



Line Indrevoll Stänicke
Oslo

Mentalisering i arbeide med barn og ungdom

Mentalisering presenteres som å vise til *kognitive, emosjonelle og relasjonelle* aspekter ved menneskets evne til å forstå seg selv og andre, og som et resultat av en relasjonell transaksjonsprosess. Begrepet har i lengre tid vært anvendt i forståelse av, og som et fokus for, behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelse, men i økende grad også i forhold til ulike kliniske fenomener og symptomlidelser. Artikkelenes formål er å vise eksempler på å bruke mentaliseringsbegrepet for å forstå viktige aspekter ved psykiske vansker hos barn, ungdom og deres familier. Et mentaliseringsperspektiv muliggjør behandlingsfokus på en rekke tiltak med ulik behandlingsskala, og her illustreres spesielt bruk av et mentaliseringsfokus i arbeide med ungdom som har fastlåste relasjonsmønstre. Det fremheves at mentalisering er et begrep i *skjæringspunktet* mellom flere fagområder, og kan virke integrerende og brobyggende mellom ulike fagområder og behandlingsinstanser.

Innledning¹

Petter og Geir er to gutter på 4,5 og 5 år som bor i et område like ved en park. De møtes av og til på ettermiddagene. En dag har Petter med et gummisverd og er klar for å leke sjørøver – noe de har lekt sammen før. Petter blir glad for å se Geir fordi han gjerne vil leke med han. Geir har en

¹ All personinformasjon i illustrasjoner og kliniske eksempler er omskrevet og anonymisert.

pizzabolle i hendene som han nettopp har begynt på. Petter løper bort til Geir, smiler og svinger sverdet flott og snitter benet til Geir. Geir blir fly forbanna! Han klorer Petter hardt på brystet. Petter skjønner ingenting. Geir er kjempesint! Petter løper til mor og Geir til sin far som er i bakgrunnen. De forteller hva som har skjedd. Petter sier at Geir bare plutselig klorte han. Geir sier at Petter plutselig slo han i benet. Ingen vil si unnskyld. Ingen synes de har gjort noe galt. Petter ville leke, men glemte

å spørre Geir. Geir ville spise og ble helt forfjamsset når sverdet overrasket han. De skjante ikke at den andre ville noe annet enn dem selv. De var så opptatte og – vi kan si – fulle av seg selv og sine ønsker at de glemte å sjekke ut hva den andre var opptatt av. Mor til Petter spør hva som skjedde, og hva de ville. Gjennom å oppklare misforståelsen mellom dem fikk de en mulighet til å lære at de hver for seg vil noe og synes noe er spennende, men at dette kan være forskjellig fra hva den andre vil. "Nå synes jeg vi sier unnskyld", sier mor; "en, to, tre unnskyld", sier Petter og Geir. For ingen av dem vil påta seg hele skylden for krangelen.

I dette eksempelet ser vi hvor vanskelig det kan være å ta den andres perspektiv, og hvor lett misforståelser oppstår. I eksempelet krangler to barn, og det er innenfor normalutvikling at barn strever med perspektivtakning og følelsesmessig inntoning. Fonagy og kollegaer (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002) er opptatte av å forstå betingelsene som må være tilstede for at vi utvikler en evne til å forstå oss selv og andre psykologisk, *aktivt reflekterer* i forhold til egen og andres psyke, og hvorfor ikke alle får det til. De tar utgangspunkt i forskning og teori fra ulike psykologiske fagområder, og begrepene "mentalisering" og "reflekterende funksjon" er lansert i denne sammenheng:

Reflective function is the developmental acquisition that permits the child to respond not only to other people's behaviour, but to his *conceptions* of their beliefs, feeling, hopes, pretense, plans, and so on. Reflective function or mentalization enables children to "read people's minds". (Fonagy & Target 1997, s. 679)

Med andre ord muliggjøres å forstå egen og andres atferd og opplevelser som meningsfulle ytringer av mentale tilstander. Det kan også beskrives som å ha et utenifra perspektiv på seg selv og et innenifra perspektiv på andre (Skårderud, Haugsgjerd & Stånicke, 2010). Begrepet "reflekterende funksjon" er en operasjonalisering av grader fremvist mentaliseringsevne – integrert, forstyrret eller manglende (Fonagy, Steele, Steele & Target, 1997).

Begrepet om mentalisering har blitt brukt for å forstå pasienter som tilfredsstillende kriterier for personlighetsforstyrrelse, spesielt emosjonell ustabil type (Bateman & Fonagy, 2007). Deres vans-

ker kjennetegnes av store relasjonelle utfordringer, emosjonell labilitet og sosial utrygghet. Symptombildet er ofte fluktuerende med stemningssvingninger, utagering og selvdestruktiv atferd. Det er utarbeidet anbefalinger for "mentaliseringsbasert terapi", der hovedfokus er nettopp oppøvelse av mentaliseringsevnen. Fokuset på mentalisering har inspirert klinikere til å utprøve anvendeligheten på symptomlidelser som depresjon angst, rusmisbruk, spiseforstyrrelse, psykosomatikk, traume og psykose, og kliniske fenomener som dissosiasjon, selvskading og vold. Med andre ord, tilstander der pasienten i større eller mindre grad synes å mangle et språk for, ikke eie eller ha et rom for å reflektere over sine følelsesmessige erfaringer.

I ungdomsalderen, fra ca. 12 til 18 år, finner det sted en tilpasning mellom biologiske endringer i kroppen, psykologisk løsrivelsesbehov og økte ytre krav (Wise, 2000). Perioden kan også forstås som den andre individueringsfasen; en bevegelse fra avhengighet mot fysisk og psykisk separasjon og selvstendighet (Blos, 1967). Ungdomsfasen er beskrevet som en ny sjanse til å finne løsninger på uferdige tidlige utviklingstemaer, parallelt med viktige utviklingsområder som selvfølelse, selvrepresentasjon, økende forventninger og ansvar. Imidlertid vil løsrivelse medføre indre og ytre endringer som kan ledsages av angst, utrygghet, sterke følelsesmessige svingninger og grenseutprøving. For noen ungdommer blir strevet uutholdelig, og de selv, eller familien, søker hjelp i kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten. Selvskading, stemningssvingninger, selvmordsproblematikk, rusmisbruk og atferdsvansker kan da være aktuelle problemområder. Disse vanskene er overlappende med de som beskrives for pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, men mindre stabilt tilstede. Det vil her utforskes om vanskene kan relateres til utfordringer i utvikling av mentalisering og uforløste emosjonelle vansker i relasjon til omsorgsgiver.

I denne artikkelen vil det presenteres illustrasjoner fra klinisk arbeid med barn, ungdom og deres familier. Det vil vises eksempler på hvordan ulike kliniske fenomener kan forstås som grader av forstyrret og manglende utvikling av mentaliseringsevnen. Det vil fremheves hvordan dette fokuset kan være nyttig for å forstå ungdommens og foreldrenes felles utfordringer i å forstå egen og andres indre subjektive verden. Et mentaliserings-

fokus kan være særlig nyttig i arbeid med ungdom med fastlåste emosjonelle og relasjonelle vansker, og det gis eksempler på terapeutiske intervensjoner i individual- og familiebehandling, samt i foreldreveiledning.

