



**Jan-Vegard Nilsen &
Finn Skårderud**
Oslo

Familieforestillinger

Multifamilieterapi og mentalisering

Familiers forestillinger om seg selv og andre

Flere familier som møtes, kan bidra til flere perspektiver, og flere perspektiver kan gi grunnlag for endring. I denne teksten diskuterer vi hvordan det kan være nyttig for terapeuter som arbeider innenfor en multifamilieterapi kontekst å betrakte egen praksis gjennom en mentaliseringsbasert optikk. Ved å beskrive sentrale aspekter ved multifamilie terapi som arbeidsform, og ved å beskrive sentrale elementer i mentaliseringstradisjonen, søker vi å kaste lys over fordelene som kan ligge i å bygge bro mellom disse to tradisjonene. Mentalisering bidrar med en overordnet teori og overordnet forståelse av endringer som kan oppstå i multifamiliearbeidet. Familieterapien med mange deltakere er en god arena for å vise hva mentaliseringsfremmende arbeid betyr i praksis.

Introduksjon

Hensikten med denne artikkelen er å diskutere hvordan mentalisering kan representere en forenende og veiledende teoretisk og klinisk ramme for multifamilieterapi. Det som omtales som multifamilieterapi, heretter i teksten flere ganger akronymisert som MFT, er et terapiformat med ambisjoner om nye veier til forandring. Den

grunnleggende ideen er at samværet mellom flere familier med tilsvarende problemer og utfordringer i hverdagen, sammen med kollektivet av terapeuter, muliggjør utveksling og utforskning av et mangfold av perspektiver på familiens og de enkelte familiemedlemmenes konkrete erfaringer og opplevelser. Den spesifikke terapeutiske konteksten, hvor vanligvis seks til åtte familier er til stede sammen over tid, kan fasilitere endringsprosesser

som vanskelig lar seg realisere i samarbeidet med en enkelt familie eller med en pasient alene. Familiene i MFT fungerer som rådgivere for hverandre, og de samles for å dra veksler på hverandres erfaringer og terapeutenes kompetanse (Asen, 2002; Asen & Scholz, 2010).

Terapeutene må beherske mange terapeutiske teknikker og strategier. Deres kanskje viktigste bidrag er å skape trygge og utforskende baser som gjennom behandlingsforløpet kan bidra til å fremme deling av erfaringer, refleksjon omkring likheter og forskjeller og stimulere til nye måter å forstå seg selv, andre og problemene på. Dette er i henhold til intensjonen noe som igjen vil kunne bidra til at deltakerne både gjenoppdager og utvikler nye og mer helsefremmende måter å løse deres vansker på (Asen, Dawson & McHugh, 2001; Asen, 2007).

I de skandinaviske land har det i flere år vært et engasjement for multifamilieterapi ved alvorlige spiseforstyrrelser, fortrinnsvis for ungdom og deres foreldre. Ved Regionalavdelingen for spiseforstyrrelser ved Nordlandssykehuset i Norge er dette utviklet også for voksne (Valvik et al., 2010).

Multifamilieterapi har sine historiske røtter i den tradisjonelle institusjonsbehandlingen av alvorlige psykiatriske tilstander i USA på 1940- og 50-tallet. Terapeuter eksperimenterte med å arbeide med flere familier samtidig (Laqueur, 1969, 1976; Strelnick, 1977; O'Shea & Phelps, 1985; Asen, 2002, 2007; Asen & Scholz, 2010). Siden den gang har MFT blitt videreutviklet, mest typisk som et terapeutisk supplement til den øvrige behandlingen innenfor et mangfold av ulike kliniske kontekster. Multifamilieterapi anses i dag som en anerkjent måte å arbeide med familier på, både i det psykiske helsevernet og i somatikken (Asen et al., 2001; Asen, 2002, 2007; Asen & Scholz, 2010).

Multifamilieterapifeltet er i dag kjennetegnet av en teoretisk og metodisk pluralisme. Struktur, form og terapeutisk fokus bestemmes i stor grad av anerkjent kunnskap om de tilstandsbildene eller problemene familiene strever med (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Fra sin spede begynnelse har MFT representert en integrativ teoretisk og praktisk modell, opprinnelig forankret i psykodynamisk praksis, tilknytningsteori og gruppeterapi, senere i kombinasjon med varianter av systemisk og familierapeutisk praksis (Asen, 2002; Asen, Dawson & McHugh, 2001; Asen & Scholz, 2010). I tillegg har flere av modellene innslag av psykoedukative

elementer, og enkelte MFT-grupper har en mer rendyrket psykopedagogisk form (Anderson, 1983; McFarlane 2002; Fristad, Goldberg-Arnold & Gavazzi, 2003; Fristad et al., 2009).

Til tross for at MFT i litteraturen typisk omtales som en nyttig kontekst for forandring, at MFT viser seg å være en kostnadseffektiv samarbeidsform med lavt frafall, og at MFT representerer et terapiformat som gjennomgående rangeres positivt av de som deltar, så foreligger det få vitenskapelige arbeider som kan vise til hvordan MFT virker terapeutisk. Og det er få beskrivelser av hvilke pasientpopulasjoner og hvilke spesifikke vansker som terapiformen kan passe best for. Spørsmålet om hva som virker for hvem og hvordan, er et sentralt spørsmål i all psykoterapiforskning (Wampold, 2001; Roth & Fonagy, 2006). Med utgangspunkt i at det per dags dato ikke foreligger noen randomiserte kontrollerte studier av MFT, og det faktum at MFT typisk representerer en behandlingsform som gjennomføres parallelt med annen samtidig behandling, blir det dermed vanskelig å konkludere omkring hva som er virksomme terapeutiske mekanismer og faktorer.

Mentaliseringsperspektivet er en relativt ny integrativ ramme for å forstå hvordan psykiske vansker kan oppstå og vedlikeholdes (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Perspektivet er også relevant for terapeutiske samarbeid med familier der somatisk sykdom utfordrer samspill og påvirker familierelasjoner, og hvor mye av familiens hverdagsliv er organisert rundt sykdom og det syke familiemedlemmets spesifikke behov. Med bakgrunn i sin solide forankring i teori og empiri kan mentaliseringsperspektivet også fungere som en klinisk guide for terapeuten i valg av intervensjoner (Allen, Bleiberg & Haslam-Hopwood, 2003).

