



**Karin Lindahl och Agneta Matell**  
Stockholm

## Om mentaliseringsbaserad terapi med barn med funktionella tillstånd

I vår kliniska vardag möter vi barn och ungdomar med olika somatiska grundsjukdomar såsom exempelvis diabetes, epilepsi, cancer, eller tarmsjukdomar, men också barn och ungdomar där somatisk expertis inte har kunnat finna en medicinsk förklaring till de kroppsliga symtomen. Symtomen, som ofta benämns som psykosomatiska eller funktionella tillstånd (FT), orsakar ofta mycket stress och lidande hos både föräldrar och barn, och det kan vara svårt att få till stånd fungerande behandling.

Vi har dock positiva erfarenheter av att använda oss av mentaliseringsbaserad korttidsterapi för barn (MBT-C) med denna grupp barn och kommer därför i det följande att dela med oss av våra tankar och erfarenheter kring detta. I vår redogörelse kommer vi att utgå från nedanstående patientfall med flickan "Sara":

Sara, 10 år, remitteras till BUP konsultenhet på grund av dagliga buksmärtor sedan tre månader tillbaka. Enligt remissen har Sara

utretts somatiskt och har av remitterande läkare bedömts ha utvecklat ett funktionellt tillstånd. Anamnestiskt framkommer att Sara sedan tidigare fungerat väl socialt med kompisar både hemma och i skolan, klarat av skolan utan problem och tränat gymnastik flera gånger i veckan. Buksmärtorna har där- emot gjort att Sara nu inte har gått till skolan på två månader, och hon har heller inte tränat eller träffat sina kompisar. Sara bor med

båda sina föräldrar, som är heltidsarbetande inom tjänstemannasektorn, och har två syskon; en 1,5 år äldre syster, och en 1,5 år yngre bror. Sara har en nära relation med sin mormor som insjuknade i en hjärtattack ett halvår innan remissen.

### Barn och ungdomar med funktionella tillstånd

Funktionella tillstånd (FT) är ett samlingsnamn på sjukdom och skador som antas kunna förklaras med olika grader av biologiska, psykologiska och sociala orsaksmekanismer. FT är vanligt inom flera specialiteter, och uppfattas ofta som komplicerade att behandla. Tillståndens svårighetsgrad kan spänna från lindriga besvär (till exempel magbesvär inom primärvården) till allvarliga symtom som skapar funktionsnedsättningar med stort lidande (Sjöström, 2018). Det beräknas att ca vart tredje besök inom primärvården handlar om något funktionellt symtom (Fink m. fl., 2015). Andelen barn och ungdomar som uppfyller kriterier för funktionella mag- och tarmsjukdomar är 10–25 % (Olén m.fl., 2013). Eftersom FT ofta har komplexa orsaker utgår analys av symtomen från en biopsykosocial modell, som tar hänsyn till individens biologiska förutsättningar, psykiska status, tolkningen av somatiska symtom och sociala förhållanden. Kunskapsläget om psykologisk bedömning och behandling av tillstånden är under utveckling (Sjöström, 2018).

Inom barnpsykiatri diagnostiseras FT med stöd av diagnosmanualerna DSM 5 (American Psychiatric Association, 2014) och ICD-10-SE (Socialstyrelsen, 1997), där de benämns som konversionssyndrom, kroppssyndrom, dissociativa tillstånd eller somatoforma syndrom. I DSM 5 beskrivs kroppssyndrom bland annat omfatta ett eller flera kroppsliga symtom, som är plågsamma eller som stör den vardagliga tillvaron påtagligt, och som relateras till ett övermått av tankar, känslor och beteenden (American Psychiatric Association, 2014).

När remisser har en frågeställning kopplad till FT är det också motiverat att i den inledande kontakten undersöka hur föräldrarna respektive barnet förstår diagnosen, och om de har "landat" i att innebörden av diagnosen möjligen har en psykologisk komponent som manifesterar sig som en

somatisk åkomma. Enligt Sjöström (2018) är det vanligt att föräldrarna känner sig misstrodda, eller ihärdigt önskar nya utredningar eller behandlingar. Det föräldrar vi möter ofta anser också ofta att barnet borde ha utretts mer, håller inte med den läkare som satte diagnosen, eller har en upplevelse av att inte ha blivit tagna på allvar:

Vid det första besöket med Sara och föräldrarna berättade Saras föräldrar att de inte riktigt förstått vad läkaren menade när läkaren sa att smärtan är funktionell. Sara förstod inte riktigt heller vad läkaren menade. Föräldrarna litar inte på att det skulle finnas någon psykologisk förklaring och undrar om läkaren verkligen har utrett ordentligt. Tänk om de har missat att det finns en allvarlig sjukdom i botten?