Mentalisering – et resultat av en relasjonell transaksjonsprosess

Hvis vi ser nærmere på definisjonen av mentalisering så er ikke dette et nytt tema innen psykologien, noe som også fremheves av Fonagy og medforfattere (Fonagy et al., 2002; Allen & Fonagy, 2006; Bateman & Fonagy, 2007). Teoretikere fra ulike fagtradisjoner – som psykoanalyse, kognitiv psykologi, utviklingspsykologi og nevropsykologi – har vært opptatte av hvordan vi evner å forstå egen og andres atferd (Indrevoll, 2001; Choi-Kain & Gunderson, 2008). En rekke begreper er lansert som å vise til en underliggende psykiske funksjon som muliggjør at psykisk energi og følelser *bearbeides* til psykisk innhold, stabile representasjoner og symboler, som i sin tur muliggjør psykologisk perspektivtagning og affektoleranse. Innen ulike terapeutiske retninger har også klinikere vært opptatte av å forstå og beskrive kliniske tilstander der pasienten strever med å forholde seg til følelsesmessige aspekter ved sine opplevelser.

Utviklingspsykologisk forskning generelt, og tilknytningstradisjonen etter Bowlby og Ainsworth spesielt, står sentralt i Fonagy og kollegaers teori om mentalisering (Stänicke, 2012). Fonagy og kollegaer er opptatte av at barn i de første leveårene relaterer indre og ytre verden på tre prereflekterende måter – henholdsvis ”teleologisk” tenkning, ”psykisk ekvivalens” og ”som om” (Fonagy & Target, 1996, 1997; Fonagy et al., 2002; Stänicke, 2012). Teleologisk tenkning viser til handling uten psykologisk refleksjon, med andre ord det ”å handle uten å tenke”. Ved psykisk ekvivalent opplevelsesform har barnet en forventning om at egne eller andres indre erfaringer er sammenfallende. Det barnet føler og erfarer forventer de at andre opplever likt og dermed kjenner til. I lek kan imidlertid barnet erfare psykisk realitet på en ”som om” måte. Det kan da forstå og tenke om seg selv og andres følelser og forestillinger som subjektive forestillinger, og vise forståelse for at en persons indre opplevelse *ikke* alltid er lik ytre reali-

tet. I fire årsalderen blir en mentaliserende måte å erfare psykisk realitet på mer dominerende. Barnet opplever ikke lenger at den indre og ytre verden *enten* er sammenfallende *eller* uten sammenheng. Barnet begynner å undersøke *i hvilken grad* det kan være både sammenheng og forskjeller mellom egne forestillinger og den ytre realiteten. Sagt med andre ord begynner barnet å konstruere verden subjektivt, og får en økende forståelse av sitt eget og andres psykologiske univers. Følelser og tanker kan være subjektivt reelle og samtidig ikke sammenfallende med ytre realitet – også når barnet er alene.

En sentral forutsetning for utvikling av mentalisering er den funksjonen omsorgspersonen har i å gjøre barnets emosjonelle erfaringer tålbare og meningsfulle ved ”markert speiling” (Allen & Fonagy, 2006). Med andre ord kan omsorgspersonen støtte barnets utvikling av mentalisering ved å *bearbeide* og *gi* barnet en representasjon av dets følelsesmessige opplevelse i samhandling og lek (Stänicke, 2012). Barnets opplevelse skal ikke nøyaktig reflekteres verbalt og nonverbalt. En representasjon skal være gradert og ikke like svak eller sterk som barnets følelse. Representasjonen skal også være kongruent og treffende med barnets følelse. Enda en sentral forutsetning er som helhet den dialektiske prosessen med markert speiling fra omsorgspersonen, hvor barnet internaliserer et bilde av seg selv *med* intensjoner (Allen & Fonagy, 2006). Begrepet markert speiling er overlappende med begrepene ”containing” (Bion, 1970) og ”holding” (Winnicott, 1958). Etter min forståelse fremhever markert speiling den aktive bearbeidingen omsorgspersonen gjør i møte med barnet. Den konkrete atferden i møte med følelsene – å gradere kongruent – står i forgrunnen. Imidlertid er både indre emosjonelle og kroppslige, bevisste og ubevisste, aspektene av bearbeidingsprosessen vel så viktige som de mer kognitive og atferdsmessige aspektene. Det er også viktig å poengtere at Bion (1970) var opptatt av at ”containing” inkluderte det å romme, bearbeide og gi tilbake psykiske elementer til barnet slik at barnet kan internalisere viktige selvaspekter. Når det er sagt, er det min mening at i teorien om mentalisering fremheves i større grad at barnet *både* internaliserer et rommende objekt *og* ”et rommende objekt som tenker om meg med intensjoner”.

Interessant i denne sammenheng er studier av spedbarns temperamentsforskjeller som et fenotypisk uttrykk av genetiske og nevrobiologiske for-

skjeller, som emosjonell reaktivitet, aktivitetsnivå, frustrasjonstoleranse, selvregulering m.fl. (Caspi et al., 2003). Det fokuseres på at barn har med seg forskjellige utgangspunkt inn i relasjonssamspillet med omsorgsgiveren – hvilket kan medvirke til gode eller dårlige samspillsmønstre. Studier viser for eksempel at noen barn er kroppslig mer aktiverbare på høy emosjonalitet, aggressivitet og fiendtlighet fra omsorgsgiver. Kanskje kan vi si at noen barn er mer utfordrende å regulere, og vil kreve mer av omsorgsgiver for å oppnå emosjonell ro, kunne spise, sove og få kontakt med. En studie viser at barn som tilfredsstillt kriterier for irritabilitet 15 dager gamle ble oftere kategorisert med utrygg tilknytning ved 1 år (Allen & Fonagy, 2006). Omsorgsgivere som derimot fikk veiledning i affektregulering, fikk oftere barn kategorisert som trygge.

Det har i de senere år også vært flere studier på sammenhenger mellom relasjonsforhold, typer stimulering mellom barn og omsorgsperson, og nevrologiske utviklingsprosesser i hjernen i de første leveår (Fonagy et al. 2002; Allen & Fonagy, 2006; Fonagy, Gergely & Target, 2007). Undersøkelser viser også at ulike hjerneområder er aktive ved oppgaveløsning avhengig av grad følelsesmessig aktivering (Fonagy & Luyten, 2009). Prefrontale deler av hjernen er mer aktive under kontrollerte oppgaveløsning, men ved økende følelsesmessig stimulering fremkommer et "vendepunkt" hvor områder i subcortex aktiveres, og hvor mer automatiserte prosesser inntreffer. Vendepunktet er individuelt forskjellig, og de med traumeerfaringer viste raskere et skifte til automatisert tenkning.

For å oppsummere kan vi si at mentaliserings-evnen utvikles som et resultat av en *kompleks-relasjonell transaksjonsprosess* som kan forløpe over generasjoner. Muligheten for å danne mentale representasjoner, og konstruere en "theory of mind", kan sees i lys av biologisk og kognitiv modning, temperamentsforskjeller, nevrobiologiske prosesser, samt sosial og fysisk erfaring. Videre må barnet tilskrives intensjonalitet i et emosjonelt samspill med sine omsorgsgivere for at mentalisering kan utvikles. Tilknytningsmønstre mellom barnet og omsorgsgiver, og omsorgspersonens tilknytningserfaring, påvirker hvor integrert, forstyrret eller manglende barnets mentaliseringsevnen blir. Enkeltstående traumer må kartlegges, men vel så viktig er gjentatte relasjonstraumer (Benum,

2006) og mikroseparasjoner i samspillet over tid (Brandtzæg, Smith & Torsteinsson, 2011).

