

Innholdsfortegnelse

Maria Anter, Björn Philips och Peter Ramsing	
Redaktionellt	2
Henning Jordet og Per Ladegård:	
En mentaliseringsbasert forståelse av unnvikende personlighetsforstyrrelse.	4
Katharina T.E. Morken, Kari Lossius og Nina Arefjord:	
Uten indre agens – Hvordan opplever kvinnelige pasienter med personlighetsforstyrrelse og ruslidelse sine psykologiske vansker?	21
Janne Østergaard Hagelquist, Louise Kokholm Ladefoged og Catarina Lilbæk Pedersen:	
Mentalisering og skam	43
Sigmund Karterud:	
Narsissisme, mentalisering og gruppeterapi	67
Karin Lindqvist:	
Mentaliseringsbasert barnevernsterapi – att leka med verkligheten	79

Redaktionellt

Nu kommer äntligen ett nytt Matrixnummer! Matrix 1, 2018 är ett Temanummer som handlar om mentalisering. Vi i redaktion för detta nummer har ett personligt intresse för detta då vi arbetat/arbetar med mentaliseringsbaserad psykoterapi. Mentalisering är ett förhållandevis nytt begrepp sprunget ur den psykodynamiska terapin. I våra fem artiklar har vi velat visa bredden av användningsområden för den mentaliseringsbaserade psykoterapin och ge små smakprov på detta från den kliniska verkligheten.

Efter det att mentaliseringsbaserad terapi (MBT) utvecklades för personer med borderline personlighetssyndrom har modifierade varianter av behandlingen växt fram för andra patientgrupper. I den första artikeln i detta nummer beskriver Henning Jordet och Per Ladegård en mentaliseringsbaserad förståelse och anpassad modell av MBT för personer med undvikande personlighetsstörning. Katharina T.E Morken, Kari Lossius och Nina Arefjord har skrivit en artikel utifrån sitt forskningsprojekt på kvinnor med rusproblematik, vilket vi är väldigt glada att få med då det inte finns mycket skrivet om detta. Att arbeta med patienters starka känslor av skam är en utmaning i all psykoterapi; Janne Østergaard, Louise Kokholm Ladefoged och Carina Lillbæk Pedersen beskriver hur mentaliseringsbaserad behandling kan tillämpas vid sådan problematik. I MBT för personer med personlighetssyndrom är gruppsykoterapi den största delen av behandlingen. Då mycket redan finns skrivet om detta har Sigmund Karterud skrivit en artikel utifrån de specifika svårigheter som personer med narcissistiskt personlighetssyndrom utmanar grupperna med. Slutligen bidrar Karin Lindqvist med en artikel om MBT för barn – en ny tillämpning av mentaliseringsmodellen med parallell behandling av barn och föräldrar i ett korttidsformat.

Vi är ännu gladare för att vi får ut numret i samband med den 4:e nordiska mentaliseringskonferensen, denna gång i Oslo. Sorgligt är dock att detta är

Peter Ramsings sista nummer, då han nu avslutat sitt långa trogna arbete med i Matrixredaktionen. Det är många som fått god hjälp av Peters fina feedback och lätta anslag. Vi kommer att sakna honom.

Och nu mycket nöje med läsningen!

Maria Anter, Björn Philips och Peter Ramsing

En mentaliseringsbasert forståelse av unnvikende personlighetsforstyrrelse

Henning Jordet og Per Ladegård

Introduksjon – Hva er Unnvikende Personlighetsforstyrrelse

Engstelig, unnvikende personlighetsforstyrrelse (UPF) er den mest utbredte personlighetsforstyrrelsen i Norden. Undersøkelser peker i retning av at 2-5 % av befolkningen lider av denne personlighetsforstyrrelse (Torgersen, 2009; Zimmerman, Rothschild, & Chelminski, 2005). Det er også en lidelse kjennetegnet av stor personlig lidelse så vel som omfattende funksjonstap (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2007; Olsson & Dahl, 2012).

I kliniske populasjoner ligger prevalensen på mellom 11-57 % (Sigmund Karterud, Urnes, & Wilberg, 2017). Likevel finnes det få spesifiserte behandlingsprogram rettet mot UPF, og det er få studier av effekten av behandlingen. Man har typisk henfaldt til andre behandlingsmodeller, ofte hentet fra annen angstbehandling, hvor fokus har vært på atferd (Weinbrecht, Schulze, Boettcher, & Renneberg, 2016).

Diagnosen ble først innført i DSM-III, sterkt influert av Millon (1981). På engelsk heter den «Avoidant Personality Disorder» (både DSM-5 og ICD-10). På norsk har vi valgt å oversette dette til Unnvikende Personlighetsforstyrrelse (DSM-5) eller Engstelig (unnvikende) personlighetsforstyrrelse (ICD-10). På dansk har lidelsen fått navnet «Evasiv personlighetsstruktur». Svenskene har valgt å kalle den «Personlighetsssyndrom av angstlig typ».

Henning Jordet, psykologspesialist, Poliklinikk Personlighetspsykologi, Søndre Vestfold DPS, bjor@ziv.no. Per Ladegård, psykiatrisk sykepleier, Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold HF, perl@ziv.no.

Begrepene er forskjellige og blir normative for forståelsen av pasientens problemer. Enten et fokus på pasientens atferd (avoidant/unnnvikende/evasiv) eller følelser (ängstlig, engstelig). «Engstelig» beskriver en følelse uten å spesifisere hva pasienten engster seg for. Ingen av begrepene synes å invitere til fokus på hvilke grunnleggende antagelser om seg selv og andre som forklarer atferden og trigger følelsene.

Vi ønsker å argumentere for at unnnvikende personlighetsforstyrrelse er kvalitativt annerledes enn symptomlidelser, og at man derfor bør ta et annet utgangspunkt i behandlingen av pasienter med unnnvikende personlighetsforstyrrelse. Den kvalitative forskjellen ønsker vi å belyse ved å se på hvordan lidelsen atskiller seg fra den symptomlidelsen som de likevel er mest beslektet med, nemlig sosialfobi. Deretter ønsker vi å sette unnnvikende personlighetsforstyrrelse inn i en personlighetspsykiatrisk forståelsesramme og se hvordan dette passer inn med teorien og forskningen rundt mentalisering, samt komme med en beskrivelse av hvordan man kan arbeide med unnnvikende personlighetsforstyrrelse ut fra mentaliseringsbasert terapi.