Det är i dylika fall angeläget att fånga upp såväl föräldrarnas tillit som misstro till vården, eftersom det har stor betydelse för den fortsatta bedömningen och behandlingen. Det kan till exempel finnas en ambivalens hos både föräldrar och barn, vilken man som terapeut behöver vara medveten om. För att skapa en tillit som möjliggör en kompletterande förståelse av symtomen, det vill säga av att de kan ha en psykisk genes, behöver vi som terapeuter vara genuint nyfikna på vad som blir viktigt för föräldrar och barns sätt att förstå svårigheterna. En förutsättning för att gå vidare i arbetet är att familjen kan ta till sig att det finns flera möjliga sätt att förstå och behandla symtomen, och undvika ett dikotomt antingen-eller-tänkande. Mycket av arbetet kretsar således kring att stärka såväl föräldrarnas tillit till oss som terapeuter, som deras epistemiska tillit – deras förmåga att "*consider new knowledge from another person as trustworthy, generalizable and relevant to the self*" (Fonagy & Allison, 2014, s 373).

### Mentalisering och funktionella tillstånd

I samband med att vi genomförde en MBT-C med ett barn med FT, läste vi en artikel av Ballestri med kollegor (2019). Artikeln undersöker, sammantagtningsvis, variationer i mentaliseringsförmåga hos ungdomar, i relation till deras benägenhet för somatisering. Forskarna fann bland annat att de ungdomar som kombinerade uppmärksamhet på

kroppsliga symtom med mentalisering uppvisade lägre grad av somatisering, medan de som endast uppmärksammade kroppsliga symtom uppvisade högre grad av somatisering. Då arbete med uppmärksamhet och mentalisering är centralt i en MBT-C, kom dessa fynd att inspirera oss i vårt tänkande kring metodens tillämplighet för den aktuella patientgruppen.

Enligt mentaliseringsteorin hänger förmågan att mentalisera ihop med förmågan att reglera uppmärksamhet och affekter. Att reglera uppmärksamheten innebär att kunna rikta den ”inåt” mot fysiska och emotionella upplevelser, samt om att uppleva sin agens – att ha kontroll. Det handlar också om förmågan att rikta uppmärksamheten ”utåt” mot andra, och om förmåga till delad uppmärksamhet. Affektreglering handlar om att känna igen känslor hos sig själv och andra, och kunna reglera dem (Fonagy m.fl., 2002).

Mentaliseringsteorin stipulerar också att barnets utveckling av agens och affektreglering främst äger rum i anknytningsrelationerna. Genom att få sina inre tillstånd speglade och verbaliserade av anknytningspersonerna regleras barnets affekter på kort sikt, men det innebär också att barnet med tiden lär sig att avläsa och känna igen inre tillstånd, och att reglera dessa på egen hand (Bateman & Fonagy, 2004). En förutsättning för denna process är att barnet i tillräckligt stor utsträckning speglas kongruent – det vill säga att anknytningspersonens spegling överensstämmer med barnets affektuttryck. En annan förutsättning är att speglingarna är ”markerade”, vilket innebär att anknytningspersonen, bland annat genom mimik, signalerar till barnet att den speglade känslan är barnets, och inte anknytningspersonens egen (Fonagy m.fl., 2007).

Vidare menar man inom mentaliseringsteorin att en utvecklad mentaliseringsförmåga utvecklingsmässigt föregås av tre olika förmentaliserande nivåer. Den tidigaste av dessa, teleologisk nivå, innebär att barnet konkret kan förstå handlingar i termer av deras fysiska konsekvenser, men det har ännu inte utvecklat någon förståelse av handlingar som resultat av inre tillstånd; av en ”psykisk verklighet”. Barnet behöver snabba lösningar och kräver dem på ett oreflekterat sätt. Barnet behöver också hjälp av anknytningspersonerna med att få sina mentala tillstånd speglade, verbaliserade och reglerade. På nästa förmentaliserande nivå, psykisk ekvivalens, har barnet utvecklat en viss medveten-

het och förmåga att tänka om sig själv och omgivningen, men saknar ännu en utvecklad förståelse för att inre tillstånd är just ”inre”, och för att andra har självständiga medvetanden, som är skilda från det egna. Barnets upplevelser och känslor jämföras med andra ord med den yttre verkligheten. Hos en förälder till ett barn med FT kan denna hållning till exempel visa sig genom att föräldern endast godtar den medicinska förklaringsmodellen som möjlig utgångspunkt. Den sista, och utvecklingsmässigt senaste, förmentaliserande nivån kallas låtsasläge. I motsats till psykisk ekvivalens kännetecknas detta läge av att inre tillstånd helt frikopplas från yttervärlden. Kliniskt märks låtsasläge ofta som bristande integration mellan tanke och känsloliv, till exempel i intellektualiserande tal om känslor utan åtföljande känslomässig förankring (Bateman & Fonagy, 2004).