Mentalisering utvikles i et intersubjektivt samspill, men blir en intrapsykisk ervervelse (Stånicke, 2012). Det er viktig å understreke at begrepet mentalisering ofte brukes som et oppnådd nivå i refleksjon og bearbeidingspotensiale, men evnen vil fremvises i forskjellig grad reflekterende fungering i forhold til ulike temaer, følelser og relasjoner. Et annet poeng er at i situasjoner med affektiv aktivering vil mentaliseringsevnen kunne svikte og uttrykkes i lavere grad. I hvilken grad relasjonserfaringer og indre ubevisst fantasiliv er integrert og bearbeidet vil også kunne påvirke hvor raskt vi emosjonelt aktiveres og opplever relasjonelle utfordringer. Alle ytre og indre erfaringer – her og nå eller tidlige – vil således potensielt kunne påvirke de ervervede mentaliseringsevnen i en situasjon. I psykoterapi kan tilknytningssystemet aktiveres parallelt med at en oppfordres i å uttrykke ubevisst og ubearbeidet materiale. På denne måten kan automatiserte og implisitte fortolkninger motvirkes. I følge Choi-Kain og Gunderson (2008) omfavner mentaliseringsbegrepet affektive og kognitive, implisitte og eksplisitte aspekter ved vår forståelse av selv og andre. Vi kan imidlertid si at både *relasjonelle, kognitive og emosjonelle* aspekter er viktige ved mentalisering, og for å forstå hvorfor mentaliseringsevnen kan være forskjellig i ulike situasjoner.

Grad av forstyrret mentaliseringsevne

Hvis vi vender tilbake til illustrasjonen med Petter og Geir, husker vi at mor til Petter forsøkte å hjelpe guttene i å oppklare konflikten. Poenget er ikke at alle konflikter blir oppklart, at alle aspekter ved en misforståelse eller vanskelige følelser blir satt ord på, men at noen forholder seg til aktiverte følelser i barnet, forsøker å forstå og sortere i en passelig grad. Winnicott (1958) har godt beskrevet viktigheten av at omsorg ikke skal eller må være perfekt, men "good enough". Det er den lille avstanden mellom barnets følelse og den andres representasjon som skaper mulighet for å se sine følelser som sine egne forskjellig fra andres *samtidig* som de blir anerkjent. Vi kan si at det antas en sammenheng mellom omsorgspersonens mentaliseringsevne, grad av markert og kongruent speiling i forhold til barnets tilstander og opplevelser i lek

og samhandling, og i hvilken grad barnet utvikler integrert, forstyrret eller manglende mentalisering (Stänicke, 2010). Vi kan tenke oss at ut i fra barnets omsorgserfaringer vil ulik grad av refleksiv funksjon kunne fremvises ved ulike følelser. De aller fleste av oss vil ha slike områder relatert til den sammenhengen våre opplevelser som barn ble speilet i. Det er ikke slik at er mentaliseringsevnen integrert, så er den det på alle følelsesmessige områder. Imidlertid kan barnets mentaliseringsevne være dårlig integrert på bestemte områder, noe som kan gi en forståelse av bestemte uttrykk av psykiske vansker. I det følgende vil det gis kliniske eksempler på psykiske vansker eller relasjonelle utfordringer mellom omsorgsgiver og ungdom som kan forstås som at de som barn har utviklet grader av manglende integrert eller forstyrret mentalisering. Dette relateres til tilknytningsmønster på et overordnet nivå, og grad av markert speiling fra omsorgsgiver på et mikronivå, inspirert av Marvin, Cooper, Hoffman og Powell (2002). Videre vil det gis forslag til et mentaliseringsfokus og eksempler på intervensjoner i individualterapi, foreldreveiledning og familiesamtale, inspirert av Bateman og Fonagys (2007) beskrivelse av mentaliseringsbasert terapi.

Delvis integrert mentalisering. Et eksempel på delvis integrert mentalisering kan være et barn som leker at han er "Batman". Barnet leker voldsomt, slår og sparker sin teddybjørn, fordi han forestiller seg en slåsskamp mellom "gode og onde krefter". Hans aggressive atferd i leken kan bli overveldende for en som ser på leken og ikke vet hva barnets fantasilek handler om. Vedkommende kan respondere til fantasiene i leken med forskrekkelse, sinne, tristhet eller redsel uten å gradere følelsesuttrykket. Med andre ord, ikke markere, men kun speile følelsesmessige opplevelser til barnet. En mulighet for barnet til å se sine forestillinger som forestillinger har gått tapt, og barnet kan oppleve fantasien som reell. Hvis dette gjentar seg, kan barnet slutte å leke med bestemte følelser eller forestillinger på en "som om" måte. For eksempel aggressive fantasier kan forbli assosierte med intense og skremmende følelser, og bli vedvarende relaterte til på en psykisk ekvivalent måte. Avhengig av hvor lite omsorgspersonen klarer å markere, utvikler barnet delvis manglende integrert mentaliseringsevne og vil kunne fremvise lavere grader av reflekterende

funksjon på de aktuelle temaene. La oss se på et klinisk eksempel:

Julie er 10 år. Hun har noen venninner hun leker med mer enn andre, men har sjelden eller aldri med venninner hjem. Mamma jobber deltid på et kontor. Pappa jobber også, men hun vet ikke hvor. Noen ganger kommer pappa tidlig hjem. Da vet hun at det blir en sånn dum kveld som hun vil at bare skal gå over så fort som mulig. Da sitter pappa i stuen, gjerne med høy musikk på. Han er blid og smiler, men hun merker at han er annerledes. Han drikker vin og lukter rart. Han skal gjerne prate og være hyggelig, men hun synes det bare er rart. Han blir mer og mer høyløyt utover kvelden. Når mamma kommer hjem krangler mamma og pappa. Noen ganger klarer hun ikke å sovne. Hun hører at han blir først sint på mor, men etter hvert kan han gråte og beklage seg. Da sier han at "at han bare er dum og i veien", "aldri gjør noe bra", "at han ikke er glad for noe i livet", "at ingen er glad i han" og masse andre negative ting om seg selv. Julie blir redd og lei seg. Hun skjønner ikke. Dagene etter en slik kveld merker hun at han er stille. En gang sa hun til han at hun var glad i han, men da fnøs han av henne. Hun skjønner ikke hvorfor ikke han er glad for mamma og henne og leiligheten deres og hunden og hytta og alt det andre hun liker. Da må det være noe galt med henne da, siden han ikke er glad i henne. For det var jo det han sa – at han ikke var glad for noen ting.

Vi ser at Julie kjenner de aktuelle følelsene og kan sette ord på dem, men i liten grad blir hjulpet til å skille andres følelser fra sine egne. Hun får vanskeligheter med å finne ut at andre kan ha andre grunner enn hennes følelser. Dermed blir andres tristhet, til at hun ikke er elskbar. Vi kan si at omsorgspersonen er så fylt av egne temaer, at det blir et hinder til å ta inn og se barnets egne følelser. Deres reaksjoner kan være preget av sterke følelser, sinne og engstelse. De mister foreldretrygghet og -autoritet. Kanskje kan tendensen hos omsorgsgiver til manglende markering, men kun avspeiling av riktig følelse, prege på mikronivå foreldreatferd der barnet utvikler et engstelig tilknytningsmønster. Foreldreveiledningen kan her peke i retning av å skape større avstand mellom foreldrens og barnets følelser, gjenkjenne egne vanskelige temaer og regulere egne følelser før interaksjon med barnet. Julie utviklet en sosial engstelse og en selvusikkerhet om at hun aldri var bra nok.

