesielt viktig for utviklingen av BPF? Kanskje er det generelt manglende markører fra omsorgsgiveren som gir et redusert følelsesregister. Muligens kan mangelfull speiling fra omsorgsgiver generelt føre til helt forskjellige problem, med svekkede evner til affektregulering som fellesnevner.

Det er grunn til å tro at flere typer emosjonelle vansker kan sees som resultat av svekkede affektregulative egenskaper, som for eksempel depresjon, spiseforstyrrelser, rusmisbruk, aggresjon og vold (Bateman & Fonagy, 2008b; Fonagy, 2003). Pasienter som har problemer med sinne og voldelighet, sier ofte at de mister kontroll over egen atferd når de blir provosert, "det bare skjedde". Svekkelser i affektregulering blir spesielt godt eksemplifisert i symptomatologien ved BPF, hvor følelser som følger idealisering og tap kan bli særlig tydelig. Følelser skifter hurtig og har en høy intensitet. Det hersker imidlertid noe usikkerhet om personer i ulike diagnostiske kategorier har generelle problemer med å regulere affekter på gruppenivå, eller om disse vanskene er knyttet til konkrete emosjoner eller emosjonelle "grupper" (Bateman & Fonagy, 2004b).

Selvet

Selvet kan ikke utvikles uten sosial interaksjon. Tidlig i utviklingen forstår barnet hvordan det er en fysisk enhet som kan interagere med andre objekter og skape hendelser. Tar det på en ball, vil den trille. Gergely og Watson (1999) mener de tidlige formene for selvbevissthet utvikles ved hjelp av en iboende mekanisme; "contingency detection module." Ved hjelp av denne mekanismen analyserer barnet omverdenen for kausale sammenhenger mellom egen atferd og hendelser i omverdenen. Erfaringer lærer barnet at det er en agent med fysiske egenskaper som kan agere på miljøet.

Gjennom samhandling med andre raffineres og videreutvikles selvet. Barnet får stadig bedre metakognitive evner, og ser seg selv og andre som mer komplekse ved å ta hensyn til sinnstilstander. Ved å inngå i gjensidige interaksjoner med omsorgsgivere med god mentaliseringsevne, får barnet bedre evne til mentalisering ved ca 5-6 års alder (Bateman & Fonagy, 2004b; Fonagy et al., 2004). Sosialisering med andre barn er en øvingsarena for barnet, hvor det må forhandle om leker og ta hensyn til andres behov og ønsker. Viktig for utviklingen av mentaliseringsevner er etableringen av andre-ordens representasjoner av følelser. Dette oppstår gjennom speilingsinteraksjoner. Individet kan da forholde seg til følelser uten å måtte erfare disse først. Dette vil fremme viktige samhandlingsprosesser som for eksempel empati, hvor personen kan forestille seg emosjonelle tilstander uten å bli "revet med" av den andres situasjon.

Det fremmede selvet

Winnicott (1971) hevdet at barnet internaliserer omsorgsgiverens tilstand som del av egen selvstruktur dersom det ikke speiles adekvat. Hvis omsorgsgiver reagerer med sinne eller avsky overfor barnets fryktrespons, vil barnet internalisere omsorgsgivers følelse, i motsetning til når det blir speilet "markert", og dermed får en validert versjon av sin frykt.

Barn med et disorganisert tilknytningsmønster (Main & Solomon, 1986) lever i en giftig kommunikasjonsrelasjon til sine foreldre. Her blir ikke barnets affektive liv regulert og tilpasset til det de kan tåle og forstå. Deres emosjonelle reaksjon blir gjerne forsterket eller fordreid slik at barnet ikke kjenner disse igjen. Resultatet er at barnet ikke "finner seg selv" i den andres sinn, men finner den andre, et fremmedlegeme. Som

resultat oppstår det et usammenhengende selv, noe Winnicott (1971) omtalte som "det falske selvet". Bateman og Fonagy (2004b) har omdøpt dette til det fremmede selvet;

"(...) when in infancy mirroring fails, when the parent's perception is inaccurate or unmarked, or both, the child internalizes a non - contingent mental state as part of a representation within the psychological self. (...) It is this incoherence within the self-structure that we refer to as an 'alien self'." (side 97).

Bateman og Fonagy (2004a, 2004b, 2006) anser det fremmede selvet som kjerneproblemet i symptombildet ved BPF. Det fremmede i selvstrukturen er vanskelig å tolerere og må derfor eksternaliseres. Gjennom projeksjon overlever individet ved å legge de fremmede elementene over på andre personer, som dermed blir en kilde til ubehag. Når personen ikke mentaliserer rundt dette, finnes det ikke tvil om at de andre virkelig innehar disse "uheldige" kvalitetene. Resultatet er at all atferd tolkes i lys av denne forestillingen, at andre har negative intensjoner.

Dette forløpet kan forklare noe av den ambivalensen personer med BPF viser i sin sosiale fungering. Forholdet til andre kan sees preget av en klassisk approach – avoidance konflikt, hvor de ønsker samvær med andre fordi ensomheten oppleves farlig. Det fremmede selvet ønsker å ødelegge resten av selvet (Bateman & Fonagy, 2004b; Fonagy & Bateman, 2006a). Ved isolasjon kan disse personene føle at selvet fragmenteres når fremmede elementene opptar plassen til de delene av selvet som opprinnelig var ens egne tanker og følelser. Isolasjon kan på denne måten gi opplevelse av ytterligere fragmentering av en allerede skjør selvopplevelse. Det er i slike situasjoner selvdestruktiv atferd forekommer, hvor personen projiserer det fremmede selvet til bestemte deler av egen kropp. For å unngå dette må individet dermed oppsøke andre som kan projiseres på og manipuleres til å innta en rolle forenlig med det fremmede selvet. En del av det fremmede selvet til en person som har vært utsatt for mishandling kan være preget av en ubevisst antakelse om at - "Jeg blir straffet fordi jeg er ond og slem". Når dette eksternaliseres over på andre, vil samværet kunne bli uutholdelig for begge parter.

Symptomer i voksen alder

God mentaliseringsevne handler ikke først og fremst om å tolke riktig, men å stille seg i undrende posisjon til hvorfor vi reagerer som vi gjør. Å erkjenne at en ikke kan vite med sikkerhet hva andre tenker og føler, er en forutsetning for velfungerende mentalisering. Kunnskap om at følelser og tanker kan være ambivalente, motsetningsfylte og ikke alltid har logisk sammenhenger. Utvikling av adekvat affektregulering er avgjørende for å kunne tåle usikkerhet og ambivalens. Et kjennetegn ved BPF er vansker med å skille mellom egen og andres subjektivitet. Andre oppfattes ikke alltid som individer med egne ønsker, rettigheter og behov. Noen ganger ansees de som en forlengelse av selvet som er til for å styrke selvbildet. Når signifikante andre ubevisst oppfattes som en forlengelse av individet, blir det vanskelig å tåle at de har andre synspunkter, vil noe annet eller har andre behov. Å stille seg i undrende posisjon til hvorfor andre gjør som de gjør; "hva tror du han hadde lyst til da han gjorde det" innebærer at en må stoppe opp og observere den andre i stedet for å handle direkte på den følelsen som vekkes i en selv. Tendensen til å fortolke atferd i henhold til eksterne fremfor mentale tilstander i en selv og den andre; "han er egoistisk" eller "jeg er smart", som om den aktuelle atferden ikke har noe med tanker og følelser å gjøre, kan forstås som sviktende mentalisering. Dette kaller Fonagy og Target (1997) "the physical stance". Når indre tilstander ignoreres, står en tilbake med ytre kvaliteter. Økt verdi av utseende, intelligens, prestisje, suksess og briljering lar seg på denne måte forstå som en konkretistisk eller objektivistisk måte å forstå seg selv og andre på.

Mentaliseringssvikt og betydning for psykisk helse

Mentalisering er ikke en egenskap, men noe vi alle gjør mer eller mindre bevisst hele tiden. Vi leser andres ansiktsuttrykk, toner oss inn på andre følelser og tolker handlinger som meningsfulle ytringer av motiver. Når det oppstår misforståelser stopper vi opp og observerer oss selv og andre mer oppmerksomt for å forstå hva som skjedde. Evnen eller viljen til å reflektere over grunner til hvorfor man gjør det man gjør varierer hos alle. Det er avhengig av tidligere erfaringer. Vi vil vise noen eksempler på hvordan mentaliseringskapasiteten kan svikte forbigående, og at dette er normalt.

Forelskelse

I et fMRI-studie av Bartels & Zeki (2000), ble personer som skåret høyt på grad av forelskelse vist bilder av sine partnere og venner mens hjernen ble avbildet. Bilder av kjæresten ga en deaktivering av områder i høyre prefrontal cortex. Dette er nevralt nettverk som gir en økt aktivisering ved tristhet og hos deprimerte pasienter. Disse prefrontale områdene ble ikke deaktivert når presentert for bilder av venner, altså mindre emosjonelt signifikante personer. Høyre hemisfære generelt og spesielt høyre prefrontal cortex, sees som sentralt i prosesser forbundet med å forstå andre menneskers sinn; mentalisering (Siegel, 1999). Bartels & Zeki gjorde i 2004 et lignende funn i forhold til mødres hjerneaktivitet når de vises bilder av sine barn. Hos alle mennesker oppstår en hemming av mentalisering ved aktivisering av områder i hjernen assosiert med tilknytning (Bartels & Zeki, 2004). Funnene er noe overraskende. Man kunne forvente at når tilknytningssystemet ble aktivert, ville man mentalisere bedre. Det som ser ut til å skje, er en overaktivisering ved emosjonelt positive opplevelser, der evnen til refleksivitet blir hemmet.

I begynnelsen av et romantisk forhold, etter at forelskelsen er et faktum, ser man gjerne en urealistisk idealisering av partneren, og tanker om at man aldri har vært lykkeligere. I denne fasen kan partnerne oppleve en nærmest symbiotisk tilstand. Alle opplevelser får et preg av forholdet, bestemt mat, musikk, turer assosieres med kjæresten. Uvaner, som senere kan bli irritasjonsmoment, oppleves søtt og uskyldig i disse tidlige fasene. Fenomenet fanges i uttrykk som "kjærlighet gjør blind". Kan man identifisere en velfungerende mentalisering hos partnerne?

Personer i denne fasen skårer nok høyt på evne til å lese den andre, kanskje med et naivt preg. Deres evne til å kritisk forholde seg til egne tanker og følelser er delvis redusert. Når forhold tar slutt, kan partnerne undre seg over hvorfor de egentlig var sammen; hva som gjorde at de holdt ut den andres uvaner og særheter i så lang tid. Beskrivelsen av ekskjærester som psykopater eller ustabile er ikke uvanlig. Som tilskuer kan man da undre seg over hvorfor disse personene var sammen dersom den ene var psykopat. Muligens har deaktiveringen av tilknytningssystemet tidlig i forholdet bidratt til en mentaliseringssvikt som gjorde at den intense emosjonelle tilstanden ble tilskrevet gode egenskaper ved kjæresten.

Tenårene

Man kan finne flere eksempler på mentaliseringssvikt hos tenåringer, hvor ungdommen ikke klarer å eksplisitt mentalisere rundt hvorfor foreldrene mener og praktiserer som de gjør. Et eksempel kan være ungdommer som reagerer på foreldrenes regler eller fordeling av plikter, som når tenåringssønnen eller -datteren uttaler at; "dere krever at jeg skal være hjemme klokken 22.00 for å ødelegge mitt sosiale liv!". En annen vanlig observasjon av samhandlingen er hvordan tenåringer reagerer med irritasjon/sinne på det de opplever som foreldrenes mas. "Maset" tolkes ikke som motivert av foreldrenes kjærlighet og ønske om ungdommens beste, men at foreldrene tror ungdommen ikke mestrer noe eller ikke har tenkt over det som det "mases" om.

Aggresjon og vold

Tilfeller av aggresjon, vold og mobbing kan, som enkeltstående episoder, ansees som normale tilstander av svekket mentalisering (Bateman & Fonagy, 2008b; Fonagy, 2003). "Utøveren" ser ikke offeret og dets mentale vesen. I stedet for å innta en mentaliserende holdning hvor man forsøker å forstå hverandre i en konflikt, blir tenkningen rigid og sinne overskygger evnene til å kritisk vurdere egne tanker og atferd. Slik kan tenkning bære preg av psykisk ekvivalens der individet setter likhetstegn mellom indre og ytre opplevelser; man *vet* hva den andre mente med kommentaren og hva vedkommende tenkte. Impulskontroll og kontroll over affektuttrykk sees som sentrale aspekter ved mentalisering (Fonagy et al., 2004). Dersom konflikten eskalerer til voldsatferd, antas det at voldsutøveren mentaliserer lite i gjerningsøyeblikket og i liten grad leter etter alternative forklaringer for hvilke mentale prosessene som førte til atferden.

I eksemplene over, forelskelse, tenårene og aggresjon, kan en tenke seg at enkelte individer har såpass store problemer i disse situasjonene at de behøver behandling. Spesielt under aggresjonsproblematikken finnes det en del personer som klarer seg fint i livet ellers og mentaliserer godt, men sliter med aggresjon og får hemmende mentalisering av den grunn. Grensene mellom "gode nok" og dysfunksjonelle mønstre kan være relativt flytende.

Hemmet mentalisering og patologi

Et naturlig spørsmål vil være hva som skiller normalt varierende mentaliseringsfluktuerer fra patologi. Kan det karakteriseres som patologi når evnen er hemmet på tvers av situasjoner og relasjoner? Ved å definere begrepet så vidt som man har gjort, kan man ha vansker med å finne ytterpunktene. Man kan få inntrykk av at "det meste" er mentalisering og at velfungerende mennesker stort sett fungerer "velmentaliserende".