Vi tänker oss att barn med FT kan sägas ha en mentaliseringsförmåga som brustit i samband med symtom såsom funktionell smärta, funktionsbortfall eller kramper. Enligt Lyons-Ruth med kollegor (2005) så reagerar dock barn tämligen långt upp i åldrarna inte direkt på upplevda hot och faror – de upplever dem istället ”filtrerat” genom anknytningspersonens känslomässiga och kognitiva utvärdering av situationen. Om anknytningspersonen inte är känslomässigt tillgänglig när barnet behöver det, riskerar den dyadiska regleringsprocessen att utebli. Vi tänker oss att barnet då kan behöva undvika svåra känslor i syfte att skydda sig självt, vilket kan få till följd att dessa känslor manifesterar sig som somatiska tillstånd i kroppen. Barnet kan då, med avseende på sina symtom, komma att fungera främst i de förmentaliserande lägena såsom psykisk ekvivalens eller låtsasläge, det vill säga antingen uppvisa svårigheter att skilja mellan yttre och inre verklighet och egna och andras inre tillstånd, eller en radikal åtskillnad mellan yttre och inre verklighet, där inre tillstånd existerar som i en egen bubbla separerad från yttervärlden (det vill säga ett slags dissociativt tillstånd; Wennerberg, 2012).

### Att arbeta med funktionella tillstånd inom ramarna för MBT-C

MBT-C är en tidsbegränsad mentaliseringsbaserad barnterapi, som vanligtvis omfattar 12 veckovisa

sessioner för barnet och lika många för föräldrarna. Då barnet och föräldrarna deltar i behandlingen i lika stor utsträckning är det vanligast att terapi bedrivs av två terapeuter; en barnterapeut och en föräldraterapeut. Det är dock möjligt att använda sig av formatet även som ensam terapeut.

Det övergripande syftet med MBT-C är att hjälpa till att utveckla mentaliseringsförmågan hos barn och föräldrar, för att barnet ska kunna bli medvetet om och reglera sina känslor, och/eller utveckla förmåga att hantera särskilda nyckelsvårigheter. Det kan i det senare fallet röra sig om till exempel ett trauma, sjukdom hos en förälder, eller självkänslorrelaterade svårigheter. Det är också vår erfarenhet – om än begränsad – att FT kan utgöra sådana specifika svårigheter som lämpar sig för behandling med MBT-C. Detta då metoden kretsar kring att stärka just de aspekter av barnets fungerande (uppmärksamhet, affektreglering, mentalisering) som i forskning har befunnits vara relaterade till lägre grad av somatisering (Ballestri m.fl., 2019).

### Bedömning och behandling med barnet

En central målsättning i arbetet med barnet är att barnet utvecklar förmåga att uppmärksamma, stå ut med och reglera sina känslor. I vårt arbete specifikt med barn med FT, så ber vi också tidigt barnen att berätta hur de förstår det funktionella tillståndet. De barn vi har träffat har i samband med remiss till oss fått en beskrivning av hur läkaren på den somatiska sidan uppfattar "funktionellt tillstånd". Att få ta del av denna beskrivning, från barnet och föräldrarna, skapar en gemensam förståelse av svårigheterna. Vi kan då också få en inblick i hur familjen samtalar om och förhåller sig till diagnosen, huruvida den omgärdas av ambivalens, samt vilka förväntningar de har på behandling.

I bedömningen inför terapin utforskas vad som föregått insjuknandet, för att skapa ett sammanhängande narrativ om barnets symtom. Vi undersöker också tankar, känslor och upplevelser relaterade till insjuknande/symtom. Grunden är att få hjälp att reglera känslor och *mentaliser* affekten. Det innebär att utforska känslor kopplade till trauma, specifika svåra händelser, förluster eller insjuknande/symtom, och att acceptera att de finns utan att översvämmas av dem. Att få en ökad för-

ståelse av här och nu för att stå ut med och reglera känslorna som är associerade med traumat/händelsen (Midgley m.fl., 2017).