I individualterapi med Julie var hun svært stille

og forsiktig initialt, og opptatt av å gjøre det hun trodde jeg forventet av henne. Jeg valgte en forholdsvis aktiv form, og viste nysgjerrighet overfor hennes perspektiv, og bekreftet de gangene hun åpnet opp for refleksjon over egen og andres atferd eller opplevelser. Etter hvert kunne hun slippe seg mer og tørre å utforske mer selv. Jeg inviterte til å sortere hennes opplevelser ut i fra en bevegelse mellom fokus på kognisjon – emosjon - kroppsfornemmelser, selv - andre, her og nå - der og da. Det ble viktig å tilby stabiliserende perspektiver og alternative forståelser ut i fra hennes mottagelighet og frustrasjonsnivå; jo mer affekt desto mer bekreftelse av tilstand og hennes egenopplevelse for alternative perspektiver kunne utforskes. Kjerneelementet i en behandling med et mentaliseringsfokus vil være å stabilisere selvfølelse, og muliggjøre økt gjenkjenning og differensiering av følelsesopplevelser. På denne måten kan pasienten øke muligheten for å danne meningsfulle sammenhenger mellom den indre og ytre verden, og betrakte egne følelser og tanker som forskjellige fra andres. Ettersom vi hadde jobbet en periode med dette fokuset syntes det som at Julie i større grad kunne skille ut egne følelser som noe eget, og som forskjellige fra farens. Hun kunne også i større grad gjenkjenne egen tristhet og skille det fra engstelse (knyttet til fars følelsesutbrudd generelt). Den psykologiske individueringen og egen affektregulering økte i en viss grad.

Kanskje kan vi si at stadig sterk emosjonalitet i relasjonen, og atferd som utfordrer grenser, også kan forstås som en måte barnet eller ungdommen uttrykker at hun trenger mer rom, eller nekter forelderen å ta all plass. Imidlertid er det ofte slik at barnet blir den som bærer "problemet", den som blir henvisning til behandling og som skal få hjelp. Utfordringen er å holde oppe et perspektiv der både foreldre og barnet kan streve av like eller ulike grunner, og hvor barnet kan uttrykke uavgrensede, uerkjente følelsesmessige vansker som omsorgspersonen strever eller ikke forholder seg til (Schibbye, 1996). Det at barnet blir et delegat for foreldrenes eller familiens vansker kan være vanskelig, men svært viktig å få arbeidet med i en behandling. Ved å ha et fokus på grad av mentalisering i en familiekontekst kan det muliggjøres en sortering av foreldrenes raske aktivering på bestemte følelser, deres overinvolvering i barnets følelser og eventuelt gi ungdommen en mulighet til å bli kjent med

egne følelser – og ikke være pre-okkupert av foreldrenes temaer.

Det er viktig å understreke at mentaliserings-evne kan enkelte ganger være vanskelig å skille fra, og forveksles med, "som om" fungering, pseudomentalisering eller "hypermentalisering". Spesielt kan dette være vanskelig hvis pasienten eller familien er verbalt sterk, og forholder seg til konfliktfulle temaer på en intellektuell måte og unnvikende til de emosjonelle aspektet ved erfaringene. Imidlertid kan det å forholde seg til noe konfliktfullt på en "som om" måte være som et mellomstadium i terapien hvor det farlige kan lekes med og bearbejdes sammen med en annen. Det kan være nyttig i en familiesamtale å ha ulike innfallsvinkler enn den verbale – spesielt med yngre barn, men også med ungdommer hvor det å snakke om det vanskelige blir ulidelig i fellesskap. Det å utforske perspektivtagning og den enkeltes opplevelse av de andre generelt, og gjerne med humor, kan være noe som får prosessen videre (Allen & Fonagy, 2006). Det å gå i terapi kan kanskje på et overordnet nivå forstås som et mellomområde, eller et overgangsområde, til verden utenfor.

Forstyrret mentalisering. La oss se på et nytt klinisk eksempel fra en familiesamtale med mor, far, datter og sønn:

Datter har vært ute etter at hun hadde avtalt å komme hjem. Hun har stjålet penger av mor flere ganger. Mor sier at det aldri har vært noe problem med datter tidligere og hun har fått mye frihet. Imidlertid må foreldrene nå innskrenke frihet og hva datteren får lov til. Datter synes mamma er slem som begrenser henne fra venner og muligheter for økt selvstendighet. Mor sier at hun er lei seg og synes datter er slem som ikke tenker på at hun blir redd for henne når hun er ute. Mor sier at hun ikke skjønner hvorfor datteren gjør dette; "Jeg har jo gjort alt for deg!" Datter sier: "Du er ikke opptatt av meg: Du vil bare at jeg gjør det du vil. Du ser ikke hvem jeg er og hva jeg er opptatt av. Jeg blir så forbanna!" Mor svarer "Nei, du er ikke sint. Du har ingen grunn til å være sint! Jeg har ikke gjort noe galt mot deg."

Mor klarer ikke her å skille sine egne følelser og grunner til handling fra datterens. Hun klarer derfor ikke å beklage for at hun kan ha gjort andre vondt uten å mene det. Hvis omsorgspersonen i liten grad klarer å leke med barnet, og kun gir bar-

net mindre treffende representasjoner av barnets følelser og opplevelser, kan barnet ende opp med å internalisere et *forstyrret* "bilde" av egne mentale tilstander. Her er det speilingen som ikke treffes opplevelsen til barnet, men vi kan se graderte følelsesuttrykk fra omsorgsgiver. Dette er overensstemmende med Winnicotts (1958) begrep om "falskt selv" til forskjell fra et "sant selv". Et resultat kan være at barnets egne impulser ikke oppleves av barnet som sine egne, men splittes av og eventuelt projiseres på andre. Barnet, eller ungdommen her, vil fortsette å fungere ut fra prereflekterende mentale prosesser, og på sikt kan barnet mangle kjennskap til egne følelser. Vi kan si at omsorgspersonen også her er på en måte for pre-okkupert av egne temaer slik at barnets egenart ikke kan få plass, men her er pre-okkuperingen total slik at eneste mestringsmulighet er unnvikelse. Den unnvikende tendensen gjør at barnet mister psykologisk sin omsorgsgiver, blir forlatt og fortapt. Dette er så truende at en falsk eller forstyrret selvfølelse er tryggere enn ingen. Kanskje kan vi se denne tendensen til å markere, men i liten grad speile treffende, i større grad ved et unnvikende tilknytningsmønster.