Etiologi

Som for alle personlighetsforstyrrelser må man anta at utviklingen av en UPF skyldes et komplisert samspill mellom medfødt temperament og miljømessige faktorer og ikke minst tidlige tilknytningsmønstre. Temperament hos denne gruppen er ifølge flere studier beskrevet som «hemmet adferd» («behavioral inhibition») karakterisert ved tendens til å unngå fremmede og nye situasjoner, sjenanse, forhøy et sensitivitet og reaktivitet for angst (Eikenaes, Pedersen, & Wilberg, 2016). Man finner en tydelig tendens i retning mangelpatologi i motsetning til konfliktpatologi; Arbel og Stravynski (1991) beskriver oppvekst preget av lite emosjonell støtte, fravær av uttrykt kjærlighet og stolthet, samt en overvekt av skam- og skyldinduksjon og intoleranse. I tillegg er det i denne gruppen en forhøyet forekomst av fysisk neglekt; tidlig etterlatt alene, for lite eller skitne klær, ikke nok mat etc. (Eikenaes et al., 2016). Disse pasientene har ikke alltid spesifikt fått høre at det er noe galt med dem – problemet er at de heller *ikke* har fått høre at de er OK, og man kan tenke seg at denne typen neglekt vil kunne føre til en følelse av verdiløshet. Dette bekrefter vårt inntrykk av at mange av disse pasientene har en opplevelse av at *noe* må være galt med dem, men de har ofte ingen formening om *hva*. Dette kommer til uttrykk hos noen av pasientene som opplever at det å være i en terapi-gruppe eller en fast sosial sammenheng blir *vanskeligere* etter hvert, og noen

forklarer dette med at når andre blir bedre kjent med dem, vil faren for å bli «avslørt» øke. Denne frykten forsterkes av at de selv ofte ikke vet *hva* som risikerer å bli avslørt.

Denne formen for omsorgssvikt kan ofte bli bagatellisert når den sammenlignes med dramatiske historier om vold og seksuelle overgrep, og konsekvensene er også ofte *tilsynelatende* mindre dramatiske enn hos en person med BPF. Historisk har da også UPF blitt betraktet som en «mildere» form for PF, og det foreligger påfallende mindre forskning på denne pasientgruppen enn på for eksempel BPD på tross av at forekomsten, som tidligere nevnt, i befolkningen er betydelig høyere og graden av menneskelig lidelse og funksjonssvikt er like høy.

Unnvikende personlighetsforstyrrelse (UPF) og Sosialfobi (SAD)

Det er en tilbakevendende diskusjon i fagmiljøene om hvordan Unnvikende PF (UPF) forholder seg til Sosial fobi (SAD). Noen argumenterer for en forståelse av UPF som en alvorligere, mer kronifisert SAD hvor konsekvensen blir *ikke* å definere det som en personlighetsforstyrrelse, men som en symptomlidelse (Carter & Wu, 2010; Chambless, Fydrieh, & Rodebaugh, 2008; Ralovski et al., 2005; Reich, 2009). Vi vil i det følgende argumentere for en forståelse for at det dreier seg om to klart definerte lidelser, hvor det riktignok ofte foreligger komorbiditet, men hvor det er fullt mulig å tilfredsstille kriteriene for den ene og ikke den andre. Bögels et.al (2010) hevder i sin anbefaling til DSM-5 at det foreligger tilstrekkelig evidens for å definere UPF og SAD som to forskjellige tilstander, og hevder at en sammenslåing av disse til én symptomlidelse vil kunne føre til at klinikere overser viktige mangler i normal identitetsutvikling og mellommenneskelig fungering, begge kardinalkjenne tegn for PF.

Marques et al. (2012) har i sin undersøkelse vist at antallet av oppfylte trekk fra UPF i DSM har signifikant sammenheng med psykososial dysfunksjon, selv om det ble kontrollert for graden av sosialfobi og depresjon. De enkeltkriteriene som hadde størst betydning i forhold til psykososial dysfunksjon, var kriterium 2: «Ikke villig til å involvere seg med andre mennesker så sant vedkommende ikke er sikker på å bli likt», kriterium 3: «Tilbakeholdende i intime forhold av frykt for å bli beskjemmet eller latterliggjort» samt kriterium 7: «Er uvanlig nølende når det gjelder å ta sjanser eller å involvere seg i nye aktiviteter, fordi vedkommende tror de kan føre ham eller henne i forlegenhet».

Som beskrevet tyder det på at det er en kvalitativ forskjell mellom SAD og

UPF. Vi vil argumentere for at det ligger i selve definisjonen at når UPF er klassifisert som en personlighetsforstyrrelse, er det naturlig å se på hvordan personlighetsfunksjonene er forstyrret hos mennesker med en UPF. Pasienter med UPF synes i høy grad å være drevet av følelsen «skam», men i tillegg fremtrer det en bredere og dypere følelsesmessig vaksomhet, sammenlignet med SAD. Personer med UPF har lavere selvfølelse, mindre stabilitet i selvpfattelse, mindre evne til nytelse, færre positive emosjoner og mer gjennomgående relasjonsproblemer, typisk i form av følelsesmessig tilbaketrekning eller overtilpasning til den andre (Eikenaes, Hummelen, Abrahamsen, Andrea, & Wilberg, 2013; Hummelen, Wilberg, Pedersen, & Karterud, 2007).

I den alternative, diagnostiske modellen som er fremsatt i appendiks i DSM-5, er det foreslått at man tar stilling til overordnet svekkelse av personlighetsfungering innenfor områdene identitet, retning i livet, empati og nærhet (Bender, Morey, & Skodol, 2011). Vi vil derfor se på hvordan vi kan forstå UPF ut fra disse områdene:

Identitet

Hos mennesker med UPF finner vi at deres identitetsfølelse er kjennetegnet av en stor skamfølelse rundt egen person. De ser seg selv som mindreverdige og skammer seg uttalt over seg selv. De er redde for at andre skal se dette og "avsløre" deres utilstrekkeligheter og, i egne øyne, graverende mangler. Det er dog veldig vanskelig å forstå *hva* de skammer seg over, da det hele oversvømmes av skammen. Skammens funksjon er å skjule det man skammer seg over, og således blir det vanskelig å få tak i det psykologiske materiale vi som terapeuter trenger for å behandle pasienten. Opplevelser som kunne være korrektive til deres selvbilde, blir «annullert», da de ikke opplever at positive tilbakemeldinger, suksess eller annet har noe med dem som person å gjøre. En av våre pasienter, en kvinne på ca. 60 år, hadde fortalt at hun for flere tiår siden hadde en jobb hvor hun ble betraktet som særdeles dyktig og hennes tjenester etterspurt. Hun sa ved en senere anledning «Jeg har aldri fått til noe i hele mitt liv!». På spørsmål om hva hun tenkte om sin tidligere yrkeskarriere, svarte hun oppriktig forbauset «Hva har det med saken å gjøre?».