Mentalisering er et allmennmenneskelig fenomen, og refererer til vår forståelse av mentale tilstander i oss selv og andre. Begrepet viser til hvordan mentale tilstander og prosesser er forbundet med følelser og atferd. Mentalisering har både som et teoretisk begrep, terapeutisk holdning og som et spesifikt fokus i terapi, ervervet stadig større anerkjennelse fra klinikere som arbeider innenfor ulike kontekster og med forskjellige pasientpopulasjoner (Bateman & Fonagy, 2012).

Mentaliseringsbegrepet i psykiatriske kontekster kan spores tilbake til fransk psykoanalyse på slutten av 1960-tallet (Luquet, 1987; Marty,

1990; Lecours & Bouchard, 1997). I retrospekt kan man se at mentaliseringsperspektivet på 1990-tallet delte seg i to vitenskapelige fløyer. Baron-Cohen (1995), Frith & Frith (2003) og andre brukte det til å forstå og forklare nevropsykologiske svekkelser hos schizofrene pasienter og personer med autismespekterforstyrrelser. Peter Fonagy, Mary Target og medarbeidere anvendte på sin side mentaliseringsbegrepet til å forstå og beskrive psykopatologi og utvikling i relasjon til tidlige tilknytningsforhold (Fonagy & Target, 1996, 1997; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002).

Anthony Bateman og Peter Fonagy i London regnes som banebrytende i å oversette de teoretiske prinsippene til terapeutiske metoder (Bateman & Fonagy, 2004, 2006). De har, etter å ha utviklet evidensbasert terapi for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline), stimulert til en videreutvikling og utvidelse av mentaliseringsbegrepets relevans innenfor en rekke kliniske kontekster. Et eksempel er utviklingen av mentalisering som forståelse og praksis ved spiseforstyrrelser. Det vises blant annet til teksten *Den reflekterende kroppen* i et tidligere nummer av Mellanrummet (Skårderud, Sommerfeldt & Fonagy, 2012), samt Skårderud & Fonagy (2012). I tillegg til pionerene i London har fagmiljøet ved The Menninger Clinic i Houston, Texas, vært sentrale, med psykologen Jon G. Allen i spissen (2001, 2003, 2006, 2012).

I fortsettelsen av denne teksten vil vi forsøke å konkretisere hvordan mentaliseringsperspektiver kan være nyttig for multifamilieterapeuten, a) som en teoretisk base og forståelse av psykopatologi, b) som veiledende for terapeutiske holdninger, c) som perspektiv for å forstå hvordan forandring kan finne sted, og d) som et stimulerende perspektiv for valg av de oppgaver og aktiviteter som terapeutene anvender i en multifamilieterapikonkret. Det er et eksplisitt mål i mentaliseringsbasert terapi å fremme deltakernes holdninger og ferdigheter i å reflektere, hvilket igjen kan tenkes å virke inn på mulighetene for å mestre vansker på mer helse-fremmende måter. I tillegg gjøres det et poeng av at mentaliseringsperspektiver også kan ha en nytteverdi for terapeutteamet selv, som i en MFT-kontekst typisk består av to gruppeledere, med inntil til tre koterapeuter.

Inspirert av arbeidene til Asen og Fonagy (2011, 2012) og Safier (2003) vil vi hevde at det å anvende mentaliseringsperspektiver i arbeidet med MFT,

kan representere nye muligheter, både for å berike praksis og for å stimulere til en videre utvikling av MFT. Og vice versa: Nettopp multifamiliekonteksten representerer en unik mulighet for å drive mentaliseringsbasert terapi. Det er vår påstand at svært mye av det terapeutiske arbeidet som finner sted innenfor typiske MFT-rammer kan tjene som gode eksempler på mentalisering i praksis. Når MFT her betraktes fra et mentaliseringsperspektiv, er dermed ikke intensjonen å argumentere for en radikal dreining av praksis.

Mentalisering som teoretisk grunnlag

Som beskrevet ovenfor defineres mentalisering enkelt som våre evner til å forstå og fortolke eget og andres sinn. Begrepet er i ferd med å bli et klinisk og teoretisk begrep med stor faglig og folkelig appell (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). En etter hvert klassisk definisjon mer enn antyder at begrepet også representerer en integrasjon av både intrapsyriske og interpersonlige fenomener: Mentalisering handler om å kunne se seg selv fra utsiden og se andre fra innsiden (Fonagy, Steele, Steele et al., 1991). Definisjonen viser også til at begrepet søker å favne sentrale allmennmenneskelige fenomener og prosesser, som det er bred enighet om at øver stor innflytelse på vår psykiske helse, samt at begrepet har berøringspunkter med andre velkjente psykologiske begreper (Bateman & Fonagy, 2012). Fonagy og medarbeidere (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002) var tidlig ute med å understreke at begrepet mentalisering er beslektet med eksempelvis empati, selvrefleksjon, innsikt, theory of mind, m.fl. Det som fremfor noe skiller mentaliseringsbegrepet fra andre begreper, er at mentalisering involverer både en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent.

Mentalisering viser til å være opptatt av mentale prosesser. På engelsk sier vi gjerne "holding mind in mind" og "mind-mindedness" (Skårderud, 2012). En kritikk har vært at begrepet er for globalt. I oppdatert mentaliseringsteori er begrepet nyansert. Mentalisering er satt sammen av mange polariteter, og noen personer kan ha store svakheter i noen områder og ikke i andre. Ikke minst på grunnlag av hjerneskaning i forskning foreslås fire grunnleggende polariteter. I en viss grad handler det om at det er forskjellige nevrale systemer i

hjernen som blir aktivert. I sum gir det et rikt og sammensatt grunnlag for begrepsdannelse og vurdering av mentalisering, samt for å forstå hvordan mentalisering ligner og er forskjellig fra en rekke andre begreper. Polaritetene er automatisk-kontrollert, indre orientert-ytre orientert, selv-andre og affektivt-kognitivt. For utdypende beskrivelser viser vi til Fonagy, Bateman og Luyten (2012).