I denne sammenheng kan vi kanskje forstå handlingsmønster – som selvskadning, spisevegring og rusmisbruk – som destruktive, men kanskje psykisk livsviktig måter å uttrykke sin "egenart" på, uten ord. Samtidig kan atferden også betraktes som å ha et formål om å "vekke" omsorgsgiveren og påkrevne tilstedeværelse. Dette kan forstås som tegn på løsrivelse og frigjøring – formidle det som tidligere ikke har kunnet bli rommet, speilet og bearbeidet. Foreldreveiledning går her i retning av å utforske mulighetene til å "se" barnet eller ungdommen, registrere dennes signaler og hvilke behov som uttrykkes. Sentralt her er også å utforske hvilke følelser som trigger omsorgspersonen til unnvikelse som forsvar, og se om det er mulig å ta imot bekreftelse på de vanskelige temaene. En utfordring kan være foreldre som selv er så avkoblet vanskelige følelser at de ikke erkjenner at de har en andel i de relasjonelle vanskene som oppstår. I eksempelet over var det et møysommelig foreldrearbeid med å gi mor en mulighet til å erkjenne de følelsene datterens atferd igangsatte i henne: sinne og forakt dekket over en følelse av hjelpeløshet og angst for å ikke være bra nok og mislykkes som mor. I neste omgang var arbeidet å finne måter

mor kunne anerkjenne datterens sinne uten å føle det som at datteren kritiserte hele henne som mor. På denne måten kan et mentaliseringsfokus bidra til å nyansere forståelsen av tilknytningsmønster, og gi en retning i foreldrearbeid som komplementerer et individuelt arbeide med ungdommen.

Jeg vil her også fremheve nytten av å kombinere individuelt arbeide med ungdommen, noen foreldresamtaler og familiesamtaler i løpet av en individuell terapiprosess. Ved å ha et gjennomgående mentaliseringsfokus i de ulike typer av terapiamtaler kan ungdommen og foreldrene utfordres i passelig dose etter i hvilken grad affekt er aktivert (Allen & Fonagy, 2006). Familiesamtaler er ypperlige for å bekrefte de ulike perspektivene og alles subjektive opplevelser med tilhørende følelser. Nærmest edukativt kan terapeuten stå som modell for å bekrefte hver enkeltes indre verden, men også fremheve at andre kan forstå en handlingsintensjoner ulikt enn den som utøver handlingen. Terapeutens holdning i å være nysgjerrig, ikke dømmende og ikke sannhetsvitende er viktig for å få alle med seg. Enda mer tydelig enn i en individualterapi kan terapeuten vise at vanskelige følelser ikke er farlige å uttrykke, men kan deles, forstås og bekrefte i et fellesskap. I familien til Julie var det mye eksplisitt konflikt, og terapeuten fikk en viktig jobb i å vise at respekt for andres opplevelse kan være tilstede uten å måtte "hamre" ned på andres syn. Her kan terapeuten stoppe midt i en konflikt, ikke fokusere på innholdet, men vende blikket og intervensjon mot å romme og bekrefte affekt, inn til den som er aktivert kan roe tilstrekkelig ned til å gjenvinne en mer nyansert virkelighetsoppfatning. I andre familier hvor det er lite affekt, er kunsten mer å tørre å holde fast i vanskelige temaer, og etterspørre underliggende tanker og følelser hos den som fremmer temaet. Ved å utforske hvorledes hver enkelt i samtalen forstår de andres opplevelse og følelser, kan et økende psykisk "rom" tillates i familien. Ikke minst også fremheve hva som skjer her og nå, og tørre å snakke om det vanskelige i å dele, isteden for å bli opptatt av vanskelige eller trivielle situasjoner i hverdagen utenfor terapirommet. Etter min erfaring er det nyttig initialt i et familiesamtaletilbud å fremlegge en hypotese om ungdommens og familiens vansker forstått ut i fra et tilknytningsperspektiv, om enn i passelige porsjoner hvis, et relasjonelt perspektiv på psykisk li-

delse er konfliktfylt. Det er helt avgjørende å etablere en felles enighet om at samtalens fokuser på kommunikasjon, følelser og relasjon, og at terapeuten får en tillatelse – et mandat – til å gå ”tett på” initialt i samtalene.

Manglende og forstyrret mentaliseringsevne

La oss gå videre til enda en klinisk illustrasjon:

Marie har et åpent blikk, store blå øyne og mellom-brunt halvlangt hår. Hun ser på meg på venterommet, sitter ytterst på stolen, hilser ikke, men reiser seg og kommer mot meg. Går med lette skritt etter meg, og jeg snur meg for å se om hun følger etter. Jeg holder døren åpen for henne, lukker den og hun setter seg ytterst på stolen. Jeg smiler og setter meg. Hun smiler forsiktig, men blir alvorlig igjen.

T: Nå er vi her igjen... Hvordan er det å komme hit i dag?

M: Greit, eller nei, ikke greit, sier hun. Jeg er så uvel.

Hun lar ytterjakken være på, og har den kneppet igjen helt opp til halsen. Hun ser på meg.

T: Uvel?

M: Ja, veldig, bare veldig kvalm.

T: Er det noe spesielt du er opptatt av i dag.

M: Nei, bare at jeg er uvel. Jeg tenkte på noe på veien hit, men har glemt det...Hm...Eh...Nei, bare glem det.

T: Det er ikke alltid så lett å huske, men det kommer kanskje tilbake.

M: Ja, eller ...Nei, jeg tror ikke det var så viktig. Og uansett så var det bare dumt, og ikke noe å bry seg om.

T: Kanskje du er usikker på å snakke om det du er opptatt av.

M: Ja, jeg vet ikke hva du vil si når du hører på det jeg tenker på.

T: Hva tror du vil skje da?

M: Jeg vet ikke, det er så dumt, men jeg tror av og til at jeg er giftig...

Marie er gjennomgående svært usikker på hva hun kan komme med av egne tanker og følelser overfor andre. Hun er svært sensitiv til andres stemning og interesser, og en invitasjon fra meg til å si hva hun er opptatt av skaper usikkerhet. Imidlertid har hun selv bedt om henvisning til psykolog hos sin fastlege, og vil ikke ha foreldrene involvert i behandlingstiltak. Hun vil ha egne timer, og hun føler at hun trenger hjelp. Det vanskelige er bare at hun ikke tør å si hva hun vil ha hjelp med, hva som er vanskelig og hva hun strever med. Det er forsøkt

utredningsverktøy, og jeg har kommet med forlag. Hun kan bekrefte symptomer i retning av grensepsykotiske opplevelser og påtrengende forestillinger om å gjøre vonde handlinger mot andre. Terapeuten får et inntrykk av at hennes indre verden er ganske utrygg og truende. Men så er det som om hun trekker seg, og sier at det ikke stemmer likevel. Det er noe uforpliktende og ambivalent, men kanskje aller mest utrygt – en utrygghet hun synes å utprøve i relasjonen til terapeuten. Terapeuten får en opplevelse av at det kanskje ikke er hva hun skal fortelle, men mer det å skulle fortelle noe; og en uoverskuelig redsel for å bli avvist, ikke hørt og misforstått, men like fullt ville så gjerne komme i kontakt. Hun er redd for å igangsette vanskelige følelser hos den andre, og på en annen side er det det hun både trenger og ønsker aller mest. Denne fluktuerende kontakten, og ambivalensen, var til stede spesielt første året av behandlingskontakten.