Retning i livet

Deres evne til å sette seg mål er likeledes påvirket av denne måten å se seg selv på; de tenker ikke de evner å være en del av samfunnet og har derfor en uttalt

En mentaliseringsbasert forståelse av unntvikende personlighetsforstyrrelse

tendens til *ikke* å sette seg mål i det hele tatt. Panksepp (1998) anser nysgjerrighet og lekenhet å være en grunnfølelse. Pasienter med UPF viser i uttalt grad liten evne til å gjenkjenne og agere på denne følelse. Resultatet blir lite hevdelse av egne interesser og mangelfullt engasjement i eget liv. Det som skjer med pasienten, kommer utefra, og vedkommende opplever liten autonomi og evne til å påvirke hendelsenes gang. Fremmede og nye aktiviteter unngås, da disse kun blir en ny arena de kan bli avslørt i forhold til hvor lite egnede de føler de er.

Empati

Det finnes utallige definisjoner på begrepet empati, fra det verdinøytrale som kun beskriver evnen til å observere og forstå en annens mentale tilstander og prosesser (mentalisering av andre), uavhengig av følelsesmessig respons og om en velger å handle på denne innsikten (Kohut, 1959), til en verdiladet altruistisk definisjon («jeg er en person som bryr meg om andre»). Pasienter med UPF har generelt problemer med at deres forståelse av andre preges av fastlåste og dårlig mentaliserte/hypermentaliserte forestillinger, og at deres fokus derfor i stor grad blir på hva andre tenker *om dem*). Ubehaget ved dette forsterkes av redselen for at andre skal avsløre feil og mangler ved dem selv som de selv ikke kan identifisere, men like fullt er overbevist om at de har. Dette er de ofte supersensitive på, slik at de ofte overser signaler om positive emosjoner, så som varme, interesse og omsorg. En umentalisert antagelse om at andre ikke interesserer seg for dem kan ofte gi seg utslag i at de, for å beskytte seg mot følelsen av avvisning, ikke signaliserer noen interesse for andre, og pasienter med UPF kan derfor noen ganger *fremstå* som uempatiske (G. S. A. e. a. Dimaggio, 2007). Dette blir imidlertid unyansert, da de i situasjoner hvor de føler seg trygge, både evner å forstå og interessere seg for den andre. Man kan således tale om en generell evne til empati, som dog har store, følelsespesifikke mangler. Med andre ord har mennesker med UPF ofte store problemer med det kognitive aspektet ved empati, men de har vanligvis ikke problemer med å gjenkjenne enkelte affektive aspekter.

Nærhet

Pasienter med UPF klarer ofte å ha vedvarende relasjoner, men disse er sjelden åpne, autentiske og likeverdige. I det tidligere nevnte kriterium 3 utfolder selve patologien seg ved at de ikke klarer å snakke med andre mennesker om hvor-

dan de har det. De opprettholder derfor ofte det Winnicott (1965) betegnet som et «falskt selv», og skjuler det «sanne selv» dypt inne i seg, under forestillingen om at dette er utilgivelig og skambelagt. De holder ofte fast i egen forestilling om mindreverd og etablerer derfor relasjoner som fastholder dem i denne forestillingen. Hvis de lykkes med noe, anser de det ofte for "flaks" eller tilfeldigheter. De kan til nød se et rimelig sunt forhold som et uttrykk for at de, enn så lenge, har vært så heldige at den andre ikke har avslørt dem.

Mentalisering og MBT

En nylig studie viste at UPF er kjennetegnet ved økt aktivitet i amygdala og lav aktivitet i hjernestrukturer relatert til mentalisering⁷ (Buades-Rotger, Beyer, & Kramer, 2017). Derfor vil vi hevde at mentaliseringsbasert terapi (MBT) i modifisert form er fruktbar både som forståelsesramme og i behandlingen av mennesker med UPF. For å kunne forstå og behandle pasienter med UPF må vi etter vår mening ha et behandlingstilbud hvor man flytter fokus bort fra pasientens atferd og over på pasientens personlighetsmessige, mentale fungering. I dette øyemed finner vi det naturlig å benytte mentalisering og MBT som utgangspunkt for hvordan vi kan strukturere og spesifisere det terapeutiske arbeidet.

Mentalisering er evnen til å danne sunne, realistiske og fleksible forestillinger om egne og andres handlinger som uttrykk for en mental tilstand. Begrepet innfanger en sentralt, intra- og interpsykisk kapasitet som kjennetegner alle mennesker og er sentral for personligheten (A. Bateman & Fonagy, 2013).

Bateman og Fonagy (Fonagy, 2004) har utviklet en strukturert, spesifikk behandlingsmodell med utgangspunkt i mentalisering rettet mot pasienter med Borderline Personlighetsforstyrrelse. Denne har vist seg effektiv i flere studier og er nå også manualisert (A. Bateman & Fonagy, 2008, 2009; S. K. A. Bateman, 2010; Jørgensen et al., 2013; S. Karterud et al., 2013).

Behandlingen er kombinasjonsbehandling, hvor man har individuell psykoterapi, gruppepsykoterapi og psykoedukasjon. Dertil kommer medisinerings etter APA eller NICE guidelines.

For å kunne arbeide med pasienter med UPF ut fra et mentaliseringsbasert perspektiv, er det viktig å ha i mente at MBT i sin tradisjonelle form er utviklet for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse. Det er således en del sentrale elementer man bør overveie å endre, gitt at man i MBT hele tiden skal ha øye for pasientens ideosynkratiske mentaliseringskapasitet. Dette lig-

ger eksplisitt i modellen; det at man ønsker å engasjere pasienten i en mentaliserende prosess for således å øke pasientens evne til å mentalisere i situasjoner hvor de er følelsesmessig aktivert.

Vi vil derfor i det nedenstående presentere en generell mentaliseringsforståelse av pasienter med UPF med utgangspunkt i en generalisert og til dels karikert fremstilling av deres problemer. Det er dog alltid viktig å ha i mente at det er den enkelte pasient man sitter overfor man skal behandle, og ikke en diagnose basert på et deskriptivt system.

Mentalisering og unnvikende personlighetsforstyrrelse

Som nevnt er UPF kjennetegnet ved å være en personlighetsforstyrrelse hvor problemene er gjennomgående og vedvarende. Personer med UPF vil derfor, rimelig kontekstuavhengig, ha store mentaliseringsproblemer. I motsetning til personer med borderline, ser vi ikke den store emosjonelle ustabilitet og reaktivitet på ytre hendelser. Det meste av patologien ved UPF foregår på en indre, lukket arena. Deres mentaliseringssvikt er således mer vedvarende og ikke så fluktuerende som vi ser i andre lidelser. Det kan derfor være vanskelig å finne typiske utløsende hendelser for mentaliseringssvikt, på samme måte som vi kjenner det fra mennesker med BPD. Dessuten unngår mennesker med UPF som regel mange av de situasjonene som kunne påvirket dem, for eksempel vil bare tanken på å dra på en fest nærmest være utenkelig i seg selv. På den måten vil det ofte være *fraværet* av hendelser som blir det sentrale i arbeidet med UPF, og ikke hendelser i seg selv.