En rekke former for psykopatologi kan forstås som varianter av mentaliseringssvikt. Et kjernebegrep er at god mentalisering bidrar til god følelsesregulering, altså at man evner å opprettholde refleksjon især i situasjoner som er affektivt utfordrende. Hemmete mentaliseringsevner og forskjellige former for psykopatologi er forbundet med hverandre nettopp gjennom redusert regulering av følelser. Ikke minst ser vi ofte mangel på følelseskontroll hos personer med personlighetsforstyrrelser; som hittil er mentaliseringstradisjonens fremste felt for teoretisk, klinisk og vitenskapelig virksomhet. Også traumer kan beskrives innenfor en slik forståelse. Vonde minner kan plutselig, uventet og skremmende vende tilbake som ubearbejdede gjenopplevelser av den smertefulle situasjonen eller overgrepet. Eller vi kan erfare at den menneskelige kroppen blir anvendt som affektiv regulator, som hos ungdom med spiseforstyrrelser eller selvsykdom. Opplevelsene av å ikke holde ut vanskelige følelser kan lede dem til å forsøke å ruse, sulte, spise eller skjære dem vekk. Eller den dårlige regulerte selvfølelsen kan føre oss mot den overdrevne anstrengelsen for å mestre, vinne, prestere og bli anerkjent. Regulering, enten det er av følelser, atferd, nytelse, sex, risiko, mat eller intimitet, er et erfaringsnært begrep som hjelper oss til å se noen forskjeller mellom sunt og frisk, velvære og ubehag, mental helse og uhelse. Begrepene følelsesregulering og selvregulering er altså helt sentrale i modellen om mentalisering.

God mentalisering kan beskrives som evner til å føle klarere. Det er ikke minst Jon G. Allen (2006) som har hevdet at selve begrepet mentalisering kan virke teknisk, og at ordet mental kan oppleves som intellektuelt kjølig og rasjonelt – til forskjell fra det varmere følelse. Vi bør således, skriver Allen videre, bidra til å minne om begrepets menneskelige kvaliteter. Det kan kanskje enklest gjøres ved å minne om at de mentale tilstandene som vi utveksler med andre, alltid er forbundet med følelsesmessige kvaliteter. Mentalisering er for det meste ubevisst; det

er intuitive følelsesmessige reaksjoner som respons på sosiale samhandlinger. Mentalisering er således en form for følelsesmessig kunnskap, ifølge Allen. Mentalisering bidrar med sosiale sammenhenger til våre følelser, og det er slik mentaliserende egenskaper gir oss hjelp til å regulere følelser. God mentalisering hjelper oss til å føle klarere, og ”følelser hjelper oss å få tingene på plass” (Goldie, 2004 s. 255). I de ofte utfordrende møtene med andre sinn, og ikke minst i intime relasjoner, bidrar god mentalisering med rikdom og presisjon (Allen, 2006; Skårderud, 2012).

Sentralt i Fonagy-tradisjonens versjon av mentalisering er at slike kompetanser er sterkt knyttet til egne erfaringer av tilknytning. Trygg tilknytning legger grunnlaget for god mentalisering, mens utrygg tilknytning undergraver dette. Familien er den sentrale arenaen for å utvikle mentaliserende kompetanser; for å bli en som mentaliserer godt i vonde situasjoner.

Trygg tilknytning fungerer som en sentral metafor for de forskjellige terapirelasjonene som aktualiseres i de ulike terapiformatene. Mentaliserings-tradisjonens uttalte fokus på viktigheten av trygge tilknytningsrelasjoner for at barnet skal utvikle mer modne og hensiktsmessige mentaliseringskompetanser, er en guide for terapeutene. Endring skjer i terapeutiske rom som er trygge nok. Trygghet er således en kjernemetafor for at pasienter og familier skal stimuleres til å utforske seg selv og sine forhold til hverandre.

I individualterapi vil terapirelasjonen kunne betraktes som en midlertidig tilknytningsrelasjon hvor man her-og-nå kan arbeide med tilknytningsmønstre som vekkes til live. Likedan vil en i et terapeutisk samarbeid med en enkelt familie, eller i gruppeterapien, være opptatt av tilknytningskvaliteter mellom familiemedlemmene gjennom utforskningen av relevante situasjoner som aktualiseres her-og-nå. I terapien kan terapeuten stimulere til økt mentalisering omkring en selv og andre.

I en multifamiliekontekst vil multiple interaksjoner og prosesser aktualiseres samtidig, og nærveret av flere familier samtidig bidrar til at man kan arbeide med tilknytningsrelasjoner her-og-nå på flere forskjellige måter. Cassano (1989) oppsummerer det komplekse bildet på følgende måte:

- innen en enkelt familie (intra-familie)
- på tvers av familier (inter-familie)

- mellom terapeutene, familiene og de enkelte familiemedlemmene (terapeut-klient)
- innen storgruppen, som her består av familiene og terapeutene (intra-gruppe)
- og mellom familiene, terapeutene, gruppen og den utvidete kontekst (extra-gruppe).

I multifamilieterapi vil en også kunne dele storguppen med de deltakende familiene i flere mindre subgrupper, bestående f.eks. av fedre, mødre, foreldre, ungdom (identifisert pasient), søsken og eventuelt andre inviterte familiemedlemmer eller representanter fra samarbeidende instanser. Det som blir tydelig, er at multifamilieterapikonteksten muliggjør en rekke forskjellige gruppekonsstellasjoner, som igjen kan fasilitere nye måter å forholde seg på. Og nye forståelses- og handlingsalternativer kan vokse frem og derigjennom bidra til forskjeller som blir unike for MFT (Asen & Scholz, 2010).

Mentaliseringsfremmende praksiser

Felles for de etter hvert mange variantene av mentaliseringsbaserte terapier (Bateman & Fonagy, 2012), er det eksplisitte målet om å fremme mentalisering. Begrepet forstås som et overordnet og samlende begrep – et såkalt metabegrep – som kan guide det kliniske arbeidet. Alle samtalebaserte terapiformer fremmer ideelt sett mentalisering, men med såkalt mentaliseringsbasert terapi forsøker vi å dyrke frem praksis som er særlig effektiv i et slikt henseende, samt å unngå terapeutisk atferd som hemmer eller undergraver mentalisering. I klinisk veiledning og undervisning forsøker vi å fremme behandleres evner til å vurdere aktuelle og mer vedvarende mentaliseringskompetanser hos pasienter – og familiemedlemmer – for deretter å skreddersy intervensjoner. Ambisjonene om “skreddersøm” er viktige, da vi i tradisjonelt arbeid har tendenser til både å intervensjonere over pasienters og familiers hoder, som ved bruk av metaforer familien ikke fanger. Andre ganger undervurderer vi dem.

Allen, Fonagy og Bateman foreslår at mentalisering er en av fellesfaktorene i all virksom psyko-terapi. Og de utdyper (Allen, Fonagy og Bateman, 2008, s. 1):

” ... 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”.