Man kan spørre seg om det finnes eksempler på sosiale arenaer hvor redusert mentalisering er formålstjenlig, eller om det er slik at mentalisering utelukkende forbindes med beste "fremgangsmåte". Når man konkurrerer med andre, som innen politikk, næringsliv eller sport, kan mentaliseringsevnen hemme mulighetene til å vinne frem. I situasjoner under tidspress der viktige beslutninger må tas raskt, nytter det ikke med lange, hypotesetestende refleksjoner for å overveie alternative handlingsmåter. Det samme vil være tilfelle i situasjoner der realiteten er så skadelig og alvorlig at virkelighetsflukt øker sannsynlighet for overlevelse? I en kritisk situasjon der livet er truet, kan økt fokus på fleksibel mentalisering minke mulighetene for overlevelse, som for eksempel i kampsituasjon i krig. Mennesker i en krisesituasjon reagerer svært ulikt. Noen blir svært handlingsfokuset, andre blir paralyseret, mens andre igjen kan fremstå svært forvirret og/eller i en dissosierende prosess (Bryant, 2005). Man kan diskutere om noen av disse reaksjonsstilene vitner om mentalisering, og i så fall i hvilken grad. Kanskje er en febrilsk mentaliseringsaktivitet årsak til det som utenfra ser ut som en paralyse?

Selv om Bateman og Fonagy (for eksempel 2004a, 2004b, 2006, 2007) vektlegger varierende, sviktende mentalisering som kjennetegn ved BPF, vil også mentalt "friske" mennesker oppleve svingninger i mentaliseringsevne. Dersom mentalisering er en vanlig, allmenn funksjon, vil nødvendigvis forskjeller i denne evnen være naturlig. Selv om tristhet og pessimisme er assosiert med depresjon, vil ikke det å ha en dårlig dag tilfredsstillende en depresjonsdiagnose. Likeledes kan man argumentere for at midlertidige svekkelser i mentaliseringsevne ikke nødvendigvis skal assosieres med psykopatologi. Mange kan oppleve å vite at pcen *velger* å bruke ekstra lang tid på å starte opp i situasjoner hvor man bare kort skal inn for å skrive ut et dokument. Alle vil

oppleve å ikke forstå sine egne reaksjoner i visse situasjoner. De kan ha hatt affekter og uttrykt disse på måter de i ettertid ikke kan gi plausible forklaringer på.

Man kan også se for seg for *mye* mentalisering som kilde til vansker. Woody Allen kan på mange måter omtales som hypermentaliserende i sin nevrotiske tilværelse. Problemene oppstår når personen nærmest tvangspreget må ha oversikt over alle potensielle forklaringer på andres atferd, hvor man kan identifisere svært forskjellige motiv for samme atferd. Engstelsen oppstår når man ikke helt klarer å avskrive noen av motivene, og spesielt ikke de ondartede. Resultat blir en nevrotisk grubling som opptar tid og er kilde til ubehag. En slik "stil" er problematisk, men er det så hemmende at det skal regnes som patologisk?

Mentalisering er noe vi gjør enten implisitt eller eksplisitt i alle sosiale situasjoner. Varierende mentalisering er helt normalt og skjer med absolutt alle, som f.eks. ved forelskelse, i tenårene eller når vi er sinte. Vi ser for oss at mennesker med rimelig normale mentaliseringsevner, likevel kan ha problem av en slik art at de kan ha behov for psykologisk behandling.

Mentaliseringsvansker som årsak til lidelse

Personer med psykiske lidelser kan ha så hemmende mentaliseringsvansker at det ødelegger for normal fungering i mange sosiale situasjoner. I noen tilfeller, som enkeltfobier er mentaliseringssvikten i betydning manglende affektregulering begrenset til en eller noen få situasjoner. Mentaliseringskapasiteten kan være mer eller mindre god avhengig av hvem en er sammen med. For noen kan det være vanskelig å forholde seg til den nærmeste familie, mens de fungerer godt med kollegaer på jobben. Hvor går egentlig grensene for patologisk og ikke-patologisk sosial fungering i et mentaliseringsperspektiv?

Dagens bruk av mentaliseringsbegrepet har utviklet seg fra å være primært assosiert med BPF (Allen et al., 2003; Allen et al., 2008; Safier, 2003; Skårderud, 2007; Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Ved å definere begrepet slik det gjøres, som grunnleggende for adekvat sosial samhandling, kan man karakterisere mange symptom som kausale effekter av svekkede mentaliseringsevner. I klinisk praksis kan det oppleves som et paradoks: skal pasienten som viser omfattende mentaliseringssvikt i sin forståelse og samhandling, diagnostiseres med BPF? Eller kan man omtale og se trekk

ved BPF som sentrale også ved andre diagnoser som schizofreni og depresjon? Allen og hans kolleger (2003) diskuterer nettopp mentaliseringssvikten i flere diagnoser. For eksempel at den invalidiserende effekten av flashbacks ved PTSD, kan sees som manglende evne til å stille seg kritisk til egen mental aktivitet. Psykotiske symptomer ved schizofreni kan forstås som en ekstrem unngåelse av virkeligheten. Paranoia, et symptom hyppig forbundet med schizofreni (Karon & VandenBos, 1981), kan karakteriseres som en feiltolkning av andres intensjoner og mål. Å mistolke eller misforstå andres sinn kan på denne måten sees som et generelt trekk ved psykopatologi (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Bateman og Fonagy (2007) legger frem tegn i pasientens atferd og tanker som skal hjelpe klinikerer til å identifisere sviktende mentalisering. Et av tegnene, konkret tenkning, kan man diskutere som relevant ved en rekke psykiske lidelser. Depressiv tenkning kan beskrives som rigid med trekk av psykisk ekvivalens, når pasienten tar sine nederlag i livet til inntekt for sin følelse av manglende verdi. I tillegg kan man karakterisere disse pasientenes seleksjon av negative fremfor positive opplevelser som en mentaliseringssvikt, ved at personen ikke reflekterer adekvat over egen situasjon eller tenkning. Mestringshistorier og gode dager inngår ikke i regnskapet. Deprimerte pasienter analyserer heller ikke situasjonen hvor de negative hendelsene forekom, men attribuerer automatisk manglende måloppnåelse til personlige egenskaper. Man kan tenke seg en "øyeblikkelig hjelp" konsultasjon hvor en pasient forteller om hvordan en rekke hendelser har ført ham til suicidforsøk. Han har flyttet flere ganger i løpet av det siste året og har på grunn av dette problemer med at post ikke alltid kommer frem til ham. Da han plutselig får et inkassovarsel på en regning han ikke har mottatt på grunn av flyttingen, bestemmer han seg for å avslutte livet. Han opplevde dette som det endelige beviset for sin utilstrekkelighet, og mente bestemt at han burde hatt orden på dette, at han skulle ha styrt prosesser objektivt sett utenfor hans kontroll. Psykisk friske personer i en slik situasjon vil gjerne innse det ukontrollerbare over slike hendelser - det er bare slik som skjer. Den deprimerte tar hendelsen som et bevis på at han/hun ikke hadde kontroll over noe ukontrollerbart. Mentaliseringssvikten viser seg i den manglende refleksjonen over hendelsesforløpet, forhastede konklusjoner, samt manglende evne til å kritisk vurdere egne reaksjoner og følelser. I MBT holder

klinikeren nøye oppsikt over hvor raskt pasienten trekker konklusjoner om andres motiv på bakgrunn av konkrete handlinger. Dette er et av tegnene på mentaliseringssvikt.

En utdyping om hvordan man skal se på mentaliseringsbrist i en klinisk hverdag hadde vært et godt tilskudd til den eksisterende litteraturen. Kan hemmet mentalisering være en indikator på generell psykopatologi? Bateman og Fonagy (2006) skriver for eksempel selv: "...we can conceive of most mental disorders as the mind misinterpreting its own experience of itself, thus ultimately a disorder of mentalization."(side 8). En bedre avgrensing i forhold til hva som er normal, men varierende mentalisering, og hva som er mer dysfunksjonell mentalisering, hadde vært ønskelig. Faren med begrepet, slik det står i dag, er at "for mye" kan sees på som mentaliseringssvikt. Dette kan misforstås til å gjelde et mye større spekter av personer enn opprinnelig tiltenkt. Vi tenker oss et smalere fokus på det rigide i mentaliseringsbristen, kan være et nyttig utgangspunkt for avgrensing av begrepet.

Sammenfatning av Problemstilling 1

Mentalisering er en evne de fleste, om ikke alle, mennesker innehar. Det oppstår gjennom erfaringer, fra enkle speilinger fra omsorgsgiver, til mer komplekse, verbale forhandlinger med andre mennesker. Markert speiling fremheves som en kjernefaktor som er avgjørende for om individet utvikler gode evner til mentalisering eller ikke. Den teoretiske forståelsen av hvordan vansker med mentalisering oppstår, er på ingen måte unikt for BPF (Bateman & Fonagy, 2004a, 2004b, 2006; Fonagy, 2003; Fonagy et al., 2004). Vektlegging av tidlige relasjoner, kvaliteten på tilknytningsrelasjoner og den "bagasjen" disse erfaringene utgjør senere i livet, er blitt brukt til forklaring av patologi generelt (for eksempel Winnicott, 1971), schizofreni (Karon & VandenBos, 1981) og "lettere" psykiske lidelser (McCullough et al., 2003). Også innenfor kognitive tradisjoner finner man teorier på hvordan patologi oppstår fra ens tidligere erfaringer (for eksempel Beck, 1976; Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1989). Et sentralt spørsmål blir da om kvaliteten på tidlige erfaringer er spesielt for individ med BPF, eller om også andre lidelser deler disse problemene til mentalisering. Vi konstaterer at det i liten grad er enkeltstående episoder som påvirker individet til "god nok" eller dysfunksjonell mentalisering, men heller den totale summen av omsorg.

Kan man identifisere gjennomgående utviklingsforstyrrelser eller "uheldig" tilknytningsstil hos personer med psykopatologi? I og med at mentaliseringssvikt forekommer naturlig, for eksempel i oppdragelse, hvordan ser da patologisk mentaliseringssvikt ut? Hvor mye og ofte må man utvise hemmet mentalisering for at det kvalifiserer til en psykisk lidelse? Er det en "kvalitet" som gjør at man har en lidelse, eller er det en faktor som kommer i tillegg til de diagnostiske problemene? Vil alle som tilfredsstiller kriterier for en psykisk lidelse ha en sviktende mentaliseringsevne? Dette er spørsmål som i stor grad står ubesvart i faglitteraturen. Mentaliseringssvikt blir i liten grad normalisert utenom tilfeller hvor individet utsettes for voldsomme psykososiale belastninger (Bateman & Fonagy, 2004b). Vi tror ikke mentaliseringssvikt er en fundamentalt avgjørende faktor for utvikling av behandlingstrengende psykiske lidelser.

Skårderud og Sommerfeldt (2008) hevder at hemmet mentaliseringsevne og psykopatologi er forbundet gjennom redusert følelsesregulering. Dette underbygger påstanden om at mentalisering er et aspekt ved alle psykiske lidelser. Det er likevel uklart hvor skillene mellom god nok og dysfunksjonell/patologisk mentalisering går. Det kan se ut som om Allen, Fonagy og Bateman (2008) har utvidet begrepets bruksområde uten å tilstrebe en tilstrekkelig avgrensning og redegjørelse for begrepet i forkant. Hovedpunktene for denne problemstillingen er oppsummert i tabell 2.

Tabell 2: Hovedpunkter Problemstilling 1

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Mentalisering er en kjernefunksjon for det normalfungerende mennesket. - Varierende mentalisering er helt normalt og skjer med alle, for eksempel ved forelskelse, i tenårene eller når vi er sinte. - Kan man si at alle som oppfyller diagnoser har mentalisering som dysfunksjon? |
|--|

Hva er forholdet mellom mentaliseringssvikt og behandlingen av psykiske lidelser?

I dette kapittelet ønsker vi å ta opp forholdet mellom mentaliseringssvikt og behandlingen av psykiske lidelser. Ved å belyse dette kan det hjelpe oss å forstå mentaliseringsbegrepets anvendelighet i klinisk praksis utover behandling av BPF.

Dette vil klargjøre hvilke begrensninger mentaliseringsperspektivet har når det overføres til et større spekter innen psykoterapi.

I behandlinger som MBT og "Minding the Baby" fokuserer man på å behandle mentaliseringssvikt fordi man mener at dette er grunnleggende for å kunne møte og mestre problemer. Allen et al. (2008) hevder at man i alle psykoterapier kan ha bruk for å være oppmerksom på mentalisering som begrep og raffinere sin forståelse av dette. Under denne problemstillingen lurer vi på hva "MBT-bevegelsen" mener er forholdet mellom hemmet mentalisering og behandlingen av psykiske lidelser. Hva gjør man spesifikt i MBT og hvorfor er det så viktig å ha oppmerksomhet på mentaliseringssvikt? Hvilken innvirkning kan dette perspektivet ha på behandling av psykiske lidelser?

Man kan argumentere for at psykoterapi utformes for å være mest mulig effektiv i å endre årsaks- og opprettholdende faktorer for patologi. For eksempel vil kognitive terapier fokusere på pasientens uhensiktsmessige skjema (Beck, 1976; Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1989). I klassiske psykoanalytiske intervensjoner fokuserer man på underliggende, ubevisste prosesser. Terapi generelt vil reflektere pasientens problem, ta hensyn til dette og anvende teknikker og intervensjoner som sannsynlig vil føre til endring.