Bedömningen av barnet sker parallellt med bedömningen av föräldrarna, men individuellt med den utsedda barnterapeuten. Under bedömningen kartlägger terapeuten barnets förmåga att hålla uppmärksamhet och reglera affekter, för att förstå dels barnets förmåga att kunna mentalisera och dels när barnet behöver hjälp – när brister mentaliseringsförmågan och hur får barnet fatt i den igen? Terapeuten tar i beaktande barnets förmåga till ömsesidighet, hur barnet svarar på terapeutens aktivitet, hur barnet upplever sina svårigheter och sina styrkor, samt vilka teman barnet visar i lek eller i samtal.

Det övergripande förhållningssättet för bedömning av barnet i terapin är att ha både ett direktivt och ett följsamt förhållningssätt. Detta sker, beroende på barnets ålder, genom samtal, till exempel med stöd av känslkort eller andra hjälpmaterial, barnpsykologisk testning, samlek och att rita, måla eller spela spel. De styrkor och svårigheter barnet uppvisar används sedan för att formulera ett fokus för terapin. Fokusformuleringen görs gemensamt tillsammans med barnet och föräldrarna, och den löper sedan som en röd tråd genom behandlingen.

Ytterligare en viktig del av bedömningen är att undersöka barnets "vital spark". Det kan beskrivas som en styrka eller något som barnet verkligen uppskattar med sig själv eller uppskattar att göra. Denna "spark" är bra att återkomma till då barnet senare brister i motivation, eller när det uppstår problem i terapin. Målsättningen med terapin anpassas efter barnets egna förutsättningar till mentalisering, och terapeuterna försöker förstå hur barnets mentaliseringsförmåga kan kopplas till de svårigheter barnet upplever (Midgley m.fl., 2017).

Vid session tre berättar Sara om en händelse under gårdagen då en av hennes kompisar och hon hade bestämt att de skulle ses men då hon skulle gå så kunde hon inte utan hon stängde in sig på rummet och drog täcket över huvudet. Det gjorde jätteont i magen. Mamman kom in och skrek att hon ju hade bestämt att hon skulle träffa kompisarna och att Sara inte bara kan strunta i dem. Under sessionen utforskar sedan terapeuten och Sara, med stöd av en fiktiv dialog – som ett

rollspel – mellan kompisarna och Sara, vilka tankar och känslor som väcktes när hon skulle träffa dem och hur dessa tankar och känslor kan kopplas till det magonda. Vad föreställde hon sig skulle ske, vad brukar hända, vad sägs, hur känns det? Det har under tidigare session framkommit att Sara har haft svårt att säga nej till sina kompisar och då hamnat i olika svåra lägen där hon bland annat blivit rädd för att hamna utanför.

Sara tycks hamna i ett teleologiskt läge där hon endast kan ha uppmärksamhet på sitt magonda och får heller inte stöd av sin mamma att reglera i detta läge. Genomgående i både bedömning och behandling är att terapeuten kontinuerligt bedömer de olika förmentaliserade tillstånd som barnet befinner sig i, för att kunna möta barnet på ”rätt nivå” och därigenom stimulera den terapeutiska processen. För att ge barnet en känsla av överblick och förutsägbarhet används också en kalender, som barnet får tillverka. Vid varje sessionsavslut får barnet sedan rita eller skriva i kalendern vad som har skett under terapin. Mot slutet av terapin ger detta även barnet en känsla av sammanhang, och en möjlighet att samtala om sin process (Midgley m.fl., 2017). Vid avslut får barnet med sig en kopia av kalendern för att kunna se tillbaka på i framtiden.

Enligt Fonagy och Allison (2014) är det viktigt att skapa en terapeutisk kontext där patienten känner sig förstådd, och därigenom möjliggöra epistemisk tillit och minska hypervigilans. Genom att patienten blir tänkt om av terapeuten skapas förutsättningar för ett sammanhållet själv och tillit till egen agens.

### Om att beakta tillit och motivera MBT-C för föräldrarna

Vi har märkt att en viktig del i arbetet med föräldrar är att motivera varför MBT-C kan vara hjälpsamt för barnet och dem själva. Kanske kan detta sägas vara särskilt viktigt med föräldrar till barn med FT eftersom de, som nämnts tidigare, kan uppleva bristande tillit till sjukvården och ofta bär på mycket frustration kopplad till tidigare sjukvårdserfarenheter. Frågor som bör undersökas är: Hur förstår de FT och hur accepterar de diagnosen?