Å fremme mentalisering er målet, men tilnærmingen vil være noe forskjellig i forskjellige former; hvorvidt det er snakk om individualterapi, gruppeterapi, ulike kombinasjonsformer eller familierapi (Allen & Fonagy, 2006). Og vi legger altså til: multifamilieterapi. Med vektleggingen av både kognitive og emosjonelle prosesser bygges det bro mellom psykoedukative, kognitive og psykodynamiske teknikker (Allen og Fonagy, 2006). Virksomme fellesfaktorer leder oppmerksomheten hen til begrep som terapeutiske relasjoner, samarbeidsallianse og kvalitetene på det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient (Bordin, 1979; Safran & Muran, 2000).

Hva kjennetegner mentaliserende terapeuter? Den norske psykiateren Sigmund Karterud har sammen med Anthony Bateman, tradisjonens kliniske gründer, laget en veileder for klinisk praksis. Det vises til denne (Karterud & Bateman, 2010). Om vi trekker ut essensen av anbefalt holdning og handling, er det følgende:

Helt sentralt i den mentaliseringsfremmende holdningen er nysgjerrigheten, motarbeidelse av skråsikkerhet, regulering av intensitet og ikke minst at man utforsker selve det kliniske møtet, deg-og-meg her-og-nå. Eller i familie- og gruppesammenhenger: oss her-og-nå. Slik stimuleres mulighetene for rikere opplevelser av seg selv og andre. Den terapeutiske holdningen innebærer også å være følelsesfokusert, aktiv og enkel i dialog med pasienten, løfte frem forskjellige perspektiver, ha et bevisst fokus på minding minds, og ikke minst å være leken. Det handler om å leke med virkelighetene, dvs. å vise at det er befriende å kunne se saker på forskjellige vis (Rydén & Wallroth, 2008).

En synliggjøring av våre egne sinn, terapeutenes tanker og refleksjoner i møtene kan ha en trygghetsfremmende funksjon for pasientene og deres pårørende. Vi er ikke mystiske skikkelser som nikker taust, men mennesker som tydelig responderer på de andre. Det har også pedagogiske funksjoner. Vi viser frem hvordan våre sinn virker. Og ikke minst: Vi kan være rollemodeller for usikkerhet,

nysgjerrighet og undring. Men dette utfordrer oss profesjonelle. Vi må by mer på oss selv. Og det må oppleves som autentisk. De tankene og følelsene som oppstår i møtene, er ikke våre private og personlige hemmeligheter, men nyttige virkemidler som vi deler. Et praktisk eksempel fra familierterapi er de to terapeutene som reflekterer sammen, på verdige og ivaretagende vis, om hvordan de opplever familiens samspill.

Et stadig tilbakevendende problem i våre liv – og dette gjelder ikke minst i familielivene – er at vi tror for sterkt på våre egne fortellinger om oss selv. I samtaler og virksomme terapeutiske relasjoner bidrar terapeutene til å endre slike fortellinger. I en mentaliseringsbasert tilnærming er ikke en ny og mer livsdugelig selvbiografi eller familiefortelling i seg selv målet. Et overordnet mål er i stedet den fleksible evnen til å forandre sine egne fortellinger, hos familiemedlemmene og i familien som system. Det psykoanalytiske begrepet ”innsikt” er heller ikke et mål i seg selv for en mentaliseringsbasert terapi. Innsikt er nyttig, og det er selvfølgelig meget sentralt for selvforståelsen. Men i denne behandlingstradisjonen legger man mer vekt på evnene til å endre innsikter (Allen, 2006). Det handler mer om hvordan man fremmer de reflekterende og mentaliserende kompetansene, enn om det meningsinnholdet som kan knyttes til spesifikke erfaringer: prosess mer enn innhold. I engelsk språkbruk sier vi heller *mentalizing* – et verb som uttrykker aktivitet – enn *mentalization* – et substantiv som viser til noe som om det var en ting. Vi jakter ikke på store sannheter, men på nysgjerrighet som en vitaliserende og helsefremmende livsholdning (Checchin, 1987).

Mentaliseringsbasert behandling er ikke nødvendigvis enkelt, men det er en innebygd etos i tradisjonen at man skal forenkle. Man skal forenkle sin virksomhet for å konsentrere seg om å fremme og foredle basale og nødvendige ferdigheter som vi trenger i relasjon til oss selv og andre. Man skyver mystikk til side og søker terapiens essens. Sentralt er altså vektleggingen av og mulighetene for bedre terapeutiske allianser. Vi vet meget godt, for godt, at dropout og brudd i terapeutiske relasjoner er en gjenganger når vi møter dem som strever mest med seg selv og sine (Skårderud, 2012).

Mentalisering og familien

La oss vende tilbake til tilknytning og mentalisering. Bowlby (1969) grunnla tilknytningsteorien, og beskrev hvordan vi mennesker har et helt grunnleggende, biologisk behov for å søke etter sikre tilknytninger for både overlevelse, vekst og utvikling. Tilknytning betraktes som et medfødt, biologisk instinkt som skal sikre individet overlevelse, beskyttelse og reproduksjon – gjennom fysisk og psykisk nærhet til omsorgsgiver. Tilknytningen bidrar også til den nevropsykologiske utviklingen av våre sosiale evner. På basis av empiriske observasjoner og videre teoretiske utdypelser, har Fonagy og Target (1996, 1997) utviklet argumenter for at evnen til å forstå interpersonlig atferd i lys av mentale tilstander, spiller en nøkkelrolle i selvorganisering og affektregulering. De påstår at det psykologiske selvet dannes gjennom å kjenne mentale tilstander, og at denne kapasiteten, utover genetikk og biologi, oppstår og videreutvikles gjennom samhandling med omsorgsgiverne via prosesser av speiling – og at denne kapasiteten kan bli hemmet midlertidig eller mer omfattende som respons på relasjonelle konflikter eller mangler, akutt stress eller traumer hos sårbare individer.

Selvet utvikles fra å observere seg selv via andre. Vi blir med andre ord til, gjennom kontakt og samhandling med andre. I et slikt utviklingspsykologisk perspektiv er det nærliggende å erstatte Descartes' kjente ”Jeg tenker, derfor er jeg” med ”Jeg er, fordi du tenker på meg”. Ved å internalisere persepsjoner fra andre om en selv, lærer barnet gradvis at sinnet ikke avspeiler verden direkte, men at sinnet fortolker verden. I dag er empirisk kunnskap om tilknytning relativt robust, ikke minst hvordan henholdsvis sikre og usikre tilknytningsmønstre er prediktorer for mental helse. Familien representerer den basen som kan gi barnet opplevelse av trygghet og beskyttelse. Familielivet kan både hemme og fremme barnets utforskning av seg selv, de andre og verden der ute. Det gjelder både tilknytningens kvaliteter, men også kvalitetene på relasjonene de observerer i sitt omsorgsmiljø, som mellom familiemedlemmene (Byng-Hall, 1995, 2008; Hill et al. 2003).