Videre ser vi at pasienter med UPF har en betydelig dårligere autobiografisk hukommelse enn andre (Spinhoven, Bamelis, Molendijk, Haringsma, & Arntz, 2009). Dette formentlig fordi de generelt har en lav affektbevissthet (Johansen, Normann-Eide, Normann-Eide, & Wilberg, 2013; Normann-Eide, Johansen, Normann-Eide, Egeland, & Wilberg, 2013). Især å differensiere mellom forskjellige følelser er vanskelig for mennesker med UPF (Farmer & Kashdan, 2014; Kashdan, 2007). Personer med UPF har ofte store problemer med affektiv kausalitet; de forstår ofte ikke hva som har bragt dem i den følelsesmessige tilstanden de befinner seg i. Opplevde affekter er som regel det som hjelper oss å huske situasjoner, hendelser, tanker etc. (G. e. a. Dimaggio, 2015). Så igjen blir *fraværet* av opplevde emosjoner det sentrale problemet pasientene har, og ikke nødvendigvis emosjonene i seg selv. Her ser vi et viktig terapeutisk aspekt i behandlingen av UPF. Mentaliseringssvikt hos UPF-pasienter kommer ikke som følge av at de blir oversvømmet av følelser, slik vi ser

hos pasienter med BPD. Det er derfor ikke fruktbart å gå etter de tilstedeværende følelsene, da det ikke er de som i utgangspunktet skaper mentaliseringsproblemer. Som regel er pasientene i kontakt med følelser av angst, engstelse og skam. Disse kan pasienten som regel snakke om, og ofte vil de kunne delta i *pseudomentaliserende* diskurs rundt dem. F.eks. «Jeg vet de ikke tenker på meg, men jeg føler likevel at de alle sammen ser på meg og tenker negativt om meg». Ved å fokusere på disse følelsene, kommer man som kliniker til å overse det sentrale ved UPFs patologi, nemlig at det er *fraværet* av emosjoner som er problemet.

Et annet argument for å unngå å bli i angst, engstelse og skamfølelse, er at disse følelsene hos mennesker med UPF som regel utløser massiv mentaliseringsvikt hvor de havner i *konkret mentalisering*. De blir i denne mentale tilstand overbevist om at deres indre opplevelse er ens med virkeligheten og det kan bli veldig vanskelig å jobbe med dem. Derfor er det nødvendig å hjelpe pasienten ut av denne tilstanden, gjerne ved å fokusere på andre følelser, situasjoner eller nøytrale emner inntil mentaliseringsevnen er noenlunde restaurert.

Generelt er det en påfallende manglende nysgjerrighet for egne og andres mentale tilstander. De er nærmest «mind-blind» i den forstand at de ikke undersøker hva andre tenker eller føler, på samme måte som de har problemer med å relatere seg til at egne tanker og følelser er nettopp det, altså tanker og følelser. Samtidig er de patologisk opptatt av andre menneskers tanker og følelser rettet mot dem, men det er ikke nødvendigvis de reelle tanker og følelser, men de tanker og følelser som er i overensstemmelse med deres eget skamfilserte selvbylde. Således er det tale om utstrakt grad av konkret mentalisering. Som nevnt er dette en tilstand hvor deres egne opplevelser av andres mentale tilstander blir forvekslet med virkeligheten, og den er ikke mulig å korrigere ved å inngå i intervensjoner som eksponering eller kognitiv rekonstruksjon.

Man kan til dels få pasienten inn i en diskurs om andres mentale tilstander, men pasienten er da ofte i en tilstand hvor de er overtilpasset terapeuten og dennes intervensjoner. Man kommer derfor fort inn i en *pseudomentaliserende* samtale, hvor pasienten tilsynelatende er med på å undersøke mentale tilstander, uten at dette overhodet får noen betydning for indre strukturer og personlighetsutvikling, eller fører til endret atferd utenfor terapeutenes kontor.

Teleologisk sett har pasientene en tendens til å skanne omgivelsene etter tegn som er i samsvar med deres eget selvbylde; et rynket bryn blir tegn på misnøye, en lukket dør blir bevis på avvisning etc. «Confirmation bias» er den allmennmenneskelige tendensen til å legge mest merke til inntrykk som

bekrefter det vi allerede antar. Denne tendensen øker ved angst/ubehag (Bar-Haim, Lamy, Pergamin, Bakermans-Kranenburg, & van, 2007). *Det er viktig å huske på at denne «confirmation bias» også gjelder egne affektive tilstander og de tanker og forestillinger som disse affektive tilstandene fører til.*

Mentaliseringsbasert behandling

MBT skiller seg generelt fra tradisjonell psykodynamisk psykoterapi ved å være mindre interessert i innsikt, og mer fokusert på prosessen bak innsikten. Hvor den tradisjonelle psykodynamiske terapeuten vil være opptatt av å skape forståelse og tolkninger, vil vi i MBT være mer opptatt av *hvordan* man skaper forståelse og kommer frem til tolkninger. Som beskrevet tidligere, ser vi at pasienter med UPF ofte har hatt problemer i sine tilknytningsrelasjoner hvor de har følt seg lite sett og forstått. Man kan forvente at denne dynamikken så vil utspille seg i terapirelasjonen, hvor pasienten vil legge opp til at terapeuten blir opptatt av å forstå og se pasienten, men at pasienten vil oppleve dette som å bli misforstått og oversett. Et typisk eksempel vil være terapeuten som forsøker å berolige sin pasient med en tolkning som har som hensikt å fjerne skam, og derfor sier noe i stil med "Det er ikke så underlig du føler deg mindre verdt med tanke på hvordan dine foreldre ikke så deg da du var liten". Problemet med denne type tolkning er at den kommer inn i et psykologisk system som ikke hører dette som trøstende og skamreducerende, men som snarere tolker dette som et bevis for hvor udugelig de er; "jeg burde jo nå snart skjønne at følelsen av mindreverd er feil", eller som tenker at terapeuten ikke ser ham/henne" det er SÅ mange andre grunner til at jeg ikke er god nok, men siden terapeuten velger å fokusere på mine foreldre, er det fordi de andre grunnene er helt forferdelige".