Det ble viktig å se om det var spesielle følelser som medførte økt engstelse og lavere affektiv refleksjon. Spesielt var det vanskelig å forholde seg til sinne, men også det å kjenne seg liten og trenge omsorg var vanskelig. Etter hvert la terapeuten merke til at forestillingene om å slå eller følelse av fremmedgjorthet og tomhet ble mer påtrengende etter konflikter hvor hun ikke hadde fått uttrykt sine meninger om den urett hun ble begått. Marie uttrykte at det var ”umulig” å skulle ta opp at foreldrenes benektende stil var sårende eller skapte vansker for henne. På tross av sterk motstand fikk terapeuten overtalt Marie til å ha en samtale med foreldrene, og hvor hun etter eget ønske var tilstede. I denne samtalen var kanskje det mest påfallende at begge foreldrene syntes ikke å ha bekymringer for jenta. Marie var som en annen jente i møte med foreldrene; mild, smilende, fämælt og med blikket vendt ned. Når terapeuten presenterte at Marie strevde sosialt og psykisk, ble dette avkreftet. Foreldrene uttrykte ingen undring overfor terapeutens vurdering. Terapeuten stilte seg spørsmål etter timen om hun kunne ha tatt feil, og om alt var et ”spill”.

Kanskje kan vi forstå Maries vansker ut i fra tegn på unnvikende og disorganisert tilknytningsmønster, hvor foreldrenes benektelse av hennes vansker ble mer traumatisk enn å være alene med plagene. Kanskje er dette et resultat av både manglende markering og speiling. Marie fortalte etter hvert om at far hadde hatt perioder med depres-

jon siden ungdomstiden og strevd med rusmisbruk før han ble gift. Følelse av sinne og sårbarhet synes spesielt lite tatt i mot av omsorgspersonen, og kanskje kan fars psykiske vansker være tegn på at emosjonelle vansker overføres. Foreldrenes benektning medførte at hun hadde blitt, og ble fortsatt, fratatt en subjektiv realitet. Foreldrene ble uangripelige, og hun ville gjøre motstand og opprør. Imidlertid ville hun da risikere å bli oppgitt av omsorgsgiver. Et resultat av dette ble et bilde av seg selv som "giftig" og "annerledes", og hun nærmest påtok seg hele ansvaret for de store vanskene hun opplevde i relasjonen til foreldrene. Hun unnlot etter fellesmøtet med foreldrene å komme til timene i en periode, men etter flere initiativ fra terapeuten kom hun tilbake. Det som ble svært avgjørende for Marie var å ikke bli gitt opp på tross av utprøvelser (vektlagt av kontroll-mestringsteori ved Rappoport, 2002), at noen var nysgjerrige på henne og hentet henne inn.

Som terapeut opplevde jeg det nyttig å gradvis vise egen refleksjon og mentalisering, og med det vise at opplevelser kan representeres, deles, "lekes med" og nyanseres; "Når du forteller det så blir jeg opptatt av..." eller "lurer på hvordan han hadde det inni seg når han gjorde det...". Etter min erfaring er det viktig å ha en forståelse av overførings-temaer og motoverføringsfenomener når man har et mentaliseringsfokus, og spesielt med de pasientene som i stor grad strever med relasjonelle vansker (Stånicke, 2012). Det anbefales av Bateman og Fonagy (2007) ikke å ha overføringskommentarer før langt ut i et terapiforløp da de mener dette kan skape unødig angst, og en opplevelse hos pasienten av at terapeuten vet noe mer enn han selv. Imidlertid mener jeg dette kan nyanseres da dette ikke utelukker nytten av å forstå overføringstemaer før de kommuniseres, eller viktigheten av at terapeuten sorterer motoverføring og bruker egne følelser som instrument for å forstå, og til å få informasjon om, pasientens implisitte, ubearbejdede og ubeviste temaer. Når det er sagt, er min mening også at intervensjoner rettet mot opplevelser og relasjonen her og nå potensielt inneholder fortidige relasjonstemaer, og som kan være viktige å bekrefte at er forståelige ut i fra pasientens historie. Det kan gi mening til pasienten for hvorfor de samme utfordringene relasjonelt gjentar seg. Det kan også hjelpe pasienten til å se egen andel i relasjonelle utfordringer, og ane et håp om at andre relasjonsmønstre

er mulige. Det som er viktig her å presisere er at det er den følelsesmessige kontakten som har hovedprioritet fremfor riktige tolkninger. Terapeuten kan også ta feil, si unnskyld og vise at det er lov å bomme. Det at "det viktige kommer tilbake", er en god regel.

I behandlingen av Marie ble foreldrene etter hvert motivert til å utforske hva det kom av at andre hadde så annerledes perspektiv på jentas fungering. Marie motsatte seg ikke foreldreveiledning så lenge en annen enn terapeuten snakket med foreldrene. Det fremkom etter hvert at mor hadde hatt et meget vanskelig forhold til sin egen mor; at hun opplevde henne enormt kritisk, nedlatende og perfektjonistisk. Mor hadde bestemt seg for å ikke bli som sin mor. Da Marie ble født var det en vanskelig tid hvor far enda ikke var stofffri, og Marie falt kun til ro i mors armer. Mor bar og bar, men ble så sliten, og opplevde babyens gråt som krav, at hun var mislykket som mor, og ikke fikk til noen ting. Til slutt var hun deprimert, på vei til å gi opp og med et enormt søvnbehov. I samtalene utforsket foreldrekontakten de følelsene som ble vekket i spedbarnstiden. Det vanskelige for mor var å se hvorledes dette kunne være relatert til datterens vansker i dag, og at hun påførte datteren store vansker ved å ikke ville ta inn hennes smerte og benekte at noe var vanskelig. Kanskje for å slippe å kjenne på å føle håpløshet og mislykkethet.

Ekstreme forstyrrelser eller mangler i omsorgspersonens evne til å mentalisere, og ikke klare å bearbejde, gradere og gi tilbake impulser til barnet, kan medføre at barnet ikke finner et bilde av seg selv som en intensjonell aktør. Dette kan forstås som et ytterpunkt der omsorgspersonen verken klarer å markere eller speile barnets opplevelser, og barnet kan integrere et "alien self" (Rossouw i Allen & Fonagy, 2006). En alvorlig konsekvens kan være at barnet opplever sin indre og ytre verden følelsesmessig tom og meningsløs, og at de forholder seg til andre og seg selv på en konkret måte. Egen vilje, agens og hensikt i verden kan bli vanskelig for barnet å få kjennskap til. En manglende integrering av de tidlige opplevelseshatene muliggjør å holde utålbare erfaringer på avstand. Barnet fortsetter som ungdom og voksen å bruke de primitive prereflekterende kommunikasjonsformene – spesielt når sterke følelser aktiveres. Dette kan betraktes som en tilpasningsstrategi, eller et forsvar, mot en ekstrem

deprivasjon i omsorgsmiljøet. Det er denne sammenhengen som spesielt er fremhevet for å forstå vanskene til pasienter med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2007).

Det er en kompleks utviklingsvei fra barn til voksen, og så også når det gjelder psykisk lidelse. Det er likevel flere longitudinelle studier som fremhever faktorer ved barnets tidlige temperament, utrygg tilknytning, traumeerfaringer (vold, overgrep, rusmisbruk hos foreldre), og mindre grad av opplevd støtte, som å være mer tilstede mer hos voksne med psykisk lidelse som personlighetsforstyrrelse (Carlson, Egeland & Sroufe, 2009). Her er det ingen entydig sammenheng, men det antydes viktigheten av et fokus på tidlige samspillsvansker og tegn på tilknytningsvansker. Hvis det er riktig at tilknytningsmønstre kan ha sammenheng med utvikling av mentaliserings-evne, og forstyrret utvikling av mentalisering synes å kjennetegne flere med personlighetsforstyrrelse, kan vi kanskje betrakte manglende integrert eller forstyrret mentalisering som *sårbarhetstegn* for videre utvikling av psykisk lidelse og personlighetsproblematikk spesielt. Dette kan være viktig å være oppmerksom på, og kanskje da spesielt for de pasientene som har store emosjonelle svingninger, destruktive mestringsstrategier og relasjonsvansker allerede i ungdomsårene.