Hill og medarbeidere (2003) fremhever at tilknytningsprosessene i familier er sentrale i forhold til fire spesifikke kjerneområder, henholdsvis

- følelsesregulering
- interpersonlig forståelse
- informasjonsprosessering
- og hvorvidt barnet opplever å få støtte og omsorg i sine nære relasjoner.

Disse fire kjerneområdene representerer igjen områder som det blir sentralt å forholde seg til i terapi, for å skape grunnlaget for en mest mulig hensiktsmessig familiefungering.

Mentaliseringsbasert familierapi (mbt-f)

Med mentaliseringsperspektivets grunnlag i psykoanalytisk teori, utviklingspsykologi, spedbarnsforskning, nevrobiologi og tilknytningsteori var det nærliggende og nærmest forventet at utviklerne av mentaliseringsbaserte tilnæringer fant det relevant å se nærmere på klinisk praksis og arbeid med familier. Den tyskbritiske familierapeuten Eia Asen har sammen med Peter Fonagy (Asen & Fonagy, 2011, 2012) bidratt til å bygge bro mellom to tilsynelatende forskjellige, men samtidig nært relaterte verdener, henholdsvis den intrapsyriske og den interpersonlige, ved å betrakte det systemiske praksisfeltet gjennom mentaliseringens briller. MBT-F har tidligere blitt introdusert for Mellanrummets lesere i en artikkel av Riedel (2012). Tilsvarende som ved multifamilierapi fremhever Asen og Fonagy (2012) at MBT-F kan representere en enkeltstående terapi, eller at sentrale aspekter ved MBT-F kan anvendes som et supplement og slik bidra til en utvidelse og berikelse av andre familierapimodeller. Slik kan MBT-F også forhåpentligvis bidra til at familiemedlemmene kan nyttiggjøre seg andre terapiformer bedre. Mange av teknikkene og de foreslåtte intervensjonene som anvendes i MBT-F, er i overensstemmelse med og også influert av velkjente systemiske tradisjoner. Det er dermed ikke snakk om en ny terapi som sådan, men heller et spesifikt og muligens nytt valgt fokus: Å adressere mentaliseringsprosesser innenfor familiekontekster (Asen & Fonagy, 2012).

På Internett er det gratis tilgjengelig en elektronisk manual for MBT-F, utviklet av Eia Asen og kolleger ved Anna Freud Centre i London. Ved å gå inn på <http://tiddlymanuals.tiddlyspace.com> kan man selv erfare hvordan det særlig legges vekt

på å gripe ett eller flere øyeblikk av familiens samhandling i den aktuelle sesjonen, stanse opp ved dette, utforske og reflektere sammen (mentalizing the moment), og se på alternative forståelser og alternative atferder. Det kalles the mentalizing loop. Utover denne grunnintervensjonen beskriver manualen en rekke teknikker for å regulere spenning og utforske. Mange av dem er lekfulle, og en slik lekenhet – ”playing with reality” – er sentralt i alle former for mentaliseringsbasert terapi. Psykoedukasjon er også en integrert del av terapiformen.

Mentaliseringsbasert multifamilierapi (mbt-mf)

Multifamilierapi kan beskrives som å utforske eget liv med andres briller. Pioneren Laqueur (1972) og hans medarbeidere hadde som initial målsetting at multifamilierapien skulle bidra til å forbedre kommunikasjon og samspill innad i familiene og utad. Fokus var på samspill, forståelser og hvordan interaksjonsmønstre og forestillinger kan påvirke hverandre gjensidig. Nærværet av flere familier gjorde det mulig for familiene å ikke bare fokusere på sitt eget syke familiemedlem. Deltakerne observerer andre familier som strever med tilsvarende samspillsvansker og får slik anledning til å reflektere over egne samspillsmønstre. I tillegg til å observere andre familier får deltakerne anledning til å interagere med hverandre på ulike måter gjennom utvalgte øvelser og aktiviteter. Slik får de anledning til å bli oppmerksomme på likheter og forskjeller og lære av hverandre (Asen, Dawson & McHugh, 2001; Asen & Scholz, 2010).

Forankret i tilknytningstradisjonen vektlegger Byng-Hall (1995, 2008) at det overordnede målet med familierapi er å etablere en trygg familiebase. Det samme gjelder for multifamilierapi. Arbeidet har som mål å etablere både en felles base, men også flere forskjellige baser, som kan fasilitere utveksling og utforskning av mangfoldige perspektiver. Multifamilierapi byr også på konkrete erfaringer hvor familiene og familiemedlemmene prøver ut nye handlingsalternativer i forhåpentligvis trygge omgivelser. Multifamiliekonteksten kan betraktes som et eksperimentelt rom. Ikke minst gjennom sammen å skape en leken terapeutisk ramme, kan familiemedlemmene prøve ut konkrete alternative løsninger som vanskelig lar seg gjen-

nomføre i hjemmet. Multifamiliarbeidet skaper ideelt både et refleksjonsrom og et handlingsrom.

Familier med et langvarig sykt familiemedlem vil kunne kjenne seg igjen i Ivan Eislers (2005) beskrivelser av kjente tendenser og prosesser. Han viser til hvordan familier med alvorlig sykdom typisk kan reorganisere seg rundt problemet. Tilpasningen rundt symptomene skjer gjerne gradvis og nesten umerkelig. Måtene familiemedlemmene håndterer situasjoner, samspill og hverdagslige problemstillinger på, kan etablere nye mønstre som opprettholder seg selv. Kreativ tenkning og den spontane tilgangen til et mangfold av perspektiver snevres inn, og handlingsrom og refleksjonsrom begrenses.

Forenklet kan vi si at mentalisering i praksis handler om å sette skråsikkerheten i parentes og å åpne opp for nye og andre perspektiver, å klare å forholde seg til tvil, og å anvende en mer ikke-vitende holdning i forhold til en selv og andre. Å være sammen med flere familier fremhever både likheter og forskjeller mellom familiene og de enkelte familiemedlemmene. Det er fristende å påstå at familiemedlemmene som deltar i MFT nærmest ikke kan unngå å bli nysgjerrige på hverandre. Det kan altså bety nye og flere perspektiver, "... a multitude of possible ways of viewing things" (Scholz & Asen, 2001, s. 36).