Ifrågasätter de diagnosen? Känner de sig missförstådda? Tycker de att sjukvården inte tar dem på allvar eller att barnet inte utretts tillräckligt? Det är angeläget att fånga upp eventuell misstro eftersom det har betydelse för utgångspunkten och vad som ”går att prata om” i den fortsatta kontakten. Vi har mött många föräldrar till barn med olika svårigheter som vill ha snabba tips och råd, och konkreta verktyg som stöd för hur de ska göra i vissa situationer. Föräldrar till barn med FT är inget undantag i detta avseende – ”Mitt barn är sjukt! Ser ni inte det?! Gör något!” Vi tror att det är viktigt att lyssna till just denna besvikelse, ilska och oro, och att validera den. Vi behöver undersöka föräldrarnas önskemål och vara öppna med vad vi kan erbjuda. Detta är givetvis en utmaning i förhållande till föräldrar som på grund av stress och oro befinner sig på teleologisk nivå, där fokus ligger på snabba åtgärder och konkreta resultat. Ett sätt att motivera dessa föräldrar kan vara att beskriva att de genom MBT-C får hjälp att hitta verktyg, genom att förstå sig själva bättre i förhållande till barnet och att förstå barnets ”mind”. Därigenom får de också bättre tillgång till sig själva även i nya situationer i framtiden, jämfört med om de får ”ett verktyg” som hjälper dem i en specifik situation i nuet. Man kan säga att de erbjuds en möjlighet att utveckla verktyg att själva forma sina redskap inför framtiden.

### Bedömning och behandling med föräldrarna

För att barnet ska utveckla sin förmåga till affektreglering och mentalisering behöver även föräldrarnas mentaliseringsförmåga stärkas parallellt med barnets. Föräldrarna kan behöva hjälp med att utveckla nyfikenhet för barnets inre värld och dess uttryck, att tänka kring barnets psykologiska erfarenheter, och att se barnet som en egen person med egna tankar och erfarenheter. I detta ligger också att hjälpa föräldrarna se sitt eget inre och dess relationella yttringar; att stötta deras förmåga att se sig själva ur barnets perspektiv och reflektera över hur de själva påverkar barnet (Midgley m.fl., 2017).

Eftersom arbete med föräldrarnas mentaliseringsförmåga utgör en central aspekt av terapin, behöver även den undersökas innan behandling.

Denna undersökning kan exempelvis göras med stöd av frågor som ger utrymme till föräldrarna att svara mentaliserande. Ett exempel kan vara att be var och en av föräldrarna att berätta om en situation där hen och barnet hade det riktigt bra tillsammans, och komplettera med följdfrågor om hur föräldern kände sig och hur hen tror att barnet kände sig (så kallade "demand questions"). Terapeuten behöver, i sin analys av svaren, vara uppmärksam på om föräldern refererar till sina egna tankar och känslor, samt på vilket sätt det görs: I vilken utsträckning förmår föräldern att ta andras perspektiv? Finns det humor och lekfullhet? Kan föräldrarna uttrycka att de har fel, att de kanske inte vet eller att de tror? Kopplas egna och andras beteenden till känslor eller intentioner? "Demand questions" ger mycket information om hur föräldrarna tänker och känner, men öppnar också upp för att prata om olika känslor och tankar kopplade till relationer. Det finns även strukturerade formulär att utgå ifrån vid bedömningen av föräldrarnas mentaliseringsförmåga (PRFQ; Luyten m.fl., 2017), samt en skala – Reflective Functioning scale – som kan användas som stöd vid bedömningen (Midgley m.fl., 2017). För att bedömningar med Reflective Functioning scale ska vara valida krävs emellertid utbildning i metoden.

Strukturen på våra bedömningar av föräldrar till barn med FT skiljer sig egentligen inte från bedömningarna av föräldrar till barn med andra typer av tillstånd. En aspekt framstår dock som särskilt viktig just när det gäller familjer till barn med FT: Föräldrarna och barnet har ofta hamnat i onda cirklar, eller låsta lägen, kopplat till barnets tillstånd. Det kan exempelvis ha uppstått konflikter, undvikanden eller stress hos föräldrarna och hos barnet när barnet får ont i magen, inte kan röra sig, eller erfar andra tillstånd som blir ett hinder för barnet i relationer. Vi har sett att det har varit hjälpsamt att undersöka dessa situationer och sedan arbeta med dem i samtalen.

Saras mamma berättar under samtalet: Jag säger till Sara när hon ska träffa sina kompisar att jag tycker det är roligt att hon träffar dom. Jag gillar hennes kompisar och det brukar aldrig vara några problem med dom. Men när jag säger det till Sara blir hon alldeles blek, säger att hon har ont, tar sig för magen, gnyr och gnäller. Jag förstår ingen-

ting. Hon hade visserligen ont tidigare idag men nu verkar det helt kört. Klockan tickar på och jag ska med tåget för att komma ikapp på jobbet och jag säger skarpt att hon MÅSTE GÅ NU om hon ska hinna men Sara släpper väskan och går och lägger sig istället. Kom inte iväg den här gången heller och hon ligger kvar i sängen resten av dagen, säger att hon har ont och är blek och gråter. Det här är så jobbigt och stressande för mig,

I vinjetten ovan tycks Saras mamma pendla mellan olika förmentaliserande lägen. Hon verkar exempelvis hamna i psykisk ekvivalens när hon utgår från att Sara tycker som hon själv gör om kompisarna. Saras mamma tycks också närma sig teleologiskt läge när hon blir stressad och vill att Sara bara ska göra som hon säger och gå till skolan på en gång.