Når Allen, Fonagy og Bateman (2008) hevder at mentalisering er en fundamental faktor som finnes på tvers av psykoterapier, vil det være naturlig å anta at de også mener at mentaliseringsvansker finnes på tvers av psykiske lidelser. Likevel har mentaliseringsvansker blitt presentert som et spesifikt problemområde for pasienter med BPF. Dersom mentaliseringsvansker er en generell indikator på patologi, hva er det da som skiller BPF fra all annen patologi? Hvordan skiller mentalisering seg fra andre psykoterapiretninger og hvordan blir dette forstått av dem bak MBT? Dersom MBT er best egnet for denne gruppen pasienter i relativt liten grad skiller seg fra annen psykoterapi, kan det tale for at de fleste terapier sikter mot å skape en endring i pasientens mentaliseringsevne.

Viktige element i mentaliseringsbasert behandling

Viktige element som brukes i MBT vil bli presentert for å senere kunne belyse hvordan MBT skiller seg fra annen terapi. Mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy,

2004a, 2004b, 2007) er en psykoterapi utviklet for BPF. Viktige mål for behandlingen er å hjelpe pasienten å utvikle stabile indre representasjoner, identifisere sentrale, lett synlige affekter og finne adekvate uttrykksformer for disse. Videre søker man å danne et stabilt, sammenhengende (koherent) selv, og utvikle evne til å forme og inngå i stabile gjensidige relasjoner. Formålet med terapi er å skape en utviklingsarena hvor tanker og følelser kan "lekes med" (Fonagy & Bateman, 2006a), hvor terapeuten legger til rette for dette ved å være aktivt nysgjerrig på pasientens fenomenologiske verden.

Behandlingsstrategier

Bateman og Fonagy (2004a, 2004b, 2006) vektlegger et fokus på pasientens mentale liv her og nå uten å fokusere på eventuelle ubevisste prosesser som ligger bak. I tråd med de psykoanalytiske anene, vektlegges imidlertid disse prosessene i terapeuten hypoteser. Terapeuten må innta en naivt spørrende holdning; "mentalizing stance" – og til enhver tid undre seg over pasientens mentale tilstander. Denett (1987) omtaler denne "vurderingsevnen" som "the intentional stance" – hvor objektet man ønsker å predikere behandles som et rasjonelt vesen med bestemte ønsker. Dette kan foregå som eksplisitt undring, hvor terapeuten blir en modell for mentalisering. Dermed får pasienten illustrert behovet for fleksibilitet sammen med andre, ved aldri å kunne være sikker på innholdet i andres mentale liv.

I begynnelsen av behandling blir mentalisering forklart teoretisk og illustrert gjennom pasientens historier. Terapeuten påpeker og roser pasienten når vedkommende forteller om som vitner om mentaliseringskapasitet. Konkrete episoder kan utforskes i forhold til hvordan pasienten selv opplevde situasjonen, samt antagelser om hvordan andre reagerte. Dersom pasienten i dette arbeidet rasjonaliserer eller bruker andre ikke-mentaliserende tilnærming, påpekes dette på en ikke-konfronterende måte som pasienten forstår. Tegn på ikke-mentaliserende tilnærming kan være å ikke ta hensyn til andres uttrykte følelser, være avvisende, bortforklaringer eller usammenhengende tale.

Man kan anta at terapeuten ved å påpeke aspekter i pasientens fortellinger, vekker forskjellige emosjoner. Disse utforskes i terapirommet, enten de er uttrykte eller terapeuten opplever dem mer maskerte. Bateman og Fonagy (2006) fokuserer på overføringer og motoverføringer "her og nå", istedenfor å tolke pasienters mening eller

historie. Fortellingen kan stoppes (Stop and stand) og terapeut og pasient utforsker fra et naivt ståsted hva som har ført til pasientens følelser, og hvilke antagelser vedkommende har. Pasientens opplevelser og tilhørende følelser valideres før terapeuten sammen med pasienten utforsker mulige alternative forklaringer for hva som kan ha skjedd. På mange måter kan dette minne om markert speiling i et tilknytningsforhold.

Dersom pasienten selv i utgangspunktet ikke er i stand til å forklare eller forstå hvordan konfliktfylte episoder har oppstått, kan terapeuten gjennom undrende spørsmål hjelpe pasienten. Sammen utforsker man affekter, uttrykksformer og forståelse av den gjensidige påvirkningen mellom egne og andres sinnstilstander i situasjonen. Konkrete situasjoner og medfølgende emosjoner utforskes eksplisitt. Målet er at alternative perspektiv gir deltagerne en oversikt over kompleksiteten av ulike emosjoner, samt hvordan situasjoner kan oppleves forskjellig fra ulike perspektiv.

Interpersonlige konflikter kan med fordel diskuteres etter at disse er over, da de emosjonelle reaksjonene oppleves med mindre intensitet. Sannsynligheten for vellykket eksplisitt mentalisering vil da være større. Pasienten presenterer sitt perspektiv ved å fortelle om hvem som var involvert i konflikten, hvordan pasienten forstod de(n) andre og hvordan de forstod det som skjedde. Først da kan terapeuten utfordre det presenterte perspektivet, her uten å relatere til pasientens historie eller ubevisste prosesser. Som Bateman og Fonagy (2006) presiserer: "The aim in MBT is not to act for the patient but to remain alongside the patient helping him explore areas of uncertainty and to develop meaning." (side 121). Man kan se likhetstrekkene til den gode omsorgsgiveren som forsøker å stille seg i undrende posisjon til hvorfor barnet gjør som det gjør (Slade, Sadler, & Mayes, 2005).

Gruppebehandling

Et viktig trekk ved MBT er fokuset på gruppeterapi parallelt med individual terapi. Pasienten skal ha forskjellige terapeuter i gruppeterapi og individualterapi. Gruppene består av 6-8 pasienter, ledet av opp til to terapeuter, hvor det er spesielt viktig å utelukke pasienter med sterke antisosiale innslag. Samarbeid mellom terapeuter ansvarlig for individual og gruppeterapi er viktig for å håndtere eventuell splitting, ha oversikt over hendelser på hver arena, samt at man jobber mot de samme målene.

Fordelene med gruppebehandling er flere. Blant annet vil dette være en relativt trygg arena for å utforske opplevelser i gruppen. Dermed kan medlemmene oppfordres til å eksplisitt mentalisere rundt hverandres fortellinger. Gruppen vil også fungere som en eksponeringstrening i å møte andre mennesker da sosial interaksjon kan utgjøre en vesentlig stressor og være et markant problemområde for disse pasientene. Sterk angst vil normalt hemme mentalisering. Deltagerne oppfordres til å reflektere over hverandre og de problem som presenteres under gruppebehandlingen. Oppgaver som å sette ord på indre opplevelser foran andre samt å respondere på andres uttalte indre prosesser tenkes å øke deltagerens sosiale ferdigheter. Gruppen vil være en dynamisk sosial arena, rik på alternative perspektiv, som vil gagne arbeidet rundt eksplisitt mentalisering.

Gruppene vil også være en kilde for terapeutene å få et bilde av relasjonsstilen til de ulike deltagerne. I tråd med relasjonell psykoanalyse tenker man at måten pasientene forholder og relaterer seg til hverandre og terapeuten(e), gjenspeiler deres relasjoner også utenfor gruppen. Gruppene styres/struktureres langt mer enn i tradisjonell psykoanalytisk gruppebehandling.

Allen, Fonagy og Bateman (2008, side 167) gjør en interessant uttalelse om forholdet mellom mentalisering og annen terapi: "You are doing it already.". Man kan spørre seg om hva som egentlig skiller MBT fra en annen terapi. Dersom mentalisering er prosesser naturlig forekommende i det meste av terapi, kan man da anse de fleste diagnoser som oppstått fra eller opprettholdt av mentaliseringsvansker?

Psykoterapeutiske Faktorer

Allen med flere (2008) hevder at mentalisering er en allmenn faktor i psykoterapi. Vi vil sammenligne MBT med allmenne faktorer i psykoterapi og som finnes på tvers av skoleretninger og på tvers av behandling av ulike lidelser. Dette vil belyse i hvilken grad fellesfaktorene relaterer seg til mentalisering. Det kan synliggjøre hva som er spesifikke virkningsfulle faktorer for MBT.

The 'Dodo Bird Verdict'

Uttrykket "The Dodo Bird Verdict" kommer fra eventyret "Alice i Wonderland" av Lewis Carroll (1865/1976). I en passasje i boken blir flere av karakterene våte. For å bli tørre, bestemmer karakteren "Dodo" at de skal lage en konkurranse. Alle må løpe rundt

en innsjø til de blir tørre. Ingen måler hvor langt hver deltager løper, og "Dodo" skal avgi sin dom. Da tenker han lenge og hardt og sier: "Everybody has won and all must have prizes." (Carroll, 1976, side 38).

Rosenzweig (1936, side 412) bruker dette som en analogi til psykoterapi: Han hevder at det er allmenne faktorer i de fleste terapier, virksomme elementer med stor likhetsgrad på tvers av terapiens teoretiske forankring. Derfor er ulike terapier tilsynelatende like gode - alle har fått rett og alle burde få priser.

Allmenne og Spesifikke Faktorer

Den medisinske modell har som hovedprinsipp at spesifikke lidelser krever spesifikke intervensjoner. Disse intervensjonene skal fremme forandringen av spesifikke faktorer, særegne faktorer som har beviselig innvirkning ved definerte lidelser eller problem, og som det dermed vil være naturlig å behandle for å bekjempe lidelsen. Motsatt, det har lite for seg å påvirke en spesifikk faktor assosiert med én bestemt lidelse i møte med andre tilstander.

Wampold (2001) mener den medisinske modell innen psykoterapi burde erstattes med en "kontekstuell modell". Man bør fokusere primært på uspesifikke, allmenne faktorer: faktorer som fører til forandring, men som er allmenne for flere lidelser, problem og psykoterapier. Selv om det er et stort antall psykoterapier med egne forklaringsmodeller og spesifikke teknikker, er det ingen bevis som peker i retning av at en skole er signifikant bedre enn de andre (Lambert, 1992). Dette støtter "common factors"-bevegelsen, som vektlegger at det er felles faktorer som har størst signifikant påvirkning på terapeutisk utfall og at disse derfor bør dyrkes frem i større grad enn i dag.

Hougaard (2004) peker på tre grunner til at allmenne faktorer betyr mer enn spesifikke faktorer: 1) The Dodo Bird Verdict - Fraværet av klare forskjeller i effekter mellom ulike metoder, 2) Forskjellen mellom terapeuter er sannsynligvis signifikant mindre i praksis enn i teori - en "god nok" terapeut er fleksibel i forhold til pasienters individuelle behov. Det er større forskjell mellom terapeuter innenfor en skole enn forskjellen mellom skolene i seg selv. Jørgensen (2004) mener at det derfor burde vært større fokus på forskjellene mellom terapeuter og mindre fokus på forskjeller mellom skoleretninger. Skoleretningene i psykoterapi er ikke homogene, og trening sikrer i liten grad at terapeuter er like. 3) Pasientens opplevelser av viktige virksomme faktorer innen

psykoterapi skiller seg svært lite mellom ulike skoler. De er heller ikke de samme som det terapeutene opplever som virkningsfullt. Disse punktene støtter hypotesen om at allmenne faktorer er sannsynligvis viktigere enn spesifikke faktorer når det gjelder utfall av terapi. Asay og Lambert (1999) foreslår som et alternativ at ulike psykoterapier kan oppnå de samme målene ved å påvirke ulike prosesser. Dette vil si at ulike spesifikke faktorer kan påvirke allmenne dysfunksjoner i samme retning.

Noen viktige allmenne faktorer for utfallet av behandling

Alvorlighetsgraden av problemene til pasienten og pasientens evne til å forme en allianse er en av de sterkeste prediktorene for utfallet av terapi (Jørgensen, 2004). Klientens tillit til terapeutens kompetanse og hans/hennes vilje til å hjelpe er svært viktig for utfallet, sammen med terapeuters oppfattede sosiale status og omdømme (Hougaard, 2004). Dessuten er beslutningen om å søke hjelp i seg selv en virkningsfull faktor.

Hougaard (2004) sammenfatter en rekke viktige faktorer i terapi som han kaller "nonspesifikke". Han peker på at alle terapiformer prøver å bekjempe klientens demoralisering, den håpløshet/hjelpesløshet de har til positiv endring. Utfallet blir i stor grad relatert til relasjonsvariabler selv om teknikker brukes for å bekjempe demoraliseringen (Hougaard, 2004). Alle effektive psykoterapier har teknikker og prosedyrer som svarer til den teoretiske modellen. De er forankret i hva Frank (1971) kaller "myter", de kulturelt betingede forklaringsmodellene om hvorfor terapien virker. Disse er ikke nødvendigvis mer riktige for en skoleretning enn en annen, men tilbyr klienter mer effektive strategier for å mestre problemene. Dette fremmer pasientens håp om positivt utfall. Beslutningen om å søke hjelp er i seg selv virkningsfull (Hougaard, 2004).

Viktige allmenne faktorer som man i MBT fremhever

Allen, Fonagy og Bateman (2008) er hevder at mentalisering er en allmenne faktorer; "(...) we are merely sharpening attention to a common factor inherent in psychotherapeutic treatments." (side 7). Det er likevel få spor av en konkret diskusjon fra forfatterne hvor de selv peker på relasjoner mellom allmenne faktorer og mentalisering.