Multifamilieterapi deler mye av det idemessige grunnlaget bak de mange ulike selvhjelpsgruppene for mennesker som strever med tilsvarende utfordringer og vansker. Det som er forskjellig, er at de enkelte samlingene og programmet som helhet er utformet og strukturert av terapeuter som anvender spesifikke terapeutiske teknikker og strategier for å fremme endringsprosesser hos deltakerne (Asen & Schuff, 2006; Asen, 2002). Med bakgrunn i gjennomgang av den omfattende litteraturen som i dag finnes omkring MFT i ulike varianter, oppsummeres rasjonalet for MFT hos Asen og Scholz (2010, s. 5) i følgende 14 overskrifter:

- skape solidaritet
- overkomme stigmatisering og sosial isolasjon
- stimulere nye perspektiver
- lære av andre
- bli speilet av andre
- positiv anvendelse av gruppepress
- gjensidig støtte og feedback
- oppdage og fremme ressurser og forsterke

egen kompetanse

- eksperimentere med «fosterfamilier» og rollebytter
- intensivere samspill og opplevelser
- gjenreise og skape håp
- prøve ut nye handlingsmønstre i trygge omgivelser
- styrke selv-refleksivitet og
- fremme åpenhet og styrke selvtillit gjennom «offentlig» utveksling og samspill.

Til tross for at det per dags dato ikke finnes et eget program eller en egen manual for mentaliseringsbasert terapi for multifamilieterapi, er det vår oppfatning at mentaliseringsperspektivet, vil kunne være oversettbart og praktisk anvendelig innenfor en multifamilieterapikontekst. De mange eksemplene på konkrete mentaliseringsbaserte intervensjoner i arbeidet med en enkelt familie (Asen & Fonagy, 2011, 2012), vil være høyst relevante i en MFT-kontekst. I MFT kombineres de mange endringsmulighetene som familieterapi med en enkelt familie representerer, med de spesifikke potensialene som gruppeterapeutiske prosesser kan representere (Asen & Scholz, 2010). Anerkjente gruppeterapeutiske faktorer som gjensidig støtte, konstruktive tilbakemeldinger fra andre i gruppen, rollespill og erfaringsutveksling og tilbakemeldinger, er alle sentrale ingredienser i MFT. I tillegg er familienes erfaringer og gjenkjennelser av at de ikke er alene om å streve, med på å skape en trygg og forenende ramme. Uavhengig av terapeutisk fokus eller den identifiserte pasientens problematikk, så deler de forskjellige variantene av MFT det at de representerer en smeltedigel av systemiske idéer og gruppeterapeutiske idéer, hvor vi mener at mentalisering kan fungere som et overordnet perspektiv.

Det er først og fremst fantasien og terapeutenes kreativitet som setter grensene for hvilke aktiviteter og øvelser som kan anvendes for å fremme mentalisering i en multifamilieterapikontekst. For konkrete eksempler på mentaliseringsfremmende øvelser vises det her til Allen, O'Malley og Freeman (2012), som har laget en kortfattet og samlet oversikt over de øvelsene de har utviklet så langt. For eksempler på intervensjoner og aktiviteter som benyttes i MBT-F anbefales leseren å se nærmere på arbeidene til Asen & Fonagy (2011, 2012). Det er vår erfaring at de øvelser og aktiviteter som det her henvises til, vil kunne finne sin naturlige plass

innenfor en multifamiliesetting, om enn i modifisert form. Og omvendt: At øvelser og aktiviteter som anvendes i ulike MFT-programmer, vil kunne være av interesse og inspirasjon for terapeuter som arbeider med såkalte mentaliseringsbaserte terapier.

Multifamilie-terapeuten

Hvilke kompetanser er særlig relevante for multifamilie-terapeutene? Stikkordet er multi. Eia Asen (2007) gir oss noen overskrifter som kan fungere veiledende for multifamilie-terapeuten. Han skriver at det bør arbeides ut i fra et holdningssett som omtales som "a multi-modal approach" (Asen, 2007, s. 296). Det er fristende å omtale multifamilie-terapeuten som en tusenkunstner, som samtidig må beherske, håndtere og anvende en rekke kompetanser. Som vi har sett, inviterer MFT-formatet til kombinasjoner av handlingsorienterte aktiviteter, forskjellige samtalsituasjoner og varianter av refleksjonsarbeid i et mangfold av ulike kontekster. Mulighetene er mange. Det er mange "minds in the room" og en forutsetning for at gruppen skal fungere som en arena, et eksperimentelt rom for utveksling av erfaringer, stimulere til nye perspektiver og fremme nye handlingsmuligheter, er at terapeutteamet evner å etablere trygge og forutsigbare rammer. Et veiledende prinsipp for den atmosfæren terapeutene søker å skape bør være kjennetegnet av det som hos Eia Asen omtales som "openness and transparency", ikke bare mellom familiene, men også mellom familiene og terapeutene (Asen, 2007, s. 299). MFT-terapeuten er i tillegg til åpen og transparent også aktiv, fleksibel og bevegelig. Terapeuten må kunne bevege seg fra og mellom ulike terapeutposisjoner. Og terapeuten bør kunne lese, skape og håndtere raske kontekstskifter; "... from the heat of action to the relative coolness of reflection" (Asen & Scholz, 2010, s. 17). Terapeutens bevegelse omhandler både fysisk bevegelse i rommet og bevegelser i holdning og handling. Holdningsmessig og ferdighetsmessig finner vi altså mange fellestrekk med det som ovenfor ble beskrevet som kjennetegn ved mentaliserende terapeuter.

Terapeuter som arbeider med flere familier samtidig, står overfor en rekke spesifikke utfordringer. Det er en presis beskrivelse å si at multifam-

ilieterapeutens kliniske virkelighet er kompleks. Kollektivet av terapeuter bør kontinuerlig forholde seg til spørsmålene om hvem man skal involvere når, hvor, med hva og hvordan, både i de konkrete møtene med familiene og når terapeutteamet har sine faste møter for å evaluere, planlegge og justere kursen.