Mentaliseringsfokus som et behandlingsalternativ

Det er utarbeidet en veileder for "mentaliseringsbasert terapi", og gjennomført et par effektstudier på pasienter med "emosjonell personlighetsforstyrrelse" i behandling ved dagavdeling (Bateman & Fonagy, 1999), effekt av behandlingen over tid (Bateman & Fonagy, 2001), og effekt av poliklinisk behandling med samme prinsipper på samme pasientgruppe (Bateman & Fonagy, 2009). I Norge foretas det en randomisert kontrollstudie av MBT ved Avdeling for personlighetsforstyrrelser, Ullevål Universitetssykehus (Bateman & Fonagy, 2007). Det er også utforsket anvendbarheten av et mentaliseringsperspektiv i leketerapi, mor-barn samtaler, psykoedukasjon, familieterapi og miljøterapi (Allen & Fonagy, 2006; Verheugt-Pleiter et al., 2008). Det er en pågående effektstudie av 6-8 sesjoner mentaliseringsbasert familieterapi ved

Anna Freud Centre i England. Ved samme institusjon er det en kontrollstudie av MBT individuelt og i familie i behandling av ungdom med destruktiv atferd (Rossouw i Allen & Fonagy, 2006).

Med bakgrunn i forskning på tilknytningspsykologi generelt, og mentalisering spesielt, har det blitt utviklet programmer for foreldreveiledning og familiebehandling for å skape bedre samspill, og forhindre uheldig utvikling. Her kan spesielt nevnes "Minding the baby" og "Short-Term Mentalization and Relational Therapy" (SMART; Allen & Fonagy, 2006). Det er utviklet anbefalinger for ambulant arbeid i førstelinjetjenesten for å hjelpe ungdom med store atferdsvansker, og utarbeidet sosiale programmer i skolen for å minke mobbing og vold (Allen & Fonagy, 2006). I Norge har det de senere årene fremkommer økt fokus på mentaliseringsperspektivet innen psykisk helsevern for barn og unge. Foreldreveiledningsprogrammet "Circle of Security" kan nevnes i denne sammenheng, hvor fokus nettopp er på barnets tilknytningsstil, foreldrenes tilknytningshistorie og deres samspillsutfordringer i affektregulering og mentalisering av barnas følelser og behov (Marvin, Cooper, Hoffman & Powell, 2002; Brandtzæg, Smith & Torsteinsson, 2011). Det er også i gang flere prosjekter innen behandling av barn og unge inspirert av mentaliseringsbasert terapi. I denne sammenheng kan nevnes forskningsprosjekt tilknyttet Regionalt senter for spiseforstyrrelser (RASP) ved Ullevål universitetssykehus, og utprøving av "foreldreveiledning" i arbeide med foreldre med rusproblemer ved Sykehuset i Innlandet (ledet av Skårderud og Söderström). Klinisk arbeid med et *mentaliseringsfokus* er beskrevet i individualterapi med ungdom (Stänicke, 2012), i gruppeterapi med ungdommer (Rustad & Stänicke, 2011) og i samtaler med ungdom i skolehelsetjeneste og på helsestasjon i førstelinjetjenesten (Stänicke, 2008).

Avsluttende kommentar

Det er i denne artikkelen fremhevet ulike aspekter ved utvikling av mentaliseringsevnen – kognitive, emosjonelle og relasjonelle. Det er også argumentert for at mentalisering kan finne sted implisitt og eksplisitt og påvirkes av ubevisste prosesser. Et problem med at begrepet skal vise til så mange forskjellige aspekter ved psykisk fungering er at det

kan få følger for begrepets spesifisitet – at det blir elastisk i en for stor grad, eller mulig omnipotent (Gullestad, 2003). Det er behov for ytterligere spesifisering av begrepets innhold. Enda en utfordring er at begrepet mentalisering som underliggende evne ofte også brukes om det observerte uttrykket, eller om en prosess (å mentalisere) i kliniske diskusjoner. Begrepet reflekterende funksjon er som nevnt innledningsvis presentert som en operasjonalisering av mentalisering, men begrepet er mindre brukt i kliniske sammenhenger.

Mentaliseringsevnen tilbyr en forståelse for utvikling av psykisk helse og psykisk lidelse hos barn, unge og voksne. Mentalisering kan forstås som et begrep i *skjæringspunktet* mellom ulike fagområder (Indrevoll, 2001). Begrepet og behandlingsspektivet kan virke integrerende og ha en brobyggende effekt mellom ulike fagdisipliner og behandlingstilnæringer som ofte står i en motsetning. Med felles forståelse kan forebygging, behandlingstiltak og samarbeid på tvers av instanser effektiviseres. Et viktig poeng her er muligheten for økt felles fokus mellom psykisk helse for barn og unge på den ene siden og for voksne på den andre siden. Dette er et spesielt sårbart overgangsområde for ungdom med alvorlige relasjonsvansker og tegn på begynnende personlighetsproblematikk. Videre muliggjøres en tenkning om relasjonelle utfordringer generelt; i forhold til pasienter, foreldre, kollegaer og samarbeidspartnere. Det tilbys en mulighet for terapeuten å danne hypoteser på eget bidrag i vanskelige relasjoner, i tråd med Gabbards (1995) fokus på terapeutens ”emosjonelle knagger”. Vi har alle mer eller mindre sårbare punkter, eller ubearbeidede psykologiske temaer, som kan medføre mentaliseringssvikt ved økende affekt i relasjonen. Teoretiske begreper kan gi et stillas for tenkning og forståelse når vi står fast. Bruk av en veileder eller kollega øker mentaliseringskapasiteten, og vi klarer å fortsette å tenke. Det å ha en ”medtenker” i vanskelige saker kan være spesielt nyttig. Der det psykiske rom kollapser, er det fare for at man som terapeut utagerer.

Ved å bruke et mentaliseringsfokus tilbys et forståelsesperspektiv på flere utfordrende kliniske tilstander (se også Lecours & Bouchard, 1997), men kanskje tilbys også her en mulighet for å tidlig fange opp de barn og unge som potensielt kan stå i fare for å utvikle en alvorlig psykisk lidelse, som personlighetsforstyrrelse. Her blir det viktig

å gjenkjenne manglende integrert eller forstyrret mentaliseringsevne hos ungdom. Artikkelen er i så måte et forsøk på å illustrere eksempler som kanskje kan vekke gjenkjennelse hos andre klinikere. Det er spesielt fremhevet hvorledes et mentaliseringsfokus kan peke på utviklingsområder i det emosjonelle samspillet mellom ungdommen og deres foreldre. Foreldreinvolvering vektlegges også som potensiell endringsfaktor, uten at foreldre-relasjon forstås som enhetlig årsak til barnets eller ungdommens vansker. Likevel er det fristende å si det billedlig; for ungdommen har ikke toget enda gått. Og kanskje akkurat i ungdomsfasen er ubearbeidede og uferdige tidlige samspillstemaer igjen potent tilgjengelige. Det er ny sjanse (Blos, 1967) for å finne mer modne løsninger, og her kan vi forstå dette også i forhold til en ny mulighet for å reintegrere en mentaliseringsevne. Derfor blir relasjonen mellom terapeut og pasient/ familie betraktet som en viktig forutsetning for endringsmuligheter og oppøvelse av mentaliseringsevnen.