Når vi derfor skal jobbe mentaliseringsbasert med UPF, blir vi nødt til å ta denne formen for tilknytning og psykologiske prosess på alvor og dermed holde fokus på de prosessene som utspiller seg i relasjonen til terapeuten i et "her og nå"-perspektiv. Vi må i utstrakt grad modellere mentalisering ved å gjøre vår tenkning *eksplisitt* og samtidig demonstrere den *mentaliserende, ikke-vitende holdning*. På denne måten skifter vi fokus fra en innsiktsorientert terapi til en mentaliserende terapi. Vi debatterer ikke pasientens opplevelse av seg selv, vi forsøker ikke å forklare de symptomene vi ser ut fra pasientens historie, men forsøker å hjelpe pasienten til å bli nysgjerrig på egne, indre prosesser ved å undre oss genuint over hvordan pasienten kommer frem til sine konklusjoner om seg selv og andre. Så en typisk endring i fokus i forhold

til ovenstående eksempel vil så være: "Jeg hører du tenker du er et forferdelig menneske, og jeg tenker det må være utrolig vanskelig å oppleve seg selv sånn. Men jeg må innrømme at jeg ikke helt forstår hvordan du kom frem til en så bastant konklusjon om deg selv?"

Som tidligere beskrevet vil en pasient med UPF ha problemer med å merke og forstå at affekter er til stede (Moroni et al., 2016). I MBT vil vi derfor fokusere på hva som *nå* skjedde og hvilken følelsesmessig reaksjon som er til stede (affektbevissthet og affektiv kausalitet). Et fokus på sammenhengen mellom reaksjoner i dag og opplevelser *i barndom oppvekst* vil etter vår mening risikere å fremme en pseudomentalisert forståelse som pasienten ofte opplever som en teoretisk konstruksjon mer enn en opplevelse som gir gjenklang i dem selv. I denne sammenheng er det verdt å merke seg at MBT ikke ser på pseudo-mentaliserings som et ubevisst forsøk på å unngå ubehagelige følelser (forsvar), men snarere en manglende *evne* til å mentalisere tanker og følelser. Dette er ytterligere en grunn til å anlegge en åpen, eksplisitt diskurs med pasienten med tanke på å hjelpe pasienten i gang med å bli nysgjerrig på indre, følelsesmessige opplevelser. Dette med henblikk på å skape disse indre prosessene fremfor å rydde opp i eller oppdage dem.

Det er god evidens for at kontrollert eksponering er nyttig i behandling av spesifikke fobier. En forståelse av UPF som en slags sosial fobi har derfor ført til en antagelse om at gruppeterapi for pasienter med UPF har fungert som en nyttig eksponering for de fryktede situasjonene. Men mens en person med fobi mot f.eks. stålorm ved gjentatt eksponering vil kunne gjøre seg den erfaring at stålormen er fullstendig harmløs, vil eksponering hos en pasient med fastlåste, ofte umentaliserte forestillinger om seg selv og andre ikke på samme måte høste korrektive erfaringer. En som er overbevist om at alle på bussen tenker negative tanker om ham, vil ikke få noen opplevelse av at dette ikke stemmer; det de er redde for, er mentale tilstander som ikke kan bevises eller avkrefte (det er uvanlig i sosiale situasjoner å spørre en annen «du, hva tenker du egentlig om meg?»). For en pasient med UPF vil det samme spørsmålet til et gruppemedlem i terapigruppen være like utenkelig. Faktisk opplever mange med UPF at bekymringer og fantasier om andres tanker om ham faktisk øker jo nærmere relasjonen blir (jo nærmere du kommer, jo nærmere er jeg ved å bli «avslørt»). Menneskers naturlige tendens til «confirmation bias» gjør at denne pasienten gjennom sin tolkning av sosiale signaler opplever sin antagelse bekreftet.

Dette er ikke et argument mot gruppeterapi for denne pasientgruppen, men det er grunn til å tro at en viss evne til å gjenkjenne egne reaksjoner og

å kunne mentalisere må være til stede før pasienten kan nyttiggjøre seg gruppeterapi. Hvis pasienten i gruppen overveldes av et voldsomt ubehag og ikke er i stand til å mentalisere over dette ubehaget, vil pasienten neppe være i stand til aktivt å forholde seg til de andres eller sine egne mentale tilstander i gruppen. Pasienten blir med andre ord nødt til å ha en vis evne til å forholde seg til egne tanker og opplevelser som noe annet enn den reelle verden.

Konkret mentalisering

Vi tenker at man kan jobbe med ekstrem konkret mentalisering i et innledende individualterapeutisk forløp hvor fokus er på evnen til det DiMaggio kaller «differensiering» (G. e. a. Dimaggio, 2015), altså evnen til å mentalisere egne reaksjoner, skjønne forskjellen på en teori/antagelse og virkeligheten, eller om man vil: gjøre det selvsyntone selvdystont. Sagt på en annen måte, lære å differensiere mellom «jeg er en idiot» (en «sannhet» i den virkelige verden; «konkret mentalisering») og «i enkelte situasjoner har jeg en tendens til å komme i tanker om at jeg er en idiot» (en mental prosess i meg). Dette gjøres ved å arbeide med den konkrete mentaliseringssvikt. Da utfordrer vi ikke direkte selve «riktigheten» av forståelsen, men er nysgjerrige på, og utforsker den mentaliserende prosessen i forhold til hvordan pasienten kom frem til denne antagelse.

På denne måten kan man sammen med pasienten se på hvilke mentale prosesser pasienten benytter for å trekke sine slutninger (eller mangel på sådan), for videre å finne mønstre i mentaliseringsprosessen. Ved å undersøke disse mønstrene hjelper man pasienten til å bli nysgjerrig på egen mentalitet, samt skape den ønskede diskrepans mellom en «tanke om verden» og «verden som den er».

En annen effektiv intervensjon vil være å få tak i de ofte få og små positive aspektene av pasientens selvoppfatning (vitalitet, ønsker, ambisjoner, interesser), ikke for å sette dem opp mot de negative selvoppfatningene, men for gradvis å forskyve «confirmation bias» om eget selv. En måte å gjøre dette på er å engasjere pasienten i samtale om felles interesser. En av forfatterne (PL) oppdaget en felles interesse for gamle hi-fi-forsterkere, og samtalen om dette førte til en merkbar vitalisering av en deprimert pasient, og denne affektive forandringen ble bemerket og utforsket. Man skaper altså et «affekt-fokus» hvor man ser på affekten mellom terapeut og pasient; «Jeg legger merke til at når vi snakker om dette emnet, så virker du mer levende, nysgjerrig og interessert. Jeg lurer på hvordan vi kan forstå dette?». Pasienten blir her utfordret

på sin fastlåste, konkrete mentalisering i og med at man får mulighet til sammen å utforske andre deler av personligheten som er mer sunne, positive og lystbetonte, mens de er aktive.