Når det gjelder utfallet i terapi sier Allen med flere at: "(...) ultimately, the success of any treatment will depend on the mentalizing capacities of both the patient and the therapist." (2008, side 20). Terapeutens mentaliseringsevne er ikke en selvfølge - forskning indikerer at denne evnen varierer blant terapeuter. Derfor mener de at et fokus på mentalisering potensielt bør ha innvirkning på utdanningen av terapeuter. Intervensjoner bør være teoretisk forankret og tilpasses nøye til pasientens evner. Allen og kolleger påpeker at alvorlighetsgraden av pasientens symptomer har betydning for utfallet av terapien; "Hence we also acknowledged a catch-22: patients whose mentalizing capacities are significantly and consistently impaired will have difficulty making use of treatment (...)" (2008, side 20). Det er imidlertid vanskelig å spore en direkte konkretisering med hensyn til hvilke pasienter som hypotetisk vil falle utenfor terapiens rekkevidde.

Mens konteksten og metodene varierer, fokuserer man på at å øke mentaliseringskapasiteten for både terapeut og pasient. De mener dette vil øke livskvaliteten til pasienter. Mentalisering spiller som regel en rolle i problemer i livet generelt og spesielt for dem som har psykiatriske diagnoser. Samtidig fremheves det at man ikke kan øke mentaliseringsevnen uten innhold i terapien. Bedring av mentaliseringsevnen må komme sammen med et mentalt innhold som står i relasjon til mentaliseringsevnen. Et slikt mentalt innhold kan for eksempel være konflikter i tilknytningsrelasjoner.

Mulige Virkningsfulle Faktorer i MBT

Strukturelle trekk ved MBT

Bateman og Fonagy (2004b) viser til litteraturgjennomgang hvor de har identifisert noen fellesfaktorer for effektive behandlinger av BPF som har vært retningsgivende for utformingen av MBT (Se tabell 3):

Tabell 3: Felles for effektive behandlinger av BPF (side 183)

"(...) common organizational features:

- high level of structure;
- consistent and reliable implementation;
- theoretical coherence;
- taking into account the problem of constructive relationships including the formation of a positive engagement with the therapist and the team;
- flexibility;
- intensity according to need;
- an individualizes approach to care;
- good integration with other services available to the patient."

Disse elementene presenteres i forhold til behandlinga av BPF, men det kan diskuteres som viktige ideal for hvordan terapi generelt bør organiseres. Kanskje kan de fleste pasienter, uavhengig av diagnose, dra bedre nytte av en terapi utformet etter disse punktene?

De strukturelle rammebetingelsene

MBT tilbys både som individual- og gruppe-terapi, gjerne kombinert. I tillegg vektlegges hyppige møter og relativt langvarig kontakt mellom terapeut og klient - totalt over 36 måneder (Bateman & Fonagy, 2008a). Hvis man skal fremheve én forskjell fra en del andre terapier (rettet mot BPF), så vil det være at man i MBT poengterer viktigheten av å unngå hyppige bytter av terapeut. Man gir heller terapeuten et "redskap" for å kunne tåle dårlige pasienter. Dessuten legger man opp til høyere intensitet. Dette er en noe mer kostbar behandling enn "vanlig behandling", men effekten gjør at dette, i tillegg til pasientens økte livskvalitet, er samfunnsøkonomisk gunstig (Bateman & Fonagy, 2008a). I psykisk helsevern i dag ser man for eksempel fokuset på individuelle planer som er en konkretisering av å integrere hjelpeapparatet rundt pasienten.

MBT refokuserer målet med behandlingen

"(...) er MBT et fokus for terapi mer enn en spesifikk terapi i seg selv." (Bateman & Fonagy, 2007, side 197). Bidraget blir at man fokuserer på prosesser i terapi fremfor konkret innhold. Målet er å bedre mentaliseringen både hos klient og terapeut. MBT hevder at økt fokus på mentalisering vil hjelpe pasienten til å mentalisere bedre, noe som videre vil skape en robusthet hos vedkommende. Allen med flere (2008) mener at mentalisering vil være som en grunnmur for at ekte innsikt skal kunne skje.

MBT gir en forklaring til pasienten

Frank (1971) hevder at en viktig faktor for utfall av terapi, er at psykoterapi gir en forklaringsmodell for pasientens problem, og samtidig skisserer en mulig metode for å få til forandring. En forklaringsmodell som er forankret i kultur og "mytologi", og som gir en god forklaring for pasienten, er en allmenn faktor nødvendig for at en terapi skal være virkningsfull. MBT gir en forklaringsmodell som mange pasienter med BPF ser ut til å kjenne seg igjen i (Bateman & Fonagy, 2004b, 2006), både når det gjelder utvikling og i form av hva som er mekanismene for positiv endring. Et spørsmål er om forklaringsmodellen i MBT er så god at den gir bedre forklaring på dysfunksjoner enn andre skoler?

Scientist-Practitioner hypotesen går ut på at det er et gap mellom vitenskap og det som faktisk blir brukt (Hougaard, 2004). I dette tilfellet kan man tenke seg to slike skiller - skillet mellom forsker og kliniker og mellom kliniker og pasient. Teorien bør ikke bare gjenspeile den virkelige verden i størst mulig grad, men også gjenspeile modellene til praktikerne. Uten at teorien gir mening til klienter og klinikere, vil de oppleves som uvirksomme og lite virkelighetsnære. Kan det være at MBT reduserer avstanden mellom "teoretikeren" og "praktikeren" Kan dette være en virkningsfull faktor i seg selv?

I tillegg tar man også utgangspunkt i en sterk autoritet i samfunnet: forskning. Hvis forskning gir belegg for at det man gjør er "beste kjente praksis" og kan dette vises for pasienten på en overbevisende måte, og ha en sterk "placebo"-effekt. Altså en effekt som ligner det Frank kaller "myter". Troen på effekt er i seg selv virkningsfull.

Psykoedukasjon fremheves som en viktig del av MBT. Allen og kolleger mener at pasienter samarbeider bedre dersom de forstår hva klinikerne prøver å gjøre.

Psykoedukasjon gjør det terapeutiske arbeidet mer konkret og forståelig. Pasienten blir mer bevisst hvordan man tenker rundt psykologiske prosesser; øker psychological mindedness. En annen effekt av psykoedukasjonen er at det legges til rette for at terapeuten kan påpeke mentaliseringssvikt hos pasienten uten at dette nødvendigvis oppleves som et personlig angrep fra terapeuten.

MBT tar utgangspunkt i friskhet og håp

Modellen som presenteres for pasienten, tar utgangspunkt i normalitet - alle har problemer med mentalisering fra tid til annen, spesielt hvis man har sterke behov eller følelser. Det er en evne de allerede innehar, men som kan perfektioneres gjennom treningen terapien utgjør. Dette er mer spiselig for pasienten og gir grunnlag for håp og mestring. Pasientens perspektiv kan bli at dette er evner de allerede innehar, det gjelder bare å bli flinkere til å bevare den funksjonen. De sliter med mentalisering på noen områder, men dette er ikke uoverkommelig.

Frank (1961) fremhever at klienter først og fremst er kjennetegnet ved at de er demoralisert - de tror at ingen kan eller vil hjelpe dem. Hvis psykoterapien fremmer håp og tar utgangspunkt i friskhet, kan dette gi klienten et signal om at det finnes hjelp og det at terapeuten faktisk vil hjelpe. Dette forklarer *hvordan* hjelpen virker og hvorfor det virker - det lager et system for klienten som både gjør at klienten kan se på mindre elementer i problemene og dermed også "måle" små fremskritt.

MBT er terapeut-støttende og bidrar til fleksibilitet

MBT-teori kan på mange måter omtales som terapeut-støttende. Teoriene gir terapeuten en forklaringsmodell som gjør det lettere å "tåle" vanskelige pasienter. For terapeuter med utgangspunkt i andre modeller blir noen pasienters handlinger ansett å gjøres "bare for å få oppmerksomhet" eller "for å manipulere". MBT tilbyr en alternativ forklaring som tilskriver og vektlegger mindre ufordragelige deler ved et individ. Teorien fremhever pasientens symptomer og hjelper dermed terapeuten å i større grad tåle vanskelige situasjoner. Terapeuten oppfordres til å ta hensyn til pasientens perspektiv slik at forventninger ikke blir urealistiske (Bateman & Fonagy, 2004b). Denne bevisstheten vil trolig gjøre det lettere for terapeuten å møte pasienten i sitt indre kaos, oppfatte ropet om hjelp i utfordrende symptom som videre vil fremme terapeutens

empatiske tilnærming til pasienten (jf. terapeuten som en forståelsesfull og undrende omsorgsfigur).

MBT vektlegger at svikten skjer i begrensede perioder og øyeblikk der pasienten ikke forstår seg selv eller andre så godt, at uheldig atferd ikke er motivert av motiv som i seg selv er onde. Kanskje er det at terapeuten lettere får empati for pasienten i seg selv en intervensjon som er så sterk at en pasient viser bedring?

Jørgensen (2004) peker på at psykoterapiforskning hevder at det er større forskjell mellom terapeuter innad i en retning enn mellom skolene. Evnen til å være fleksibel, tilpasse terapien til pasienten, og å ta pasientens perspektiv fremheves. Selv om man har en "espoused theory", en teori bak det man gjør, så har flinke terapeuter mye mer til felles på tvers av skoler, enn de sier når de snakker sitt teoretiske grunnlag. Jørgensen (2004) antyder at det å ha en "god nok" terapeut gjør mer for pasienten enn hvilken skole terapeuten tilhører. Kan det være at MBT hjelper terapeuten evne til å ta individuelle hensyn, vise fleksibilitet, og å se pasientens perspektiv på en bedre måte? MBT fremhever at terapeuten selv må revidere sitt syn på pasienten kontinuerlig; det er pasienten som er ekspert på sitt liv.

Kanskje tillater MBT terapeuten ikke å være fastlåst i et teoretisk rammeverk, men heller tilpasse behandling som passer best for den aktuelle pasient? Dette vil i så fall være i tråd med APA's prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis (2006), hvor planlegging av behandling skal ta hensyn til det unike ved pasienten når man setter mål med terapien. Mentalisering kan være et begrep som muligens fanger opp det fleksible hos terapeuten ved å fokusere på det særskilte hos pasienten. Mentalisering støtter for eksempel terapeuten til ikke å ta for gitt at dersom en pasient har BPF, så kvalifiserer diagnosen til å antatte mentale motiv hos pasienten. Man blir oppfordret til å se det spesielle med individet.

MBT bevisstgjør terapeuter til å ikke begå opplagt mentaliseringssvikt

Terapeuter begår feil. Jørgensen (2004) mener at man må fokusere på hva som gjør terapeuter "gode nok" (jf. "the good enough mother"; Winnicott, 1971), istedenfor å være forankret i skoleretningene, deres teknikker og intervensjoner. I MBT er man opptatt av hvilke intervensjoner som undergraver "god nok" mentalisering, både hos terapeut og klient. For eksempel vektlegges det at terapeuten ikke skal fremstå som

ekspert, smart eller den som har innsikt, eller la pasienter forbli i forestillingsmodus, hvor mental aktivitet og dets innhold oppleves helt uavhengig og frakoblet fysisk virkelighet. Mentaliseringssvikt sees for eksempel hos den stereotypiske terapeut, som med selvsikkerhet presenterer sine urokkelige tolkninger om årsakene til pasientens problem. Det kan være provoserende dersom pasienten opplever at deres liv er fundamentalt annerledes den rigide tolkningen terapeuten holder fast ved. Terapien kan da få en iatrogenisk effekt, hvor terapi kan være kilde til ytterligere problemer for pasienten.

Hvis man i større grad unngår disse fallgruvene, kan dette ha noe å si for utfallet? Kan det være at MBTs rammeverk hjelper "mindre gode terapeuter" slik at de blir i stand til å være "gode nok"? Å forhindre slike feil kan jo oppfattes som mer alliansebyggende, trygghetsskapende, og gi klienten en rollemodell for hvordan man kan møte vanskelige situasjoner på en bedre måte.

Ved behandling av BPF ser vi for oss at en del helsepersonell behandler individet ut fra et moralistisk perspektiv. Et eksempel på dette kan være helsepersonell som mener at pasienten "manipulerer seg til behandling ved å bli lagt inn". Dette skjer når den ansatte tolker at han/hun *vet* det mentale motivet til pasienten på bakgrunn av diagnose og atferd, uten at nye data (som pasientens utsagn) kan rokke ved. Man kan se på dette som en mentaliseringssvikt fra den ansatte sin side. Ikke bare er det etisk betenkelig, men den ansatte mangler da tolkningsbevissthet og ser mindre av pasientens psykiske smerte. Dette kan bidra til repetering av tidligere dysfunksjonelle mønstre for pasienten.

Ikke vitende holdning fra terapeuten

En terapeut som fremstår menneskelig, ikke allvitende, vil med større sannsynlighet kunne utgjøre en sikker base for pasienten. I tillegg til å søke å skape trygghet, anerkjenner og fremhever denne tilnærmingen at alle har forskjellige perspektiv. Terapeuten kan gjennom å vektlegge det fortolkende og lekefullt utprøvende i sin tilnærming fungere som en rollemodell for pasienten. Dette blir av Bateman og Fonagy (2006) betegnet som en mentaliserende holdning - "mentalizing stance".