Eksempler på slike metodiske valg er:

- Hvem? Foreldrepårene, foreldrene samlet, fedre og mødre hver for seg, enkeltfamilier, ungdommene alene, søsken, andre etc.
- Når? Timing, når i forløpet gjøres hva?
- Hvor? Aktiviteter i smågrupper, samlet i plenum, noe som bør adresseres i den øvrige behandlingen eller med samarbeidende instanser?
- Hva? Skal intervensjonene være samtaler, refleksjonsarbeid, psykoedukasjon, øvelser eller nonverbale aktiviteter?
- Hvordan? Skal terapeutteamet anvende en spesifikk endringsmodell, eller er mer integrative og metodefleksible tilnærminger å foretrekke?

Stillingtaket til disse mange spørsmålene krever fleksible og mentaliserende terapeuter som evner å være bevegelige og samtidig fatte beslutninger.

I tillegg til å være åpne og metodefleksible, bør også en mentaliseringsfremmende multifamilie-terapipraksis avspeile gode ferdigheter i å lese kontekst (context reading), etablere kontekster som kan fremme forandring (context making), samt evne å håndtere multiple kontekster samtidig (context managing) (Asen, 2007). Multifamilie-terapeuten må dermed kunne arbeide ut i fra ulike terapeutposisjoner og samtidig inneha relevant og spesifikk kompetanse for de problemene som forener familiene som deltar. Slike terapeuter er samarbeidende terapeuter. Multifamilie-terapeutene vil gjennom behandlingsforløpet stå overfor mange dilemmaer og mulige veivalg. Ved å involvere familiemedlemmene i disse prosessene etableres også muligheter for å samskape relevante kontekster for forandring, å "co-construct relevant contexts for change, opening up for them, and us, a multi-verse of new ways of seeing and experiencing" (Asen, 2007, s. 296). Slike ferdigheter i å lese, samskape og håndtere konkrete situasjoner innebærer også at terapeutene bør være i stand til å møte uforutsette utfordringer underveis og evne å være fleksible i forhold til egen manual, program og på forhånd foretrukket metode eller strategi. Terapeutene

bør derfor være selvrefleksive og forsøke å sette egen skråriskhet i parentes. Terapeutene bør mestre det Asen omtaler som ”multi-level context reading” (Asen, 2007, s. 294), som også innebærer et årvåkent blikk på egen praksis.

I MFT knytter familier bånd med hverandre og det blir multifamilieterapeutens hovedoppgave å fungere som katalysator for at det etableres muligheter som ellers ikke ville funnet sted (Asen & Scholz, 2010). Terapeutene må også kunne regulere sin egen aktivitet og sørge for at det skapes genuine rom for familiene. For multifamilieterapeuten blir det å kunne ”decentralize himself” en viktig ferdighet, slik at familiene kan fungere terapeutisk for hverandre (Asen & Scholz, 2010, s. 4). Det blir dermed viktig å ikke gi for raske svar og komme med løsninger, men heller avvente og stole på at andre ideer og forslag kan komme fra deltakerne i gruppen. Multifamilieterapeuten blir dermed en fasilitator, en terapeut som stoler på at familiene besitter ressurser og ferdigheter som kan fremmes, gjenoppdages og videreutvikles, når rammene og kontekstene tillater det. Det er i tråd med mentaliseringstradisjonens vektlegging av at vi ikke skal tenke for pasientene, men tenke og føle om dem slik at de kan stimuleres til å tenke og føle om seg selv.

For å imøtekomme mange av de innebygde utfordringene som ligger i å være mange minds in the room, og for å ivareta en mentaliserende holdning til egen praksis, kan det være hensiktsmessig at multifamiliesamlingene filmes. Et alternativ er at en fra teamet har rollen som metaposisjon, en stille observatør som kan gjøre notater og gi terapeutene feedback underveis. Teammedlemmet i metaposisjon kan også fungere som veileder og bidra til at terapeutene holder fokus på å fremme mentalisering hos deltakerne. Å se seg selv på video er bokstavelig talt å se seg selv utenfra, en mentaliserende teknologi som bør anvendes langt mer.

Oppsummering

Vi håper at vi her har gitt belegg for at tradisjonene for mentalisering og multifamiliearbeid har svært mye til felles. De representerer begge integrative perspektiver på terapi, henter teoretisk og klinisk inspirasjon fra mange leire, og begge er opptatt av mellommenneskelig samspill, meningsdannelse og

ulike forståelser. Mer spesifikt representerer de en felles oppmerksomhet på viktigheten av å berede grunnen for alternative og multiple perspektiver, som igjen vil kunne bidra til nye handlingsmuligheter. Der mentaliseringsperspektivet har en spesifikk ambisjon for terapi, representerer MFT et terapiformat som kan romme mange teoretiske og kliniske perspektiver. Multifamilieterapifeltet vil kunne ha nytte av å betrakte egen praksis gjennom en mentaliseringsbasert optikk, og de forskjellige mentaliseringsbaserte terapimodellene kan la seg inspirere av rikdommen i tradisjonen som arbeider med de mange familieforestillingene.

Takk

Vi retter en takk til gode kollegaer som på forskjellige vis har bidratt til denne teksten. Disse er Eia Asen, Peter Fonagy, Anthony Bateman, Sigmund Karterud, Bente Sommerfeldt, Mildrik Valvik og Vigdis Wie Torsteinsson.

Referanser

- Allen, J.G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J.G. (2003). Mentalizing. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 87-108.
- Allen, J.G. (2006). Mentalizing in practice. I J.G. Allen & P. Fonagy (Red.). *Handbook of mentalization-based treatment* (s. 3-30). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J.G. & Fonagy, P. (red.). (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J.G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing Inc.
- Allen, J.G., O'Malley, F., Freeman, C. & Bateman, A.W. (2012). Brief Treatment. I A.W. Bateman & P. Fonagy (red.). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 159-196). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Allen, J.G., Bleiberg, E., & Haslam-Hopwood, T. (2003). Mentalizing as a compass for treatment. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 1-11.
- Anderson, C.M. (1983). A psychoeducational pro-