Vid samtalen med föräldrar till barn med FT läggs en del fokus på situationer där barnets FT orsakar problem, samtidigt som föräldrarnas förmåga att mentalisera barnet sviktar. Vi tänker oss att det här kan vara hjälpsamt göra en analys tillsammans med föräldrarna av vad som händer i relationen mellan dem och barnet. Som stöd kan bilden "Onda cirklar" tillämpas, där cirkelarna får representera föräldern respektive barnet (Allen & Fonagy, refererat i Midgley m.fl., 2017). Om bilden redan tillämpats vid bedömningen, kan den nu användas till att undersöka tankar och känslor mer ingående. I samtalen med Saras föräldrar har vi fokus på vad som händer när Sara ska träffa sina kompisar och får ont, och mamma blir arg. En viktig, och kanske avgörande, del i samtalen är att hjälpa föräldrarna att också fundera över barnets upplevelse; vad hen tänker och känner om sig själv och om föräldrarna. Ibland har vi använt bilden av "mentaliseringsgungan" (se Figur 1) för att sätta ljuset på stressen som föräldrarna upplever. Bilden har också använts som ett sätt att kontinuerligt följa hur mentaliseringen förändras efter hand.

I arbetet med föräldrar till barn med FT eftersträvar vi ungefär samma förhållningssätt som gäller generellt vid MBT-C. Det innebär att du som terapeut vinnlägger dig om att vara en mentaliserande modell, genom att vara nyfiken, tänkande, fundersam, reflekterande och undrande. Du behöver också eftersträva öppenhet och en accepterande hållning, samt vara autentisk och omdömes-

gillt transparent med vad du själv känner rörande viktiga skeenden i rummet (s.k. self disclosure; Midgley m.fl., 2017). Liksom vid MBT-C av andra svårigheter behöver föräldrar till barn med FT valideras i föräldraskapet, och mötas av förståelse för sin situation och relation till barnet. Enligt Slade (2008) är terapeutens öppenhet för att hålla föräldrarnas erfarenheter av sitt barn "in mind" viktig för att utveckla förmågan att mentalisera. Genom att speglas i föräldraskapet ökar också föräldrarnas förståelse för sig själva och för sitt barn. Uppstår missförstånd behöver de också genomlysas för att bevara alliansen.

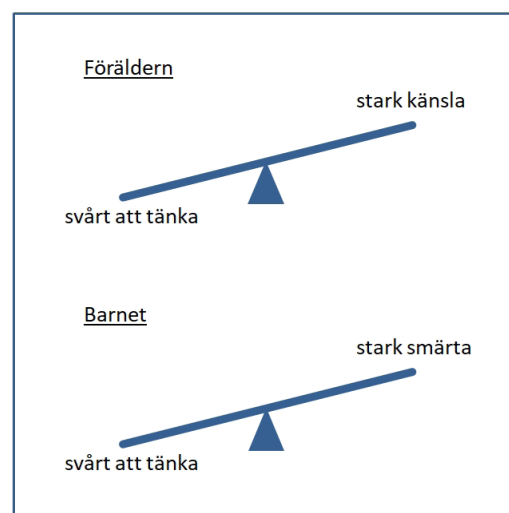
### Bedömning av relationer i förhållande till somatisering

Under bedömningen framkommer att det uppstår en hel del konflikter mellan Sara och föräldrarna i samband med att hon har ont i magen. En vanligt förekommande situation är när Sara ska ta igen skolarbete hemma som hon har missat på grund av stor skolfrånvaro. När det är dags får hon ont i magen och "måste" lägga sig ner och kan inte ta itu med skolarbetet eftersom hon har så ont. Föräldrarna har då blivit frustrerade och även arga på henne för att hon krånglar och inte gör det som bestämts.