I tillegg fremmer dette situasjoner der pasienten tør å ta opp "dumme ting" uten å tape ansikt. Det å ikke tape ansikt er en de viktigste drivkraften i kommunikasjon

generelt. Frank (1971) hevder dette gjelder i enda større grad for personer med psykiske problemer. Det at en terapeut klarer å påpeke en "feil" på en måte som gir pasienten opplevelse av å ikke tape ansikt, blir kanskje fremmet i større grad i MBT enn andre terapiretninger. Man kan hypotetisk se for seg en kognitiv terapeut påpeke det uhensiktsmessige/gale i en pasients skjema på en måte som av pasienten kan oppleves å illustrere et skjevt maktforhold. Tenk bare på Wilhelmsen (2004) som på en meget direkte, med et humoristisk preg, spør pasienten ut om når det passer dem å dø. Stilen kan virke nedlatende, og den humoristiske "twisten" kan bidra til en forsterkning av dette, spesielt for dem med mer hemmende mentaliseringsvansker. Bidraget til MBT oppfordrer terapeuten til mer forsiktig utforske pasientens forestillinger for så å sammen utforske andre alternativ på en mindre direkte måte.

Fra "Minding the baby" programmet (Slade, Sadler & Mayes, 2005) ser man eksempel på hvordan intervensjoner utformes for ikke å la klienten tape ansikt. Her oppfordres terapeuten til å ikke korrigere mors oppfattelse, men snakke på vegne av barnet på en måte som ikke truer mor. For eksempel barnet som leker med fjernkontrollen og som i et utviklingsperspektiv ses på som en normativ eksplorering og identifikasjon med mor. Når mor blir irritert for at barnet ikke viser respekt for henne. Terapeuten gir stemme til barnets intensjoner og sier, "du synes knappene er spennende og du vil gjøre det samme som mamma gjør".

Effekten av Mentaliseringsbasert behandling

Bateman og Fonagy (2008a) presenterer hvordan pasienter med BPF behandlet med MBT blant annet har færre suicidforsøk, bruker mindre medisin, og er kortere i kontakt med helsevesen sammenlignet med en treatment-as-usual gruppe. "More striking than how well the mentalization-based treatment group did was how badly the treatment as usual group managed within services despite significant input." (Bateman & Fonagy, 2008a, side 636). Man får inntrykk av en betydelig forskjell i lidelsestrykk mellom gruppene som mottok henholdsvis MBT og "vanlig" behandling 8 år etter behandlingen ble startet.

Man kan tenke seg flere årsaker til forskjellene mellom disse gruppene. Det er usikkert hvem som utgjorde terapeutene i de respektive gruppene, samt noen uklarerheter i hva "vanlig" behandling representerer. Dersom pasientene i MBT-gruppen mottok

behandling fra personer med lengre og mer spesifikk erfaring med BPF enn de øvrige terapeutene, kan dette ha gitt effekter som svekker studiets validitet. I og med at det etter vår vurdering ikke foreligger klare og konkrete definisjoner på mentalisering, blir det vanskelig å avgjøre i hvilken grad det er den mentaliserende holdningen vektlagt i MBT som har gitt effekt.

En utdyping av terapeutfaktoren

Vi mener at bidragsyterne (Allen et al., 2008) på en tilfredsstillende måte uthever terapeutfaktoren i psykoterapi. Terapeuter er ikke like, ei heller har terapeuter samme forutsetninger. Klinikere gjør også mye mer på tvers av teoretiske tilnærminger enn de ulike skoleretningene gir inntrykk av. Virkningsfaktorene er sannsynligvis ikke identiske med dem som terapeuter generelt fremhever. Hvis terapeutfaktoren er viktig, så bør dette også få innvirkning på opplæring av kommende terapeuter. MBT utgjør et viktig bidrag når det gjelder å unngå typiske iatrogeniske faktorer på tvers av skoleretninger. Terapeuter som gir effektfulle behandlinger, er fleksible og tilpasser behandlingen, individuelt. Spørsmålet her er altså ikke bare hva man bør gjøre i psykoterapi, men også hva terapeuter ikke bør gjøre. Vi kan se et bidrag i fokuset på terapeutens "mentalizing stance". Her skal blant annet terapeuten eksplisitt mentalisere rundt eventuelle misforståelser som oppstår i terapirommet, lete sammen med pasienten etter hvordan disse har utviklet seg. Dette fokuset kan vi imidlertid finne igjen i Safran og Muran's (2000) skildringer av terapiprosessen. Hvem dette fokuset skal tilskrives er åpent.

Øker bedre struktur effekten?

Et annet godt poeng fra MBT er det strukturerte og systemiske opplegget de skisserer for pasienter. En teori som systematisk støtter terapeuter for å unngå frafall og avslutning av pasienten, et opplegg som følger opp klienten tett og er langvarig, uten skifte av terapeut, virker fornuftig for en del av de vanskeligere og mer diffuse diagnosene som schizofreni, psykose, noen personlighetsforstyrrelser og spiseforstyrrelser. Deres bidrag setter søkelyset på pasientens behov for en systematisk og helhetlig behandling på flere arenaer. Behandling bør ikke utelukkende tilbys reaktivt etter forsøk på suicid. Psykiske lidelser oppstår ikke i vakuum, ofte vil pasienter

i tillegg ha problemer med arbeid, økonomi, fysisk helse med mer. For pasienter med et stort lidelsestrykk og problem på en rekke områder, vil det da være hensiktsmessig med færrest mulig personer å skulle forholde seg til hvor hjelpetilbudet er mest mulig samkjørt.

Mer anvendbart for noen pasientgrupper enn andre?

Innen psykoterapi, ser vi at fokus på mentalisering kan være nyttig for flere pasientgrupper enn dem diagnostisert med BPF. Pasienter kan ha bruk for å forbedre denne funksjonen for å få en plattform til å kunne løse andre problemer. Fokus på mentalisering, tror vi, har mye å tilføre når det gjelder de pasienter som ligger i et mellomstykke i sin mentaliseringsvikt - Vi er enige med Allen et al (2008) at pasienter som har for gjennomgående svekkelser i mentalisering, kan ha problemer med å gjøre seg nytte av psykoterapi. Likevel mener vi at dette ikke bør utelukke denne gruppen fra all psykoterapi - de kan ha nytte av andre, mer praktiske, støttende og enkle intervensjoner. Vi mener også at de som ikke har fundamentalt større problemer med mentalisering enn normalbefolkningen, og som samtidig trenger psykoterapi, vil ha bedre nytte av andre, mer problemspesifikt rettede intervensjoner. Om man velger å anse terapien som mentaliseringsfremmende, vil det i så fall være avhengig av hvordan mentalisering er definert. Kanskje bør det være et fokus på hvilke terapier som er mer fokus på mentalisering og hvilke som har større fokus på andre intervensjoner?

Avgrensning av begrepet

Hvor går grensene for terapi med stort eller mindre fokus på mentalisering? Man har prøvd å skille begrepet fra andre brukt i forklaringer av menneskers metakognisjon og sosiale samhandling (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Det er likevel noe utilfredsstillende over det faktum at man ikke i større grad differensierer mellom ulike måter å ha hemmet mentalisering. Allen og kolleger (2003) viser til normalvariasjon i funksjonen når de presiserer hvordan det for en tannlege kan være hensiktsmessig å redusere mentaliseringen når smertefulle intervensjoner utføres. Likevel kan man stille seg kritisk til om dette er riktig. For man kan da tilsvarende si at en kognitiv atferdsterapeut bør redusere egen mentalisering overfor pasienten under eksponering. Man kan anta at de fleste terapeuter og forhåpentligvis også tannleger

forteller sine pasienter om hensikten bak intervensjonene; At man må borre vekk de delene av tannen som er råttene for å forhindre videre ubehag. En forutsetning for effektiv eksponeringstrening er likeledes en forståelse hos pasienten om at de ubehagelige møtene med det de frykter mest, tenkes å redusere angsten over tid. Terapeuten forsikrer seg om at pasienten med sprøyteskrekk ikke tror vedkommende blir stukket forskjellige steder på kroppen med nåler av ulike størrelse fordi terapeuten skal tilfredsstillere sine sadistiske trekk.

Diagnostisering kan i utgangspunktet være vanskelig. Mentaliseringssvikten assosiert med BPF kan være så tydelige at beskrivelsene av diagnose og problem vil "passe" godt. Det er ofte ikke tvil om at vedkommende har en BPF og ikke en depresjon eller sosial fobi alene. Denne tydeligheten kommer ikke frem av mentaliseringsbegrepet. Man opplever i stedet en økt usikkerhet på diagnosen fordi symptomene forklart som mentaliseringsvansker finnes i flere andre diagnoser i tillegg.

Er mentaliseringssvikt homogent?

Mentaliseringsbegrepet har eksistert innen en psykodynamisk tradisjon hvor ulike benevnelser er blitt gitt i beskrivelser av metakognitive prosesser i sosial samhandling. Fremdeles eksisterer det tilsynelatende en usikkerhet i fagmiljøet rundt hva mentalisering er, hvor for eksempel Nørgaard (2008) sidestiller mentalisering og theory of mind. Andre eksempler er Siegel (1999) som bruker disse begrepene om hverandre i sin utforskning av de nevrobiologiske korrelatene til disse prosessene. Theory of mind (Baron-Cohen et al., 1985) viser til et komplisert system av tro og ønsker som brukes til å forklare andres atferd. I første øyekast kan dette begrepet favne mentalisering. Dette er både riktig og galt. Riktig i og med at mentalisering og dets tilhørende prosesser involverer theory of mind, men galt siden theory of mind ikke kan erstatte mentalisering. Theory of mind avgrenses smalere enn mentalisering. Det er gjennom mentalisering mennesker kan danne seg hypoteser av hverandres theory of mind (for eksempel Safier, 2003).

Fonagy og hans kolleger (2004) påpeker at det eksisterer beslektede begrep i litteraturen. Det mangler likevel en klar avgrensning av begrepene i forhold til hverandre. Slik mentalisering presenteres i dag fremstår det som et paraplybegrep for en

mengde psykologiske prosesser som er definert smalere og med tydeligere avgrensing. Dette gjør det vanskelig å skille mentalisering fra andre lignende psykologiske prosesser.

Slik Fonagy og Bateman presenterer begrepet kommer det ikke tydelig frem hvilke prosesser det referer til og hva som avgjør om svekkelsen i mentalisering er patologisk eller av mer normal karakter. Det ser ut å være en bevissthet rundt dette i fagmiljøet:

"Gitt den generelle definisjonen av mentalisering, vil de fleste psykiske lidelser kunne beskrives som omfattende eller mer kontekstspesifikk reduksjon i mentaliserende kapasitet. Og mentalisering er en evne med store individuelle variasjoner (Allen & Fonagy, 2006). I den videre utviklingen av mentaliseringsbaserte behandlingsformer vil det kunne bli et sentralt spørsmål ikke hvorvidt mentaliseringsevner er svekket, men hvorvidt dysfunksjonell mentalisering er sentralt i forståelsen av de respektive psykopatologier; og hvorvidt det bør være et terapeutisk hovedfokus å fremme slike evner. For eksempel har det blitt beskrevet mentaliseringsproblemer hos schizofrene pasienter og autister (Frith, 2004), men det er ikke det samme som om at mentaliseringsbasert intervensjon vil være nyttig i slike sammenhenger. Så hvorvidt man skal fokusere på mentalisering i terapi vil være en fremtidig empirisk utfordring." (Karterud & Skårderud, 2007).

En nyansering av mentalisering

En mulig fremgangsmåte for å bedre kunne avgrense begrepet er å se hvilke underprosesser eller fasetter mentalisering kan deles inn i. Mentalisering viser til prosesser som virker inn på hvordan individet forholder seg til seg selv. Her peker Bateman og Fonagy (2004b, 2006) blant annet på hvordan gode mentaliseringsevner blant annet gir evne til affektregulering, samt forårsaker en mental/kognitiv fleksibilitet som gjør oss i stand til å vurdere flere alternative perspektiver på virkeligheten og gir større handlingsrom. Svekkede evner til affektregulering kan identifiseres i mye kjent psykopatologi; BPF, ADHD, depresjon, angstlidelser og spiseforstyrrelser som noen eksempler. Bateman og Fonagy (2004b) tar for seg de ekstreme uttrykkene manglende mentalisering har på de affektregulering ved å fokusere på selvskadende atferd. Dette

forekommer i seg selv ikke utelukkende for personer med BPF. Som resultat kan symptom på en rekke lidelser diskuteres som svekkelser i mentalisering eller affektregulering i og med begrepets uklare avgrensning.

Svekket selvreflekterende evner er en fasett ved mentalisering som kan identifiseres som en generell årsak til mange pasienters behov for terapi. Det å ikke kunne forholde seg til bestemte følelser (McCullough et al., 2003) eller tanker kan være et kjennetegn ved en rekke lidelser, tidligere eksemplifisert for PTSD eller depresjon. Rigide tankemønstre, grandiositet og konkret tenkning presenteres som eksempler på svekket mentalisering (Bateman & Fonagy, 2007) som kan identifiseres hos pasienter med en rekke diagnoser. En beskrivelse av terapi generelt kan være at man her utforsker hvorfor pasientens liv er som det er og endrer gjennom et samarbeid med pasienten, hvordan man kan forholde seg til symptomer. Psykotiske symptom kan sees som resultat av svekkelser i evne til å se grensene mellom indre og ytre hendelser, mellom fantasi og virkelighet. Problemer utspiller seg i en sosial kontekst, hvor pasienter ofte bekymrer seg over andres reaksjoner på egne symptom. Opplevelser assosiert med paranoiditet, sosial angst eller samhandlingsvansker kan diskuteres som eksempler på svekket mentalisering.