- gram for families of patients with schizophrenia. I W.R. McFarlane (Red.), *Family Therapy in Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Asen, E. (2007). Multi-Contextual Multiple Family Therapy. I L. Mayes, P. Fonagy, & M. Target (Red.), *Developmental Science and Psychoanalysis: Integration and Innovation* (s. 293-307). London: Karnac.
- Asen, E. (2002). Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 3-16.
- Asen, E. & Schuff, H. (2006). Psychosis and multiple family group therapy. *Journal of Family Therapy*, 28, 58-72.
- Asen, E. & Scholz, M. (2010). *Multi-Family Therapy: Concepts and Techniques*. London: Routledge.
- Asen, E., Dawson, N. & McHugh, B. (2001). *Multiple Family Therapy. The Marlborough Model and its Wider Applications*. London and New York: Karnac.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2011). Mentalization-based Therapeutic Interventions for Families. *Journal of Family Therapy*, 3, 1-24.
- Asen, E. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based Family Therapy. I A.W. Bateman & P. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 107-128). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Baron-Cohen, S. (1995). *Mindblindness: An essay on autism and the theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, England: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalization-based treatment* (s. 185-200). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. London: Hogarth Press and Institute of Psycho-Analysis.
- Byng-Hall, J. (1995). Creating a secure family base: some implications of attachment theory for family therapy. *Family Process*, 34, 45-58.
- Byng-Hall, J. (2008). The crucial roles of attachment in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 129-146.
- Cassano, R. (1989). Multi-family group therapy in social work practice – part I. *Social Work with Groups*, 12, 3-14.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 26, 405-413.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S. & Higgitt, A.C. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security and attachment. *Infant Mental Health Journal*, 12, 200-216.
- 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.
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function. Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9, 679-700.
- 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., Bateman, A.W. & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. I A.W. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (s. 3-42). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fristad, M.A., Goldberg-Arnold, J.S. & Gavazzi, S.M. (2003). Multi-family psychoeducation groups in the treatment of children with mood disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 491-504.
- Fristad, M.A., Verducci, J.S., Walters, K. & Young, M. (2009). The impact of Multi-Family Psychoeducation Groups (MFPG) in treating children ages 8-12 with mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1013-1021.
- Frith, U. & Frith, C.D. (2003). Development and neurophysiology of mentalising. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*.

- Series B., *Biological Sciences*, 358, 459-473.
- Goldie, P. (2004). Emotion, reason and virtue. I D. Evans & P. Cruise (red.), *Emotion, evolution and rationality* (s. 249-267). New York: Oxford University Press.
- Hill, J., Fonagy, P., Safier, E. & Sargent, J. (2003). The Ecology of Attachment in the Family. *Family Process*, 42, 205-221.
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V.W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Karterud, S. & Bateman, A.W. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. Oslo: Gyldendal.
- Laqueur, H.P. (1969). Multiple family therapy in a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 20, 13-20.
- Laqueur, H.P. (1972). Mechanisms of change in multiple family therapy. I C.J. Sager & H. Kaplan (red.), *Progress in group and family therapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Laqueur, H.P. (1976). Multiple family therapy. I P. J. Guerin (red.), *Family Therapy: Theory and Practice*. New York: Gardner.
- Lecours, S. & Bouchard, M-A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855-875.
- Luquet, P. (1987). Pener-Parler: Un apport psychoanalytique a la theorie du langage. I R. Christie, M.M. Christie-Luterbaucher & P. Luquet (red.), *La parole trouble* (s. 161-300). Paris: Presses Universitaires de France.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris: Presses Universitaires de France.
- McFarlane, W.R. (2002). *Multifamily groups in the treatment of severe psychiatric Disorder*. New York: Guilford Press.
- O'Shea, M. & Phelps, R. (1985). Multiple family therapy: current status and critical appraisal. *Family Process*, 24: 555-582.
- Riedel, G.E. (2012). En introduktion till mentaliseringsbaserad familjeterapi, MBT-F. *Mellanrummet, Nordisk tidskrift för barn- och ungdomspsykoterapi*, 26, 51-55. <http://www.mellanrummet.net/nr26-2012/En-introduktion-till-mentaliseringsbaserad-familjeterapi,-MBT-F.pdf>
- Roth, A. & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.
- Rydén, G. & Wallrot, P. (2008). *Mentalisering: att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- 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.
- Safiran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Scholz, M. & Asen, E. (2001). Multiple family therapy with eating disordered adolescents: concepts and preliminary results. *European Eating Disorders Review*, 9, 33-42.
- Skårderud, F. (2012). Terapiens essens. Om mentalisering og mentaliseringsbasert terapi. I R. Ulberg, A.G. Hersoug og T. Knutsen (red.), *Psykoterapi i utvikling*, s. 173-190. Oslo: Akademika forlag.
- Skårderud, F. & Fonagy, P. (2012). Eating disorders. In A. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*, s. 347-383. Washington DC: American Psychiatric Publishers.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for den norske Legeforening*, 128, 1066-9.
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. & Fonagy, P. (2012). Den reflekterende kroppen. Mentalisering og spiseforstyrrelser. *Mellanrummet. Nordic Journal of Child and Adolescent Psychotherapy*, 26, 6-21. <http://www.mellanrummet.net/nr26-2012/Artikel-Den-reflekterende-kroppen.pdf>
- Strelnick, A.H.J. (1977). Multiple family group therapy: a review of the literature. *Family Process*, 16, 307-325.
- Valvik, M., Lyngmo, S., Skarbø, T. Nilsen, B.R. & Rosenvinge, J.H. (2010). Multifamilierapi for voksne med alvorlige spiseforstyrrelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47(2), 106-111.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Keywords: Adolescent psychiatry, anorexia nervosa, bulimia nervosa, eating disorders, family therapy, mentalization, multifamily-therapy, psychotherapy.

Søkeord: Anorexia nervosa, bulimia nervosa, fa-

milieterapi, mentalisering, multifamilieterapi, psykoterapi, spiseforstyrrelser, ungdomspsykiatri.

Abstract

The meetings of many families can stimulate multiple perspectives, and multiple perspectives can forward change. In this article we discuss how it can be useful for therapists in a multifamily context to reflect upon own practices through the lenses of mentalizing as a concept and clinical tradition. By describing central aspects of multifamily work and also core elements of theory, therapeutical stance and interventions in the mentalizing model, we aim at illustrating the usefulness of combining these two traditions. Mentalizing contributes with theory and a metalanguage to understand changes that hopefully occur in multifamily work. And the clinical format with many families working together in therapy contributes with illustrations of what enhancing mentalizing may mean in practice.

Jan-Vegard Nilsen er psykolog og arbeider ved BUPA Ungdomsseksjonen for øyeblikkelig hjelp - Vestre Viken, Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Oslo Universitetssykehus.

Finn Skårderud er professor dr. med og lege, spesialist i psykiatri, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo, Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Oslo Universitetssykehus.

finns@online.no