I bedömningen av föräldrarnas mentaliseringsförmåga har vi, som nämnts ovan, haft god hjälp av den s.k. "mentaliseringsgungan" (Figur 1). Bilden kan användas för på ett tydligt och enkelt sätt illustrera vad som händer i föräldrarna och barnet i låsta eller stressande lägen. Vi har märkt att föräldrar har svarat positivt på detta pedagogiska inslag; kanske för att det konkretiserar och ger stöd i att reflektera kring de situationer som upplevs problematiska. Bilden brukar vanligen användas för att illustrera balansen mellan affektstyrka och reflektionsförmåga – när känslolidan av gungan är "i topp" är känslan stark, samtidigt som förmågan att tänka är svag, och vice versa. Beträffande FT kan dock det somatiserande läget hos barnet förtjänstfullt illustreras med exempelvis smärta och frånvaro av stark känsla i toppen hos barnet, samtidigt som reflektionsförmågan är svag. "Balans" i gungan motsvaras då av större affektstyrka (med minskad

somatisering) och ökad reflektionsförmåga.

Att analysera hur barnets respektive föräldrarnas "gungor" kan se ut i låsta lägen, kan såväl underlätta terapeutens förståelse av de aktuella situationerna, som återkopplingen av bedömningen tillsammans med föräldrarna. Gungan kan också bli ett mellanområde, där olika känslor och tankar åskådliggörs. Även senare under behandlingen kan gungan vara ett effektivt sätt att illustrera målsättningar, aktuella arbetsområden i terapin, och förändringar under processens gång.



Figur 1. "Mentaliseringsgungan", arbetsmaterial, okänd källa.

### Fokusformulering

I samband med bedömningen vid MBT-C formuleras vanligtvis ett terapifokus, vilket delas med barnet och föräldrarna. Fokusformuleringen presenterar ett tema för terapin, och är tänkt att väcka nyfikenhet och reflekterande hos både barnet och föräldrarna. Vår erfarenhet är att fokusformuleringen är användbar även vid MBT-C för barn med FT, givet att den också inkluderar somatiseringen (till exempel "ont i magen"). Fokusformuleringen omfattar således såväl nyfikenhet, reglering, självkänsla och barnets "vital spark", som barnets somatiserande uttryck (Midgley m.fl., 2017). På detta sätt stimuleras barn, föräldrar och terapeut att tidigt tänka om somatiseringen som en del av bar-

nets uttryck, och till nyfikenhet på underliggande känslor, tankar och intentioner bortom somatiseringen. I Saras fall kom fokusformuleringen att lyda: *Hur är det att vara Sara och ha ont i magen, gilla att hänga med kompisar och samtidigt vara rädd?*

### Metodanpassningar

Vi har med fördel prövat att ha en del av sessionen tillsammans med både barn och föräldrar, eftersom vi märkte att det ger mentaliseringsprocessen en knuff framåt. Vi terapeuter ges då möjlighet att vara modeller genom vårt sätt att lyssna, visa nyfikenhet och undra kring barnets respektive föräldrarnas tankar och känslor. På samma sätt blir vi terapeuter modeller när vi lyssnar på varandra, reflekterar och delar med oss av våra reflektioner i rummet – till varandra, eller till föräldrarna och barnet. I den gemensamma kontexten får föräldrarna och barnet även möjlighet att tänka vidare över vad barnet behöver, baserat på de tankar och känslor som uppdagats i terapin:

När vi träffas alla tillsammans senare delen av samtalet berättar Sara och terapeuten om att de har pratat om när Sara får ont när hon ska träffa sina kompisar. De pratade om att Sara känner oro över att hamna utanför när hon inte velat göra vissa saker som de andra har velat. Föräldrarna känner till att det har varit problematiskt med kompisarna, men berättar att de egentligen inte tyckt att det varit ett problem, att det väl bara är att säga nej. Föräldrarna har också pratat med föräldraterapeuten om dessa situationer och där undersökt vad situationerna har väckt hos dem själva, och vad de tror att Sara kan tänkas känna. I detta och det följande gemensamma samtalet undersöks hur Sara upplever situationerna, hennes känsla av rädsla, utanförskap och hjälplöshet. Sara och föräldrarna kommer fram till att Sara kan ringa eller sms:a till dem i de upplevda problematiska situationerna, för att ta hjälp kring hur hon kan göra. Vi pratar även om att Sara kan prata efteråt med föräldrarna om vad som hände och hur hon kan komma vidare. Efterhand kommer Sara på att hon inte är så

hjälplos som hon tror. Under de kommande sessionerna berättar Sara och föräldrarna att magsmärtorna har minskat i intensitet och förekommer alltmer sällan.

### Avslutande reflektioner

Vi har i denna artikel velat beskriva MBT-C med barn som har FT, ett tillstånd som ofta orsakar stress och lidande hos både barn och föräldrar. Det kan vara svårt att få till stånd en fungerande behandling med dessa barn och deras familjer, men har i vår kliniska vardag erfårit positiva resultat vid behandling med MBT-C. I artikeln har vi beskrivit vad FT är, hur mentalisering och FT kan hänga ihop, hur MBT-C går till enligt grundmodellen, vikten av epistemisk tillit vid behandlingen, samt några anpassningar vi gjort av modellen för att den bättre ska passa barn med FT.