Vansker i sosiale evner kan skyldes flere forhold. Man ser lidelser i autismespekteret hvor individet ikke klarer å forholde seg til andre sinn, total mentaliseringssvikt (mindblindness; Baron-Cohen et al., 1985). Hos autister antar man at undringer over andres psyke er fraværende. Personer med Aspergers syndrom fremstår mer velfungerende sosialt, men samtaler viser ofte sterkt reduserte mentaliseringsevner hvor forståelsen av andre er ensidig, rigid og svært forenklet. Med autistiske trekk kan man forstå ulike aspekt ved den menneskelige natur. Karon og VandenBos (1981) bruker begrepet til å referere til tilbaketrukkethet fra sosial deltagelse. Slik sett kan mye av psykisk lidelse sees å inneholde autistiske trekk, da sosial tilbaketrekking og isolasjon finnes som symptom på en rekke symptom- og personlighetslidelser. Sett under ett kan man diskutere mentaliseringssvikt i de fleste tilfeller av sosiale samspillvansker.

Mentaliseringsprosessen(e) kan utvilsomt nyanseres ytterligere utover de fasettene presentert her. Man kan tenke seg dette som en mulig vei å gå for å kunne avgrense begrepet og de prosesser det referer til. Dersom begrepet referer til flere

prosesser, hver som mulig kilde til terapibehov, vil da pasienter med mentaliseringsavvik på forskjellige arenaer ha effekt av samme tilnærming; MBT? Dersom en videre utvikling medfører at man kan identifisere bestemte mentaliseringsavvik assosiert med bestemte diagnoser, at svekket mentaliseringsevne er en indikasjon på psykopatologi generelt, kan man håpe på at mentaliseringsbaserte behandlinger nyanseres og raffineres for dette.

Mentalisering bør avgrenses bedre

Dersom mentalisering skal overføres til et større spekter av lidelser innen psykoterapi enn BPF, behøver man etter vårt syn, en avgrensning av mentalisering som er mer håndterbar for klinikere. Mentaliseringsbegrepet er til tider definert sirkulært og blir dermed stående uten et tydelig innhold. Usikkerheten gjelder både i forhold til å forstå begrepet, og hva dette tilfører psykoterapi. Slik det er definert nå, overlapper mentaliseringsbegrepet med mange virkningsfulle psykoterapeutiske prosesser, og ligner til forveksling for mye på det terapeuter allerede gjør. Man bør utdype og underbygge på hvilken måte dette vil hjelpe terapeuten, i hvilken grad man bør bruke det, og i hvilke situasjoner det er heldig å utføre bestemte mentaliseringsfremmende intervensjoner.

Tydliggjøring av forskjeller av ulike typer mentaliseringssvikt

Mentalisering inneholder i følge forfatterne selv mange fasetter. Hvis man kunne videreutvikle dette begrepet i form av fasetter, kunne det da ha bidratt til differensialdiagnostikk eller bedre utredning av problemområder på tvers av diagnoser? I tilfelle kunne dette vært et meget viktig bidrag. Er alle i det nevnte "mellomsjiktet", de som har noe mentaliseringssvikt, best tjent med at man fokuserer på mentalisering i psykoterapi? Kan mentalisering da gi en plattform for å bedre kunne differensiere mellom forskjellig problematikk, på tvers av diagnoser? Da trengs det bedre definisjon og avgrensning av hvordan begrepet mentalisering forholder seg til andre begrep og andre intervensjoner. Hva hvis man kunne utvikle mer spesifikke måter å forstå diagnoser på ved hjelp av mentalisering eller eventuelt andre/nye måter å kategorisere problemer på? Dette kunne avhjulpet i forhold til prioritering av hvilke problemer man skulle jobbe mest med, og muligens også gitt et nye muligheter innen diagnostisering.

Sammenfatning av Problemstilling 2

Vi ønsket å undersøke forholdet mellom mentaliseringssvikt og behandlingen av psykiske lidelser. Hovedpunktene for problemstillingen er oppsummert i tabell 4. Det var derfor naturlig å se på hvordan MBT mener behandling bør struktureres, om intervensjoner eller terapeutrollen skiller seg fra andre terapimodeller. MBT bruker en rekke strategier i behandling, men det er vanskelig å se en klar distinksjon fra annen terapi. I og med at vi i liten grad fant klare forskjeller fra annen terapi, tok vi for oss hvordan faktorer presentert som sentrale og virksomme i MBT, skiller seg fra såkalte allmenne, virksomme fellesfaktorer i all terapi. Ved å dele opp aspekter ved MBT har vi pekt på hvordan flere av elementene fremhevet som virkningsfulle av Allen, Fonagy og Bateman (2008) i stor grad er lik faktorer fremhevet som allmenne i psykoterapiforskningen. Dersom denne terapimodellen i stor grad er bygd på faktorer man finner i all terapi, kan man feilaktig anta at de fleste pasienter effektivt kan behandles med MBT.

Samtidig som mentalisering hevdes å eksistere i all terapi, mener man at ikke alle pasienter vil kunne ha nytte av terapi med et mentaliseringsfokus (Allen et al., 2008). Vi er enig i at pasienter med ulikt lidelsestrykk og sammensetning, trenger forskjellig behandling. Samtidig vi har vansker med klart å se hva som skiller terapi med fokus på mentalisering fra terapi uten dette fokuset. I likhet med en utydelighet i begrepets definisjon mener vi det eksisterer en uklarhet overfor hva et mentaliseringsfokus vil si.

Når vi finner store likhetstrekk mellom MBT og annen terapi, er det naturlig å stille spørsmålsteget ved hvor det kliniske, anvendelige bidraget deres ligger. Vi er positive til det fokuset Allen og kolleger (2008) retter mot terapeutfaktoren, ved å presisere viktigheten av at terapeuten kontinuerlig mentaliserer rundt seg selv og pasienten. Videre tror vi Bateman og Fonagys (2004b, 2006) skisse rundt strukturen på behandling kan gi svært positive utfall for effektivitet av behandling generelt. Vi ønsker flere effektstudier av MBT sammenlignet med andre spesifiserte og/eller manualiserte terapiformer. Skal man kunne gjennomføre slike studier, vil det imidlertid være en forutsetning at begrepet og tilhørende prosesser defineres klarere enn hva som er tilfelle i dag.

Man kan spørre seg i hvilken grad dette begrepet tilfører noe nytt i forståelse av psykopatologi. Vi har vist hvordan begrepet refererer til et vidt spekter av prosesser. Dermed kan man dele dette opp i flere fasetter, som vi eksemplifiserte med vansker med affektregulering, selvreflekterende svakheter og sosiale samspillvansker.

Mangfoldet i begrepets potensielle bruksområder kan imidlertid utgjøre et positivt bidrag til psykologi gitt at man differensierer mellom ulike former for mentaliseringssvikt. I så fall bør; 1) begrepet defineres tydelig og konkret, 2) det differensieres og identifiseres mønstre av mentaliseringssvikt assosiert med forskjellige diagnostiske kategorier, og 3) utvikles forslag til intervensjoner egnet for hvert enkelt avviksmønster. Vi er enige i at mentalisering ser ut til å være et problem for mange individer som går i psykoterapi - men varierer ikke denne evnen såpass blant pasienter at man må velge å bruke mentalisering med de som behøver dette fokuset i psykoterapi?

Tabell 4: Hovedpunkter Problemstilling 2

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - MBT bruker en rekke strategier i behandling, men det er vanskelig å se en klar distinksjon fra annen terapi. - Mange av de virksomme elementene som MBT fremhever i sin behandling, ligner på felles faktorer som har blitt fremhevet i fellesfaktor bevegelsen. - MBT utgjør et positivt bidrag ved sitt fokus på terapeutfaktorer samt forslaget på struktur rundt terapi. - Man må tydeliggjøre forskjeller på ulike typer mentaliseringssvikt og relasjon til psykiske lidelser og behandling. |
|---|

Er det rimelig å vurdere mentalisering som den mest fundamentale allmenne faktoren i psykoterapi, slik Allen, Fonagy og Bateman påstår?

Allen, Fonagy og Batemans syn på sitt eget bidrag

På en konferanse i Budapest i 2006, foreslår Jon G. Allen at: "mentalizing is the core common factor among diverse psychosocial interventions in mental health". Dette synet blir videreført i boken "Mentalizing in Clinical Practice" (2008) - der skriver Allen, Fonagy og Bateman at mentalisering er den mest fundamentale allmenne faktoren innen psykoterapeutiske behandlinger. De påstår at nettopp fordi mentalisering er så

fundamentalt, vil alle som jobber med mental helse, ha utbytte av å bedre forstå mentalisering og dens praktiske implikasjoner. "To be effective - in establishing a therapeutic alliance, for example - we clinicians must mentalize skillfully; concomitantly, we must engage our patients in mentalizing" (2008, side 1). Allen et al. (2008) fremhever at MBT ikke er konstruert som enda en ny type terapi:

"(...) mentalizing-focused treatment is the *least novel* therapeutic approach imaginable, simply because it revolves around a fundamental human capacity - indeed, the capacity that make us human (...) we advocate keen attention to enhancing mentalizing in extant therapies " (side 6-7).

De mener at det å hjelpe klienter til bedre mentalisering i seg selv ikke er nok til å løse problemer eller bli kvitt sykdom. Derimot vil økt oppmerksomhet mot dette fenomenet, vil gjøre klienten bedre i stand til å møte sine problem. Allen med flere ser eget bidrag rundt mentalisering som "*a refinement rather than an innovation*" (2008, side 7). Boken deres er, i følge forfatterne ment for at fagmiljøer skal skjerpe oppmerksomheten mot en allmenn faktor i psykoterapi; mentalisering.

De mener at dette fokuset vil være til hjelp både for terapeuter og pasienter: "While we claim no innovation, we believe that clinicians and patients have much to gain from *refining* their understanding of mentalizing and its significance." (2008, side 20-21). Forfatterne ønsker å tilføre noe i forhold til utvikling og i det å være en tilnærming basert på et vidt spekter av forskning:

"In sum, without desire to create another new brand of therapy, we construe focusing on mentalizing in treatment as a research-informed approach to provide essential *developmental help*." (2008, side 21-22).

Det vil ifølge Allen og kolleger føre til en dreining i terapi, heller enn en dramatisk annerledes måte å utføre terapi på:

"First, mentalizing interventions tend to be experience-near, emphasizing relatively conscious (and preconscious) mental states as well as here and now. Second, a focus on mentalizing gives priority to process over content." (2008, side 12-13).

Mener de at et terapeutisk hovedfokus alltid bør være å fremme mentaliseringsevner? De har selv påpekt at noen pasienter faller utenom. Man kan tenke seg Allen og kolleger mener at økt kunnskap om begrepet og dets tilhørende prosesser vil være fordelaktig i all terapi. Satt på spissen kan man spørre seg hva som er forskjellen mellom mentalisering i MBT og mentalisering i annen psykoterapi. Hvorfor er dette en så viktig ferdighet for helsepersonell å inneha, dersom mentalisering allerede er i bruk i all god terapi, om enn "bare" implisitt? Det interessante er å undersøke hvilken måte Allen et al. ser mentalisering brukt annerledes i andre psykoterapier. Hvis mentalisering i annen terapi skiller seg kvalitativt fra mentaliseringsbasert terapi hadde det vært interessant å undersøke hvorvidt dette er kilde til forskjeller i effektivitet. Hvis det var tilfellet kunne man i større grad dyrket frem påviselige effektive mentaliseringsteknikker.

Hva menes med den mest fundamentale allmenne faktoren?

Det er vanskelig å få tak i begrunnelsen når Allen med flere (2008) påstår at mentalisering er den mest fundamentale allmenne faktoren i psykoterapeutisk behandling. De viser ikke direkte til hva de legger i påstanden. Vi mener at dette er en påstand som er vanskelig å gripe fatt i uten eksplisitt nyansering. Vi vil her likevel prøve å tolke begrepet etter beste evne, på tross av at utsagnet ikke er utdypet av forfatterne selv.

I vid forstand, kan man anse en "allmenn faktor i psykoterapi" å være en faktor som sannsynligvis har generell effekt i behandling, uavhengig terapiretning og tilsiktet eller ikke. En snevrere tolkning av en allmenn faktor kan være at det er bevisste intervensjoner i psykoterapi, som ansees å virke på tvers av terapi-retninger og patologi. Vi antar at forfatterne mener at mentalisering er en allmenn faktor i vid forstand, siden de hevder at det ikke behøver å være eksplisitt - når klinikere eller pasienter har relativt god evne til mentalisering, kan terapi gå rimelig fint uten å reflektere over fenomenet. Hvis dette stemmer, viser "allmenn faktor" til den generelle effekten som mentalisering

har i terapi. Vi antar at det menes at mentalisering utgjør en signifikant effekt i forhold til andre faktorer.

I tillegg sier Allen og kolleger (2008) at mentalisering er fundamental. Ordet "fundamental" sammen med "allmenn" ble for oss kilde til mer usikkerhet: Må ikke en fundamental faktor også være allmenn? Vi tror at "fundamental" er skiller seg fra "allmenn" i at det henviser til at mentalisering er en essensiell bestanddel i psykoterapi - den kan ikke tas bort. Satt sammen med "allmenn faktor" er det altså en essensiell bestanddel som har generell effekt i psykoterapi. Hvis mentalisering er en bestanddel, lurer vi på hvor stor del av psykoterapien denne bestanddelen utgjør- og på hvilken måte den skiller seg fra øvrige bestanddeler.