Det individuelle forløp vs. gruppe

Det individuelle forløpet bør i stor grad støtte opp under gruppearbeidet og hjelpe pasienten, ofte på en pedagogisk måte, til å bringe materialet inn i gruppen. Man kan komme til å ligne mer en «coach» enn en terapeut, da en del av oppgaven er å «heie på pasienten» og hjelpe denne til å bruke gruppen. Kommer pasienten eksempelvis i individuell terapi for å snakke om hvordan de følte seg avvist av kjæresten i helgen, er det individualterapeutens oppgave å hjelpe pasienten å finne ut av hvordan han/hun kan bringe dette inn i førstkommende gruppemøte og ikke nødvendigvis gå inn i materialet og jobbe med det i den individuelle samtalen. Derfor anbefaler vi at individualterapeuten er en av gruppeterapeutene. Når pasienten vet at terapeuten vet at pasienten vet hva han/hun burde snakke om, blir det enklere å bringe psykologisk materiale inn i gruppen. Ved å få energien og de psykologiske prosesser inn i gruppen kan denne bli en mentaliserende arbeidsgruppe fremfor en gruppe pasientene lider seg igjennom for å beholde sin individualterapi.

Fraværet av hendelser

I MBT med BPF-pasienter vil en spørre om hendelser; interpersonlige situasjoner hvor pasienten opplevde en mentaliseringssvikt som kan utforskes i ettertid. UPF-pasienter har ofte vanskelig for å produsere hendelser, da de ofte har dårlig autobiografisk minne og også kan ha problemer med affektiv kausalitet; de forstår ofte ikke hva som har fått dem til å føle det de føler. Ofte fører deres problemer til at de unngår situasjoner som potensielt kunne ført til reaksjoner de kan undersøke nærmere. Vi har god erfaring med å spørre om «ikke-hendelser»; det de lot være å gjøre, festen de ikke gikk på, møtet de avlyste. Ved å undersøke hva han tror han ville *følt/opplevd* (heller enn hva som ville *skjedd*), vil det være mulig å få tak i de fastlåste og ofte konkret mentaliserte (ikke-differensierte) antagelsene. En annen måte å stimulere pasientene til å produsere mentale tilstander, er ved å gi dem oppgaver de skal løse mellom sesjonene. Det kan eksempelvis være å dra på familiemiddag, gå på foreldremøte etc. Oppgaven består ikke nødvendigvis i at de skal *gjøre* det, men å observere de *mentale tilstandene* som vekkes hos pasienten i relasjon til oppga-

ven – hvilke tanker, følelser og reaksjoner fikk pasienten da han/hun forsøkte å dra på foreldremøtet?

Det er med andre ord terapeutens oppgave å skape de mentale tilstandene som er fraværende hos pasientene med UPF. Som det fremkommer av forrige avsnitt, er et av kjerneproblemene til pasienter med UPF nettopp *fraværet* av hendelser, nysgjerrighet og følelser. Dette fraværet induserer skam, tilbaketrukkethet og engstelse. Som UPF-terapeut må man tolerere, utholde og akseptere at dette fraværet vil fylle mye i terapien. Man må avmystifisere dette ved å generalisere, men samtidig insistere på å være nysgjerrig på mentale tilstander, undersøke de aktuelle følelsene og ikke minst fremme de følelsene som er fraværende i terapien. Ofte bør man derfor som MBT-terapeut skifte fra en stil med mange spørsmål til en stil med flere *statements*. Man markerer sine tanker om mentale tilstander, gjør sitt resonnement *eksplisitt* og *tilgjengelig* for pasientene og fremsetter det som en mulig *hypotese*. Eksempelvis; «Når jeg forestiller meg hvordan det er å sitte til en familiemiddag og oppleve at svigerfar kritiserer meg, så tenker jeg at jeg kunne bli både sint og trist på samme tid. Hva tenker dere om dette?»

I dette arbeidet kan det være nyttig *ikke* å spørre de andre i gruppen hva de tenker om aktuelle hendelser som en medpasient bringer frem, fordi vi da fokuserer på en ytre hendelse som mange av dem ville frykte eller unngå helt. Ergo vil man neppe få særlig mentaliserende input fra gruppemedlemmene. Vi anbefaler isteden at man hjelper gruppen med å fokusere på mentaliteten ved å utforske hva den enkelte medpasient tenker om hvordan de tror vedkommende hadde det i den beskrevne situasjonen? «Hvordan ville du hatt det?» «Hva ville du tenkt hvis du var en av de andre?»

Dimaggio (2015) beskriver en serie intervensjoner som begynner med å be pasienten om en situasjon (en hendelse eller en ikke-hendelse), for så å fokusere på pasientens følelsesmessige reaksjon i denne situasjonen. Dersom dette lykkes, vil en kunne spørre pasienten om denne følelsesmessige reaksjonen vekker tidligere minner. Ofte vil både pasienten og (i gruppeterapi) andre gruppemedlemmer kunne få tak i tidligere lignende situasjoner, og på den måten vil differensiering fremmes ved at pasienten blir seg bevisst at de følelsesmessige reaksjonene synes like i flere forskjellige situasjoner, altså at de er automatiserte reaksjoner med liten forankring i den enkelte hendelse.

Oppsummering

Vi har i denne artikkelen argumentert for at unnvikende personlighetsfor-

styrrelser er kvalitativt annerledes enn symptomlidelser idet det er snakk om en forstyrrelse av personligheten. Denne forstyrrelsen har vi gjennomgått ut fra en teoretisk modell hentet fra DSM-5. Et kjennetegn ved alle personlighetsforstyrrelser er problemer med mentalisering. Vi argumenterer derfor for at mentaliseringsbasert behandling vil være velegnet også for denne gruppen, dersom man tar høyde for målgruppens ideosynkratiske mentaliseringsproblemer. Med andre ord et fokus bort fra atferd og atferdens konsekvenser og over mot de mentale prosessene som atferden er en logisk følge av. På denne måte vil man bli mer opptatt av pasientens non-mentalisering og intervenser i henhold til dette. Vi har forsøkt å komme med strukturelle, så vel som konkrete eksempler på hvordan dette arbeidet kan utføres.

Abstract

This paper presents a theoretical framework for understanding and treating patients with avoidant personality disorder. We argue that avoidant personality disorders are qualitatively different from symptom disorders and therefore requires a consistent framework based on theory and clinical practice. We argue that we must shift our focus from behavior to mental processes as found in mentalization based treatment. This treatment needs to be tailored to the problems that are at the core of avoidant personality disorder.

The paper is based on literature and the clinical experience of working with these patients in an outpatient treatment program in Sandefjord, Norway.