Genom ett nyfiket, icke-värderande gemensamt utforskande möjliggörs ett närmande till de tankar och känslor kopplade till det funktionella tillståndet. Genom att medvetendegöra dessa tankar och känslor minskas risken för att dessa istället manifesteras som kroppsliga uttryck. Terapeutens förhållningssätt utifrån metoden gör också tankar och känslor mindre hotfulla och banar väg för tillit såväl i den terapeutiska relationen till både föräldrar och barn som mellan barn och föräldrar. Vi finner att det är fullt möjligt att tillämpa MBT-C som metod vid FT hos barn och ser att det skulle finnas ett värde av att mer systematiskt utvärdera metoden vid detta tillstånd.

### Referenser

- American Psychiatric Association. (2014). *Mini-D 5. Diagnostiska kriterier enligt DSM-5*. Pilgrim Press AB.
- Ballespi, S., Vives, J., Alonso, N., Sharp, C., Ramirez, M.S., Fonagy, P. & Barrnates-Vidal, N. (2019). To know or not to know? Mentalization as protection from somatic complaints. *PLoS ONE* 14(5):e 0215308. doi.10.1371/journal.pone.0215308.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentaliza-*



- tion based treatment.* Oxford University Press.
- Fink, P., & Rosendal, M. (Red.) (2015). *Functional disorders and medically unexplained symptoms: Assessment and treatment.* Aarhus University Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self.* 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, 288-328. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51, 372-380. doi:10.1037/a0036505.
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L. & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLoS ONE*. doi.org/10.1371/journal.pone.0176218.
- Lyons Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states. *Development and Psychopathology*, 17, 1-23. doi: 10.1017/S0954579405050017.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. & Muller, N. (2017). *Mentalization-based treatment for children: A time-limited approach.* American Psychological Association.
- Olén, O., Uusijärvi, A., Grimheden, P. & Grahnqvist, L. (2013). *Regionalt vårdprogram: Smärtdominerade funktionella mag-tarmsjukdomar hos barn och ungdomar.* Stockholms Läns Landsting.
- Sjöström, C. (2018, 17 september). Funktionella symtomatiska symtom kräver biopsykosocial kompetens. *Läkartidningen*. Hämtad från <https://lakartidningen.se>.
- Slade, A. (2008). Mentalization as a frame for working with parents in child psychotherapy. I E. L. Jurist, A. Slade & S. Bergner (Red). *Mind to mind: Infant research, neuroscience and psychoanalysis* (ss. 307-334). Other Press.
- Socialstyrelsen. (1997). *Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997. Systematiskförteckning.* Almqvist & Wiksell.
- Wennerberg, T. (2012). *Vi är våra relationer.* Natur & Kultur.

## Sammanfattning

Funktionella tillstånd (FT) hos barn är komplexa, och medför ofta omfattande lidande för såväl barnet som för dess familj. Samtidigt är fungerande behandling ofta svår att få till stånd. I denna artikel beskriver vi våra erfarenheter av att arbeta med mentaliseringsbaserad korttidsterapi (MBT-C) med barn som har FT. Vi redogör för vad ett funktionellt tillstånd är, hur FT kan förstås ur ett mentaliseringsperspektiv, samt varför MBT-C kan vara en lämplig metod i arbetet med denna grupp barn och deras familjer. Vi beskriver också hur behandling enligt MBT-C går till, samt diskuterar hur metoden kan anpassas för att bättre lämpa sig specifikt för barn med FT.

**Sökord:** Mentalisering, MBT-C, funktionella tillstånd, epistemisk tillit, dissociation.

## Författarpresentationer

**Karin Lindahl** och **Agneta Matell** är båda legitimerade barn- och ungdomspsykiaterapeuter, utbildade vid Ericastiftelsen i Stockholm. De tjänstgör till vardags på en barn- och ungdomspsykiatrisk enhet i Region Stockholm, BUP konsultenhet, vars uppdrag är att ge psykiatrisk specialistvård till barn och ungdomar som har kontakt med barnmedicinsk klinik i Stockholmsregionen. Enhetens ärenden kännetecknas av att psykiatrisk och somatisk problematik interfererar, vilket kräver nära samverkan med barnsjukvården.

## E-post

[lindahl.k@gmail.com](mailto:lindahl.k@gmail.com)

[agnetamatell@outlook.com](mailto:agnetamatell@outlook.com)