Videre påstår de at det er "*den mest fundamentale*", altså den essensielle bestanddelen i psykoterapi som er *mer viktig* enn noen andre bestanddeler. Vi savner en utdyping av data som støtter dette. Andre konsepter kan tenkes å være like "mest fundamentale" som mentalisering. Begrepene "allianse" og "kommunikasjon" er eksempler slike faktorer. Uten kommunikasjon er det for eksempel vanskelig å samtale med pasienten. Kan man da mentalisere på en god måte? Spørsmålet er hvordan man kan måle konseptet mentalisering opp mot beslektede termer som relasjon, allianse, kommunikasjon? Hvordan kan vi si at dette er mye viktigere enn bruk av intervensjoner, fremming av håp, teoretisk forankring og ivareta pasientens personlige integritet ved å skape minst mulig rom? Hvilken er den mest fundamentale? Er ikke alle helt fundamentale? Hvis vi tar bort en av disse faktorene, vil ikke de andre miste sin effekt? Alt i alt mener vi at det behøves en tydeliggjøring av hva de mener med sin påstand.

Er det rimelig å foreslå mentalisering som den mest fundamentale allmenne faktoren i psykoterapi?

Allen, Fonagy og Bateman (2008) mener at alt helsepersonell kunne hatt utbytte av en økt oppmerksomhet og raffinert forståelse av fenomenet mentalisering. Mentalisering og mentaliserende teknikker utgjør et normalfenomen i psykoterapi; "You are doing it already." (Allen et al., 2008, side 167). Videre hevder forfatterne at mentalisering er noe vi gjør automatisk, og at vi alle opplever mentaliseringssvikt. Hva er det som gjør det så viktig i psykoterapi? Mener de mentalisering i form av det som allerede skjer i relasjoner, eller mentalisering som noe mer eksplisitt, som får en annen form i terapi?

Noen behandlingskontekster vil i større grad ligne normalsituasjoner, slik som mer rådgivende terapi, der mentalisering kanskje ikke bør være eksplisitt i samme grad. Psykoterapi er interpersonlig og relasjonell, men også rådgivende og objektiv. Vi savner en tydeliggjøring av hvordan mentalisering kan anvendes i ulike behandlingskontekster og med ulike pasienter. Mentalisering kan tenkes å være en sentral prosess i behandling generelt. Hva er det med mentaliseringsperspektivet som skiller det fra øvrige relasjonelle tilnærminger? I det Allen og kolleger sier ligger det noe implisitt om at deres anbefalte form for psykoterapi vil bli drevet noe annerledes, men hvordan?

Vi mener at det må tydeliggjøres hvorfor de mener at mentalisering er den mest fundamentale allmenne faktoren i psykoterapi. I tillegg savner vi teoretisering rundt hva som må gjøres for at en terapeut skal ta fenomenet mentalisering bedre i bruk. Vi mener ikke at en økt oppmerksomhet på mentalisering i psykoterapi er galt - vi mener begrunnelsen for hvorfor dette er viktig mangler. Vi savner en god argumentativ og empirisk basis.

Allen et al. (2008) sier at de velger å ha på seg "mentaliseringsbriller":

"Some of the work we present in this book, for example, might be viewed as equidistant between psychodynamic psychotherapy and cognitive therapy. More aware of similarities than differences, we find it instructive to view established treatment approaches through the lens of mentalizing." (side 13).

Dersom man ikke tar på seg disse brillene, hva skjer da? Brillene du har på deg gir muligens det "fundamentale". Kan det være at man her beveger seg inn på en klassisk feil innen vitenskapelig praksis; en tilbøyelighet til å bekrefte fremfor å avkrefte ens egne hypoteser?

Allen og kolleger (2008) hevder som nevnt at mentalisering, sett med mentaliseringsbriller, finnes i flere forskjellige terapiformer. De peker på mentalisering i en rekke terapier, men mener at alle innehar svakheter, mangler fasetter, at de ikke er fullverdige i sine mentaliseringsfremmende teknikker. For eksempel at klient-sentret terapi og deres vektlegging av empati ikke maler hele bildet, terapeuten kan svikte i sin mentalisering i måten de empatiske uttalelsene fremmes på dersom disse ytres bombastisk. En fullverdig forståelse og anvendelse av mentaliseringsfremmende

teknikker skal derfor i deres syn innlemme alle fasettene av mentalisering. Det er dette som er deres bidrag. Spørsmålet er jo om de gir et fullverdig bilde, med teknikker som sikrer jevnt over god mentalisering. Mangelen på konkrete, definerte teknikker gjør det vanskelig å avgjøre om Allen med flere gjør dette (2008).

Man kan undre seg over om ikke Allen, Fonagy og Bateman (2008) går i sin egen felle, når de sier at:

"Yet this book would be pointless if we were merely tossing a new concept into the mix. We believe that a focus on mentalizing is genuinely enriching by virtue of its foundation in developmental research and development psychopathology - the legacy of its origins in psychoanalysis and attachment theory." (side 21).

Når vi vanskelig finner eksempler som skiller deres anbefalte intervensjoner fra annen terapi, samt savner en klar differensiering mellom mentaliseringssvikt i BPF i forhold til andre lidelser, kan deres bidrag oppfattes noe mangelfullt.

Mentalisering bør i større grad differensieres fra andre element i psykoterapi
Allen med flere (2008) definerer implisitt "all psykoterapi" ut fra et mentaliseringsperspektiv. De sier at mentalisering er den mest fundamentale allmenne faktoren i psykoterapi. Senere, når de beskriver hvem dette fokuset ikke fungerer for, sier de: "patients whose mentalizing capacities are significantly and consistently impaired will have difficulty making use of treatment" (2008, side 20). Dermed utelukker de pasienter der man ikke kan fokusere på mentalisering og sier at de ikke er egnet for psykoterapi. Bør man gjøre noe annet enn psykoterapi med disse? Kan disse pasientene ikke nyttegjøre seg av psykologisk behandling? Vi mener at psykoterapi har glidende overganger til både gruppebehandling, miljøterapi og andre strukturerte behandlingsformer. Psykoterapi kan absolutt ha effekt, selv om man ikke fokuserer på mentalisering. Vi mener forfatterne heller bør avgrense for hvilke pasienter det er riktig å i større eller mindre grad fokusere på mentalisering innen psykoterapi, og hvilke pasienter det er bedre å gjøre andre intervensjoner med.

Vi er enige i at mentalisering kan synes å berøre kjernen i de prosesser som bidrar til endring i psykoterapi. Vi stiller likevel spørsmål ved hvor anvendelig er det å

kalle det den mest fundamentale faktor, når det finnes en rekke begrep som overlapper begrepet mentalisering. Vi tror også at mentalisering har resiproke forbindelser med lignende konsepter, og at disse kan være like viktige som mentalisering i seg selv. Dersom begrepet mentalisering skal være anvendelig for klinikere i psykoterapi, bør det differensieres bedre fra de elementer som har liten grad av (bevisst) mentalisering i seg.

Mentalisering som håndterbar definisjon

Yudofski skriver i sitt forord til "Mentalizing in clinical practice" hvordan forfatterne av boken gjør flere forsøk på å definere mentalisering:

"The gist of mentalizing is holding mind in mind... We are mentalizing when we are aware of mental states in ourselves or others - when we are thinking about feelings, for example... More elaborative, we define mentalizing as imaginatively perceiving or interpreting behavior as conjoined with intentional mental states." (Allen et al., 2008, side xi)

De gjør rede for innholdet i boken som utdyper begrepet mentalisering: "Then we contrast mentalizing with several related terms, in part to make the case that there is no other concept for mentalizing but *mentalizing*." (Allen et al., 2008, side 25). Det finnes ikke noen annen måte å konseptualisere mentalisering på, enn nettopp mentalisering. Resultatet er etter vår vurdering en sirkularitet i definisjonen. For å forklare leseren hva mentalisering viser til, presenterer de ulike fasetter av mentalisering:

"One point alone underscores the sheer complexity of mentalizing: in constructing mentalizing as attending to "mental states", we are encompassing a huge territory of mental states, including everything ranging from ordinary phenomena like needs, desires, feelings, thoughts, beliefs, fantasies, and dreams to pathological processes such as panic attacks, dissociative states, hallucinations, and delusions" (Allen et al., 2008, side 25).

Forfatterne mener at uttrykket er tilstede i et overveldende landskap. I kapittelet forklarer de hvordan mentalisering skiller seg fra andre relaterte uttrykk, som "theory of

mind", "metacognition", empati og "reflective functioning". Vi kan likevel ikke se hvordan dette gir belegg for påstanden om at mentalisering ikke kan beskrives som annet enn mentalisering.

Dersom begrepet skal overføres til et større spekter innen psykoterapi enn i behandling av BPF, behøver man etter vårt syn en avgrensning av mentalisering som er mer håndterbar for klinikere. Slik begrepet er definert i dag, finner man mentaliseringssvikt i en rekke symptomer, nærmest som et generelt kjennetegn ved psykopatologi. I klinisk praksis er det en sentral oppgave å differensialdiagnostisere de lidelsene pasienten presenterer. Dagens mentaliseringsbegrep kan i diagnostisk og behandlingsøyemed tenkes å skape forvirring heller enn å representere et anvendelig verktøy for klinikeren.

Mentalisering bør defineres, avgrenses og differensieres bedre

Mentalisering bør defineres, avgrenses og differensieres bedre for å øke brukbarheten innen psykoterapi. Definisjonene bør ikke ta utgangspunkt av at man har på seg "mentaliseringsbriller", slik forfatterne selv uttrykker. Det bør klargjøres hva som er forskjellen mellom det normale og det dysfunksjonelle og mellom fasetter av dysfunksjonelle problemer. Man bør i større grad *klargjøre* hvorfor mentalisering er den mest fundamentale allmenne faktor i psykoterapi. Vi tror at en så sterk utvidelse av mentaliseringsbegrepets domene (fra BPF til all psykoterapi), kan være med på å utvide definisjonen slik at det blir vanskelig å få tak på hva det egentlig betyr. En strammere avgrensning av begrepet vil, etter vår mening, også være nødvendig for å undersøke behandlingseffekten av mentaliseringsbaserte terapier.

Gammel vin på ny flaske?

MBT har blitt kritisert for å ikke tilføre klinisk praksis noe vesentlig nytt. Man peker på at mentalisering ikke er noe nytt - det er kun en reformulering av noe som har blitt praktisert innen psykoterapi siden tidenes morgen. I vurderinger av en teori eller behandlings rett til eksistens vektlegges gjerne konsepters grad av nytteverdi og originalitet. Yudofsky beskriver i forordet til "Mentalizing in Clinical Practice" (Allen et al., 2008) hvordan mange i sin tid reagerte med skepsis på Beck's presentasjon av kognitiv terapi, med hensyn til fraværet av "nyhet" i det som ble presentert. I følge

Yudofsky bør nye konsept og tilhørende teori heller vurderes ut fra fire mål: 1) klare definisjoner av begrepet, 2) brukervennligheten til konseptet, 3) dets forventede levetid, og 4) i hvilken grad det kan videreføres inn i fremtidige konsept. Er det slik at disse kritikerne hevder at mentalisering er "gammel vin på ny flaske" fordi mentalisering er en allmenn faktor? Hvis mentalisering er en allmenn faktor, og er i bruk i all psykoterapi, mister da MBT sin verdi som en tilnærming? Eller har måten MBT ser på psykopatologi og behandling noen fordeler som beriker fagfeltet?

MBT er et nyttig bidrag til psykologi, men med noen forbehold. Yudofsky har vurdert Allen og kollegers (2008) bidrag ut fra de fire mål beskrevet over og anser MBT som nyttig fra disse aspektene. Vi vurderer det slik at begrepet ikke er klart nok definert. Beskrivelser av mentalisering ser i stor grad ut til å være fenomenologiske normal- og symptom-beskrivelser. De mer kortfattede definisjonene refererer til et så vidt spekter av intra- og interpsykologiske aspekter ved mennesket at man har vansker med avgrensning for hva som er mentaliserende prosesser og ikke. Slik begrepet mentalisering står i dag, er vi usikre på hvor godt dette vil kunne videreføres inn i nye konsept. Uten ytterligere avgrensning står man i fare for å introdusere et begrep som ikke kan erstattes, men heller tar nye begrep inn under egen paraply.

Hva angår brukervennligheten til mentalisering ser vi potensial for en nytteverdi dersom det referer til noe i terapeuten. I vurderinger av egenskaper hos terapeuten, kan mentalisering i betydning av å være oppmerksom på hvilke følelser pasienten vekker i en selv, inngå som et kriterium. for å møte pasienten med forståelse, respekt og empati. En mentaliserende holdning kan virke tillitskapende og gi trygghet, ettersom det innebærer å ta utgangspunkt i pasientens forståelse av sine egne problemer. Dersom begrepet skal brukes i vurderinger av pasienter, som i en vurdering av alvorlighetsgrad av en psykisk lidelse må grensene mellom patologisk og normal svikt, i de ulike diagnosegruppene fremstå som tydeligere.

Terapistrukturen som skisseres i MBT har etter vår vurdering potensial til å bedre behandlingstilbudet innen psykisk helsevern. Selv om modellen medfører økte kostnader sammenlignet med "vanlig" praksis, kan det tenkes at de økte kostnadene spares inn igjen dersom færre pasienter får tilbakefall, eller tiden mellom tilbakefall øker. I det psykisk helsevern avsluttes behandlingsforholdet dersom pasienten gjentatte ganger uteblir fra avtalte timer, eller pasienter overføres til andre avdelinger når de

utviser utagerende eller selvskadende atferd. Pasienter mottar ofte fragmentert behandling, blant annet på grunn av hyppig bytte av behandlere eller at behandling tilbys i etterkant av en hendelse med selvskading. Dette underbygger behovet for klar og tydelig struktur, både med hensyn til selve behandlingen, dens teknikker og fremgangsmåter, men også i forhold til klare roller og enighet rundt ansvarsfordeling. Dermed blir behandlingen oversiktlig og forutsigbar, og utgjør en vedvarende trygg ramme for pasienten hvor alle delaktige i programmet vet hva som skal skje, både i den daglige praksis og på lengre sikt.