Key words

Avoidant personality disorder, Mentalization, mentalizing, MBT, treatment

Litteraturliste

- Arbel, N., & Stravynski, A. (1991). A retrospective study of separation in the development of adult avoidant personality disorder. *Acta Psychiatr Scand*, 83(3), 174-178.
- Bar-Haim, Y., Lamy, D., Pergamin, L., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van, I. M. H. (2007). Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychol Bull*, 133(1), 1-24. doi:10.1037/0033-2909.133.1.1
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry*, 165(5), 631-638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166(12), 1355-1364. doi:10.1176/appi.ajp.2009.09040539
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanal Inq*, 33(6), 595-613. doi:10.1080/07351690.2013.835170

- Bateman, S. K. A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi*. Oslo: Gyldendal
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: a review of theory and methods. *J Pers Assess*, 93(4), 332-346. doi:10.1080/00223891.2011.583808
- Bogels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress Anxiety*, 27(2), 168-189. doi:10.1002/da.20670
- Buades-Rotger, M., Beyer, F., & Kramer, U. M. (2017). Avoidant Responses to Interpersonal Provocation Are Associated with Increased Amygdala and Decreased Mentalizing Network Activity. *eNeuro*, 4(3). doi:10.1523/eneuro.0337-16.2017
- Carter, S. A., & Wu, K. D. (2010). Relations among symptoms of social phobia subtypes, avoidant personality disorder, panic, and depression. *Behav Ther*, 41(1), 2-13. doi:10.1016/j.beth.2008.10.002
- Chambless, D. L., Fydrich, T., & Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: meaningful distinction or useless duplication? *Depress Anxiety*, 25(1), 8-19. doi:10.1002/da.20266
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2007). Socio-demographic conditions, subjective somatic health, Axis I disorders and personality disorders in the common population: the relationship to quality of life. *J Pers Disord*, 21(5), 552-567. doi:10.1521/pedi.2007.21.5.552
- Dimaggio, G. e. a. (2015). *Metacognitiv Interpersonal Therapy for Personality Disorders. A treatment manual*. London: Routledge.
- Dimaggio, G. S. A. e. a. (2007). *Psychotherapy of personality Disorders. Metacognition. States of mind and interpersonal cycles*. London: Routledge.
- Eikenaes, I., Hummelen, B., Abrahamsen, G., Andrea, H., & Wilberg, T. (2013). Personality functioning in patients with avoidant personality disorder and social phobia. *J Pers Disord*, 27(6), 746-763. doi:10.1521/pedi_2013_27_109
- Eikenaes, I., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2016). Attachment styles in patients with avoidant personality disorder compared with social phobia. *Psychol Psychother*, 89(3), 245-260. doi:10.1111/papt.12075
- Farmer, A. S., & Kashdan, T. B. (2014). Affective and Self-Esteem Instability in the Daily Lives of People with Generalized Social Anxiety Disorder. *Clin Psychol Sci*, 2(2), 187-201. doi:10.1177/2167702613495200
- Fonagy, A. B. a. P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University press.
- Hummelen, B., Wilberg, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (2007). The relationship between avoidant personality disorder and social phobia. *Compr Psychiatry*, 48(4), 348-356. doi:10.1016/j.comppsy.2007.03.004
- Johansen, M. S., Normann-Eide, E., Normann-Eide, T., & Wilberg, T. (2013). Emotional dysfunction in avoidant compared to borderline personality disorder: a study of affect consciousness. *Scand J Psychol*, 54(6), 515-521. doi:10.1111/sjop.12076
- Jorgensen, C. R., Freund, C., Boye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjolbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatr Scand*, 127(4), 305-317. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x
- Karterud, S., Pedersen, G., Engen, M., Johansen, M. S., Johansson, P. N., Schluter, C., . . . Bateman, A. W. (2013). The MBT Adherence and Competence Scale (MBT-ACS): development, structure and reliability. *Psychother Res*, 23(6), 705-717. doi:10.1080/1050330

- 7.2012.708795
- Karterud, S., Urnes, Ø., & Wilberg, T. (2017). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kashdan, T. B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: theoretical synthesis and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 27(3), 348-365. doi:10.1016/j.cpr.2006.12.003
- Kohut, H. (1959). Introspection, Empathy and Psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 459-483.
- Marques, L., Porter, E., Keshaviah, A., Pollack, M. H., Van Ameringen, M., Stein, M. B., & Simon, N. M. (2012). Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: what does it add? *J Anxiety Disord*, 26(6), 665-672. doi:10.1016/j.janxdis.2012.05.004
- Moroni, F., Proccacci, M., Pellecchia, G., Semerari, A., Nicolo, G., Carcione, A., . . . Colle, L. (2016). Mindreading Dysfunction in Avoidant Personality Disorder Compared With Other Personality Disorders. *J Nerv Ment Dis*, 204(10), 752-757. doi:10.1097/nmd.0000000000000536
- Normann-Eide, E., Johansen, M. S., Normann-Eide, T., Egeland, J., & Wilberg, T. (2013). Is low affect consciousness related to the severity of psychopathology? A cross-sectional study of patients with avoidant and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 54(2), 149-157. doi:10.1016/j.comppsy.2012.07.003
- Olsson, I., & Dahl, A. A. (2012). Avoidant personality problems--their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network. A community-based study. *Compr Psychiatry*, 53(6), 813-821. doi:10.1016/j.comppsy.2011.10.007
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York: Oxford University Press.
- Ralevski, E., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Tracie Shea, M., . . . McGlashan, T. H. (2005). Avoidant personality disorder and social phobia: distinct enough to be separate disorders? *Acta Psychiatr Scand*, 112(3), 208-214. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00580.x
- Reich, J. (2009). Avoidant personality disorder and its relationship to social phobia. *Curr Psychiatry Rep*, 11(1), 89-93.
- Spinhoven, P., Bamelis, L., Molendijk, M., Haringsma, R., & Arntz, A. (2009). Reduced specificity of autobiographical memory in Cluster C personality disorders and the role of depression, worry, and experiential avoidance. *J Abnorm Psychol*, 118(3), 520-530. doi:10.1037/a0016393
- Theodore, M. (1981). *Disorders of Personality: DSM-III, axis II*. New York: John Wiley & Sons.
- Torgersen, S. (2009). The nature (and nurture) of personality disorders. *Scand J Psychol*, 50(6), 624-632. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00788.x
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant Personality Disorder: a Current Review. *Curr Psychiatry Rep*, 18(3), 29. doi:10.1007/s11920-016-0665-6
- Winnicott, D. W. (1965). Ego distortion in terms of true and false self *The Maturation Process and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development* (pp. 140-157). New York: International Universities Press.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The Prevalence of DSM-IV Personality Disorders in Psychiatric Outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918. doi:doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1911

Uten indre agens – Hvordan opplever kvinnelige pasienter med personlighets forstyrrelse og ruslidelse sine psykologiske vansker?