Etter min mening blir også betydningen av en lekende holdning til egne og andres følelser og tanker også tydelig i denne teorien, og ikke bare for barn, men som en vedvarende viktig psykisk mulighet også for voksne. Ved å benytte ”som om”-fungering kan en forestille seg mulige hendelser og fremtidsrettet ”leke med tankene”: ”Hva om jeg gjør...?” På en annen side kan teorien fremheve det kliniske idealet om å ta sin psykiske realitet på alvor – vedkjenne seg sitt sinne, frustrasjon og savn, og forholde seg til følelsene. Følelsene og forestillingene erkjennes uten at de blir overveldende slik at refleksjon opprettholdes.

La meg avslutte med et sitat fra Marie etter et og et halvt år i individualterapi:

”Jeg bare kjenner at jeg er så sint. Det bare vrenger seg i magen. Jeg blir så kvalm, har lyst til å rope ut at jeg er så forbanna, og slå løs på et eller annet. Jeg skjønner jo at jeg ikke skal gjøre det, men jeg er bare så sint. Kanskje kan jeg gå en lang tur, eller løpe eller noe. Må bare få det ut... Jeg skjønner at mamma ikke mener det vondt, men det bare blir så galt for meg. Kunne hun ikke ha bare ha sluttet å nektet for at jeg er sint! Ser hun det ikke da? Kanskje kan jeg bare si at hun skal slutte å nekte... Men det er i alle fall bedre å kjenne at jeg er sint enn slik det var

før da jeg bare holdt meg for meg selv. Dette er mer ekte. Dette er tøft, men det er i alle fall noe mer ekte i livet. Jeg kjenner at jeg lever, liksom.”

Referanser

- Allen, J. & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. England: John Wiley and Sons, Ltd.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
 - (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder*. Oslo: Arneberg.
 - (2009). RCT of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen, *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanalytic Study of the Child*, 5(22), 162-186.
- Bion, W. (1970). *Attention and interpretation*. London: Karnac.
- Brandtæg, I., Smith, L. & Torsteinsson, S. (2011). *Mikroseparatorer*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E., Taylor, A., Craig, I.W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A. & Pouton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-TT gene. *Science*, 18, 301 (5631), 291-293.
- Carlson, E.A., Egeland, B. & Sroufe, L.A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and Psychopathology*, 21, 1311-1334.
- Choi-Kain, L.W. & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontology, Assessment, and Application in the treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
- Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3-4), 288-328.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 1355-1381.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H. & Target, M. (1997). *Reflective-functioning manual. Version 4.1. For application to adult attachment interviews*. London: University College London.
- Fonagy, P. & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-analysis*, 77, 217-233.
- (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- Gabbard, G.O. (1995). Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 475-485.
- Gullestad, S.E. (2003). Adult attachment interview and psychoanalytic outcome studies. *International Journal of Psychoanalysis*, 84, 651-668.
- Indrevoll, L. (2001). *Reflekterende funksjon – et begrep i skjæringspunktet mellom kognitiv psykologi, utviklingspsykologi og psykoanalytisk teori*. Hovedoppgave Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.
- Lecours, S. & Bouchard, M.A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-875.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K. & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: Attachment-based intervention with caregiver-preschool child dyads. *Attachment and Human Development*. Vol. 1(4), 107.
- Rappoport, A. (2002). How psychotherapy works: The concepts of control-mastery theory. *Bulletin of the American Academy of Clinical Psychology*, 8(2), 10-14.

- Rustad, N. & Stånicke, L.I. (2011). *Gruppeterapi med ungdom*. Prosjektbeskrivelse. Lovisenberg diakonale sykehus.
- Schibbye, A.L.L. (1996). Anerkjennelse. En terapeutisk intervensjon? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 530-537.
- Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A.B., Sturek, J. & Fonagy, P. (2011). Theory of mind and emotion regulation difficulties in adolescents with borderline traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50, 6.
- Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stånicke, E. (2010). *Psykiatriboka*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Stånicke, L.I. (2008). *Psykologtjenesten i bydel St.hanshaugen. Et samarbeidsprosjekt mellom Nic Waals Institutt og bydel St. Hanshaugen*. Prosjekt-rapport: Lovisenberg diakonale sykehus.
- Stånicke, L.I. (2010). Selvmord og selvmordsvurdering. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd og E. Stånicke, *Psykiatriboka*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Stånicke, L.I. (2012). Relasjonelle utfordringer i en ungdomsterapi – sett i lys av noen psykodynamiske grunnbegreper. *Mellanrummet* 26, 22-35.
- Verheugt-Pleiter, A.J.E., Zevalkink, J. & Schmeets, M.G.J. (2008). *Mentalizing in child therapy. Guidelines for clinical practitioners*. London: Karnac.
- Winnicott, D.W. (1958). *Ego distortions in terms of true and false self. The maturational processes and the facilitating environment*. London: Karnac.
- Wise, I. (2000). *Adolescence*. London: Karnac.

Søkeord: Mentalisering, tilknytning, ungdom, familie, relasjonelle utfordringer, psykoterapi.

Keywords: Mentalization, attachment, adolescents, family, relational difficulties and psychotherapy.

Abstrakt

Mentalisering presenteres som å vise til kognitive, emosjonelle og relasjonelle aspekter ved menneskets evne til å forstå seg selv og andre, og som et resultat av en relasjonell transaksjonsprosess. Begrepet har i lengre tid vært anvendt i forståelse av, og som et fokus for, behandling av pasienter med personlighetsforstyrrelse, men i økende grad også i forhold til ulike kliniske fenomener og symptom-

lidelser. Artikkelen formål er å vise eksempler på å bruke et mentaliseringsbegrepet for å forstå viktige aspekter ved psykiske vansker hos barn, ungdom og deres familier. Et mentaliseringsperspektiv muliggjør behandlingsskala for en rekke tiltak med ulike behandlingsskala, og spesielt illustreres bruk av et mentaliseringsfokus i arbeide med ungdom som har fastlåste relasjonsmønstre. Det fremheves at mentalisering er et begrep i skjæringspunktet mellom flere fagområder, og kan virke integrerende og brobyggende mellom ulike fagområder og behandlingstiltak.

Abstract

Mentalization is represented as cognitive, emotional and relational aspects of our capacity to understand self and others, and as a result of a relational transactional process. The concept has been used for some time to understand, and as a main focus in, treatment of personality disorders, but increasingly it is applied in the understanding and treatment of different clinical phenomena and symptom disorders. The main aim of this article is to provide illustrations of the concept of mentalization applied in understanding important aspects of psychic difficulties in children, adolescents and their families. The concept of mentalization provides a focus in treatment with different kinds of interventions. It is argued that treatment of adolescents with fixed relational difficulties benefits especially by applying a mentalization focus. It is further argued that the concept is at the intersection of different disciplines, and that it offers the possibility of bridge building beyond different therapeutic methods and institutions.

Line Indrevoll Stånicke er psykologspesialist innen voksenpsykologi og klinisk arbeide med barn og unge. Hun arbeider ved en barne- og ungdomspsykiatrisk enhet tilknyttet Lovisenberg diakonale sykehus i Oslo, Norge. Hun er kandidat ved Norsk Psykoanalytisk Institutt. Artikkelen er støttet med midler fra Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.

line.stanicke@gmail.com