Yudofski viser til den motstanden som møtte Aaron Beck ved introduksjonen av kognitiv teori og terapi, og hevder at mange kritiserer en utvidelse av begrepet mentalisering på samme måte. Likevel er det ingen som i dag stiller spørsmålstegn ved den kognitive tilnærmingens rett til eksistens som en særegen teori og praksis. Yudofski bruker dette som et argument for mentaliseringsbegrepet berettigelse slik det fremstår i dag. Vi vil derimot hevde at det ikke er et godt argument i seg selv å vise til at kritikken av mentaliseringsbegrepet ligner den kritikken kognitiv teori i sin tid var gjenstand for.

Sammenfatning av Problemstilling 3

Allen, Fonagy og Bateman (2008) fremmer noe dristig påstanden om mentalisering som den mest fundamentale allmenne faktoren i psykoterapi. Vi ønsket å diskutere i hvilken grad dette er en rimelig påstand. Hovedpunktene for denne problemstillingen er oppsummert i tabell 5. Det ble for oss naturlig å diskutere hva ordene de brukte i denne påstanden gir leseren. Sentrale spørsmål var om de med dette mente at mentalisering er et element, en spesifikk intervensjon eller teknikk, eller et annet generelt kjennetegn ved psykoterapi. Vi undret oss hva forfatterne egentlig gjorde med en slik påstand, om man satt mentalisering som "limet" som holder alle andre virksomme faktorer i terapi sammen. Vi kan imidlertid finne andre faktorer som ikke kan kalles mentalisering som elementære forutsetninger for at terapi skal ha en effekt. Det er behov for at forfatterne både forklaringen av begrepet, hva som ligger i den mest fundamentale allmenne faktoren, og hvordan dette spesifikt bør brukes i et bredt spekter av terapi.

Når mentalisering er definert så vidt som det er, er det svært vanskelig å finne unntakene for mentalisering både i vanlig fungering og i terapi. Vi har ved flere anledninger diskutert definisjonssvakheter i MBT. Med klarere definisjoner vil man i

større grad kunne gjøre falsifiserbare effektstudier som kan avgjøre om det er bestemte intervensjoner eller en helhet som har effekt i MBT. Slike studier kan videre tenkes å avgjøre i hvilken grad mentaliseringsbasert behandling kan være nyttig for andre pasientgrupper enn personer med BPF.

Allen og kolleger (2008) poengterer at MBT utgjør et nytt fokus i teori fremfor en ny terapi. Det avgjørende spørsmålet er om fokuset *er* nytt. Vi mener påstanden om mentalisering som den mest fundamentale allmenne faktor kan være riktig, men på gale premisser, vurdert ut i fra de innvendingene vi har presentert ovenfor.

Tabell 5: Hovedpunkter Problemstilling 3

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Mentalisering bør i større grad differensieres fra andre element i psykoterapi. - Å kalle det den mest fundamentale faktoren, gir inntrykk av at det er det viktigste å fokusere på eller ta hensyn til i psykoterapi. - Er det bestemte intervensjoner som har effekt, eller er det en helhet? - Man bør tydeliggjøre mentaliseringsbegrepets bidraget |
|--|

Konkluderende bemerkninger

I den første problemstillingen tok vi opp hvor grensene gikk mellom god nok og dysfunksjonell mentalisering. Basert på teori om tilknytning, utledet vi hvordan forskjellene i omsorg kan påvirke hvorvidt individ utvikler en robust mentaliseringsevne. Vi konstaterte at det i liten grad kan være enkeltstående episoder som påvirker individet i en eller annen retning, heller helheten av omsorgen. Vi tok for oss normale fluktueringer av mentaliseringsevne og presenterte hvordan relativt vanlig mentaliseringssvikt som forelskelse, tenårene og aggresjon utarter seg. Vi anerkjenner at mentalisering er en kjernefunksjon for å fungere godt sosialt. Samtidig svikter mentaliseringsevnen for alle en gang i blant.

Vi konstaterer også at man i enkelte tilfeller kan behøve psykoterapi uten at mentaliseringsevnen er signifikant dårligere enn for normalt fungerende personer. For individer med mentaliseringsvansker ser vi stor variasjon av hvor hemmende disse vanskene er. Noen klarer seg i perioder, mens andre er har større problemer med mentalisering. Dermed blir det vanskelig å skille når et individ har dysfunksjonell

mentaliseringssvikt og når individ med hyppig mentaliseringssvikt som ellers klarer seg godt. Vi finner ikke tilfredsstillende avgrensninger for når man har dysfunksjonell/patologisk mentaliseringsvansker eller ikke. Vi savner en utdyping og tydeliggjøring om hvor grensene mellom helt grei og varierende, og mer problematisk mentaliseringsevne går. Det er vanskelig å se for seg hvilke kriterier som bør brukes for når et individ oppfyller en diagnose i forhold til mentaliseringsevne.

I den andre problemstillingen drøftet vi forholdet mellom mentaliseringssvikt og behandling av psykiske lidelser. Vi fant det naturlig å ta utgangspunkt i MBT og 'Minding the Baby' - psykoterapier basert på mentaliseringsintervensjoner. Vi fant det vanskelig å se store forskjeller mellom intervensjoner brukt av de mentaliseringsbaserte terapiene og andre psykoterapier. De fleste av de virksomme faktorene som blir fremhevet av forfatterne selv, ligner på kjente allmenne faktorer i psykoterapi. Dette gjorde at vi drøftet de allmenne virksomme faktorer og hvordan de er til stede i mentaliseringsbaserte behandling. Likevel ser vi at man i MBT gjør spesifikke tiltak, som for eksempel fokus på mentalisering og å unngå fokus på innsikt. Vi tenker at et fokus på mentalisering er mer effektivt for noen pasientgrupper enn andre. MBT fokuserer på terapeutens mentaliseringsevne og hvordan terapeuten skal unngå opplagte mentaliseringsfeil.

Vi mener at i kombinasjon med forsøket på å utvide domenet til mentalisering, er mentalisering interessant og viktig som utdyping av terapeutfaktoren i psykoterapi. I tillegg mener vi at den sterke strukturen man tilbyr i MBT, er en virkningsfull faktor som andre pasientgrupper enn BPF kan ha nytte av. Vi venter at det kommer flere effektstudier fremover som kan gi en bedre forståelse av de virkningsfulle faktorer innen MBT. Vi mener at en klarere definisjon og avgrensning av begrepet mentalisering og relasjonen til psykiske lidelser, ville tydeliggjort hvordan andre behandlingsmetoder kan ta i bruk mentalisering i sine respektive behandlinger. Vi er enige i at mentaliseringsvansker kan være et stort problem for de fleste som går til behandling. Vi savner en klarere differensiering mellom ulike mentaliseringsvansker, hvordan de utarter seg og hvordan man skal møte de ulike typer vansker klienter kan ha med mentalisering. En differensiering av fasettene innen mentalisering kan hjelpe terapeuter å prioritere hvor man bør ha oppmerksomhet i sine respektive behandlingsformer.

I den siste problemstillingen diskuterte vi hvorvidt det er rimelig å vurdere mentalisering som den mest fundamentale allmenne faktor i psykoterapi, slik som Allen, Fonagy og Bateman (2008) påstår. Vi drøftet hva de egentlig mener med denne påstanden. Det har vist seg vanskelig å finne eksplisitt argumentasjon for påstanden. Vi tror forfatterne mener at mentalisering er den faktoren som er mest essensiell av alle faktorer i psykoterapi som samtidig er virkningsfull. Vi etterlyste en tydeliggjøring av hva de egentlig legger i utsagnet.

Når forfatterne kaller mentalisering for den mest fundamentale allmenne faktoren, gir det et inntrykk av at det er viktigst å fokusere på dette temaet i samtaleterapi. Vi bestrider ikke at dette kan være viktig i mange tilfeller. Vi etterlyser en utdyping av hvordan konseptet skal brukes innenfor det store spekteret av psykiske lidelser. Dersom Allen og kolleger mener at mentalisering kan anvendes i den utstrekning det gis inntrykk av, hva vil det tilføre psykoterapeutisk behandling? Dersom begrepet skal tilføre noe til psykoterapi, bør det differensieres i større grad fra andre elementer i psykoterapi som ikke involverer mentalisering. Slik vil forskjellen bli klarere og det vil bli lettere å forstå når man bruker mentaliseringsbaserte intervensjoner.

Effektstudiet av MBT viser at det har god effekt i behandlingen av BPF. Vi lurer på om det å utvide mentalisering som begrep, også utvider begrepets domene. Dette kan være problematisk, siden vi allerede etterlyser en tydeliggjøring av hvilke intervensjoner som inneholder stor eller mindre grad av mentalisering. Med bedre avgrensinger, vil det lettere la seg gjøre å måle hvilke faktorer som er virkningsfulle. Et spørsmål er om det er bestemte grep ved MBT som gir effekt, eller om det er en helhet/kombinasjon. Flere, blant annet referert til i forordet til Yudofski (Allen et al., 2008), problematiserer bidraget til mentalisering for psykoterapi siden det er noe som allerede eksisterer. En bedre konkretisering av begrepet ville gjort det tydeligere hva som er bidraget til konseptet mentalisering, og hvordan dette praktisk skal brukes i behandling innen psykisk helse.

Referanser

- Allen, J. G., Bleiberg, E., & Haslam-Hopwood, T. (2003). Mentalizing as a compass for treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 1-11.
- Allen, J. G. (2006). *Art and Science in Mentalizing*. Paper presented at the conference "Mentalization, development of the self, attachment: Theoretical background and therapeutic applications", 28 June 2006. Retrieved from the Hungarian Academy of Sciences, Institute for Psychology. Web site: www.mtapi.hu/thalassa/hirek/mentalization_conference_abstracts.pdf
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.
- APA Task Force on Evidence Based Practice. (2006). Report of the 2005 Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 23-57). Washington, DC.: American Psychological Association.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2000). The neural basis of romantic love. *Neuroreport*, 11, 3829-3834.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21, 1155-1166.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004a). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36-51.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004b). *Psychotherapy for borderline personality disorder - mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder - a practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Arneberg Forlag.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008a). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American Journal of Psychiatry*, *165*, 631-638.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008b). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalization Based Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, *64*, 181-194.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York, NY: Penguin Books.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Heinemann.
- Bryant, R. A. (2005). Predicting posttraumatic stress disorder from acute reactions. In E. Cardena & K. Croyle (Eds.), *Acute reactions to trauma and psychotherapy: A multidisciplinary and international perspective*. (pp. 5-16). New York, NY: Haworth Press.
- Carroll, L. (1976). Alice's adventures in Wonderland. In *The complete works of Lewis Carroll*. (pp. 13-51). New York: Vintage Books.
- Dennet, D. (1987). *The intentional stance*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry*, *183*, 190-192.
- Fonagy, P. (2006). *Tilknytningsteori og psykoanalyse*. København: Akademisk forlag.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006a). Mechanisms of Change in Mentalization-Based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(4), 411-430.
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2006b). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *188*, 1-3.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. London: H. Karnac (Books) Ltd.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology*, *9*, 679-700.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore, Maryland: The Johns Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *25*, 350-361.

- Gergely, G., & Watson, J. S. (1999). Early socio-emotional development: Contingency perception and the social-biofeedback model. In R. Philippe (Ed.), *Early social cognition: Understanding others in the first months of life* (pp. 101-136). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (Eds.). (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. New York, NY: Oxford University Press.
- Hougaard, E. (2004). *Psykoterapi - teori og forskning*. København: Dansk psykologisk Forlag.
- Jørgensen, C. R. (2004). Active ingredients in individual psychotherapy - searching for Common Factors. *Psychoanalytic Psychology*, 21, 516-540.
- Karon, B. P., & VandenBos, G. R. (1981). *Psychotherapy of schizophrenia: the treatment of choice*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers Inc.
- Karterud, S., & Skårderud, F. (2007). *Hva er mentalisering?* Retrieved October 10, 2008, from <http://mentalisering.no/hvaermbt.htm>.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. Norcross (Ed.), *Handbook of psychotherapy integration*. (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective Development in Infancy* (pp. 95-124). Norwood, NJ.: Ablex.
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. L. (2003). *Treating affect phobia: a manual for short-term dynamic psychotherapy*. New York, NY: The Guilford Press.
- Nørgaard, K. (2008). Social kognition ved skizofreni. *Psykolog Nyt*, 16, 14-21.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Safier, E. J. (2003). Seven ways that the concepts of attachment, mentalization and theory of mind transform family treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 260-270.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.

- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind*. New York, NY: The Guilford Press.
- Skårderud, F. (2007). Eating one's words: Part III. Mentalisation-based psychotherapy for Anorexia Nervosa - an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15, 323-339.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 128, 1066-1069.
- Slade, A., Sadler, L. S., & Mayes, L. C. (2005). Minding the baby: Enhancing parental reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: theory, research, intervention, and policy*. (pp. 152-178). New York, NY: The Guilford Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. New York: Erlbaum.
- Wilhelmsen, I. (2004). *Sjef i eget liv: en bok om kognitiv terapi*. Stavanger: Hertervig Forlag.
- Winnicott, D. W. (1971). Transitional objects and transitional phenomena. In D. W. Winnicott (Ed.), *Playing and reality* (pp. 1-25). London: Tavistock.