Katharina T.E. Morken, Kari Lossius og Nina Arefjord

Sammendrag

Problemstilling: Hvordan er det å leve med alvorlig personlighetsforstyrrelse og komorbid ruslidelse; hvordan beskriver og opplever pasientene sine egne psykologiske vansker? Hvordan beskriver og opplever pasientene sin egen rusbruk og årsaken til at de ruser seg?

Utvalg: Semi-strukturerte kvalitative intervju ble gjennomført med 13 kvinnelige pasienter med komorbid personlighetsforstyrrelse og ruslidelser to år etter fullført mentaliseringsbasert terapi (MBT).

Metode: Kvalitative intervjuer ble analysert med tematisk analyse innenfor en hermeneutisk-fenomenologisk epistemologi.

Resultater: Følgende tema ble funnet: "Jeg bare gjør det", "Jeg er for mye", "Jeg er fæl", "Jeg er redd andre", og "Jeg ruser meg for å holde ut".

Katharina T.E. Morken: Psykologspesialist/stipendiat, Stiftelsen Bergensklinikken, Vestre Torggt 11, 5013 Bergen, Norge; Universitetet i Bergen, Institutt for klinisk psykologi, Christies gate 12, 5015 Bergen. Kari Lossius: Psykologspesialist/fagdirektør, Stiftelsen Bergensklinikken, Vestre Torggt 11, 5013 Bergen, Norge. Nina Arefjord: Psykologspesialist, Kompetansesenter rus – Region Vest, Stiftelsen Bergensklinikken, Vestre Torggt 11, 5013 Bergen, Norge

Kontakt: All korrespondanse kan adresseres til førsteforfatter Katharina T.E Morken, kthm@bergenclinics.no, Vestre Torggt 11, 5013 Bergen, Norge

Konklusjon: Personlighetsforstyrrelse med samtidig ruslidelse oppleves av pasientene som en lidelse med en gjensidig selvforsterkende spiral av vansker med selv og andre hvor rus er en strategi for å regulere disse vanskene.

Introduksjon

Det er en veldokumentert og sterk sammenheng mellom skadelig bruk av rusmidler ("substance use disorders", SUD) og personlighetsforstyrrelser (PF) (Grant et al., 2004; Verheul, 2001). Det er vanlig at pasienter med rusproblematikk også har personlighetsproblematikk. Det er da paradoksalt at det å ha en rusdiagnose er noe som ofte fører til eksklusjon fra spesialiserte behandlingsprogrammer for PF, samt at innen rusfeltet så er kunnskap om PF manglende (Bosch & Verheul, 2007; Karterud, Arefjord, Andresen, & Pedersen, 2009). Det er fortsatt lite dokumentert evidens vedrørende hva som er effektiv terapi for samsykeligheten ruslidelser og PF (Lee, Cameron, & Jenner, 2015). Flere forskere og psykoterapeuter anbefaler tosidig fokusert behandling, hvor rusbruk og personlighetsproblematikk jobbes med samtidig (Bosch & Verheul, 2007; Ross, Dermatis, Levounis, & Galanter, 2003). Det er dog fortsatt noe uklart hva dette doble fokuset skal innebære i møtet med pasienter som sliter med alvorlig rusavhengighet, relasjonsvansker og selvreguleringsvansker. For å kunne skreddersy behandling er det sentralt å forstå hvordan pasienter selv opplever sine psykologiske vansker. Det er også avgjørende å ha en grunnleggende modell for årsakene til rusmiddelbruk og hvordan denne henger sammen med pasientens øvrige psykiske problemer. Kvalitativ forskning vil kunne øke kunnskapen vår om pasientenes egne opplevelser av sin lidelse. Kunnskap om pasienters egenopplevelse gjør det lettere å skreddersy hensiktsmessige behandlingstilnæringer. Fokus på pasienters egen opplevelse kan belyse hva som er viktige fokus i behandling. Kvalitative perspektiver er viktig for at psykoterapiforskning skal holde seg levende og i kontakt med fenomenet som studeres (Binder et al., 2016).

Det eksisterer få kvalitative studier på gruppen PF/SUD. Vi har ikke funnet noen studier som undersøker PF/SUD-pasienter sin opplevelse av egne psykologiske vansker. Noen studier har vært rettet mot pasienter med emosjonelt ustabil PF (borderline) og har utforsket deres opplevelse av egen patologi. I én studie fant de en splitt mellom hvordan deltakerne opplever seg selv versus andre, hvor de opplevde seg selv som altruistiske og offer for uheldige omstendigheter, mens andre ble oppfattet som egoistiske og selvtilfredse (Dammann et al., 2011). I en annen studie fant man at selvskading og overdoser hadde

forskjellige funksjoner, selvskading som selvregulering og overdoser som suicidforsøk (Brooke & Horne, 2010). En tredje studie fant diskrepans mellom diagnosekriteriene i DSM IV og pasientene sin opplevelse av egne vansker; her var sentrale tema for pasientene fremmedgjøring, tilkortkommenhet og fortvilelse (Miller, 1994).

Noen kvalitative studier eksisterer på PF-pasienter og PF/SUD-pasienter innenfor MBT (Johnson, Mutti, Springham, & Xenophontes, 2016; Morken, Binder, Arefjord, & Karterud, 2017; O Lonargain, Hodge, & Line, 2017). I disse studiene har fokuset vært på hvordan pasienter opplever endring i MBT, samt hvordan deltakerne opplever MBT som behandling. Mentalisering er funnet som en viktig endringsmekanisme, noe som også støttes i kvantitative prosess-studier (De Meulemeester, Vansteelandt, Luyten, & Lowyck, 2017; Möller, Karlgren, Sandell, Falkenström, & Philips, 2016). Så langt vi kjenner til har ingen studier sett på PF/SUD-pasienters opplevelse av egen patologi, og hvordan rusbruk og personlighetsproblematikk oppleves å henge sammen. Fokus på pasienters opplevelse av egne vansker kan bidra til å utvide vår forståelse av kjerneproblematikken til denne pasientgruppen, samt gi oss en pekepinn på hvor fokuset i behandling bør rettes.

Hva vet vi om fenomenologien til samtidig PF og ruslidelser?

Noen studier indikerer at pasienter med PF eller ruslidelser alene versus pasienter med samsykeligheten PF / SUD, er forskjellige. Disse forskjellene kan potensielt sett ha påvirkning på hvordan de opplever seg selv, hvordan vi møter dem terapeutisk, og hva deres hjelpebehov er. Studier har funnet forskjeller i alvorlighetsgraden av rusbruken, hvor pasienter med ruslidelser alene har mindre alvorlig rusbruk enn pasienter som har komorbid PF/SUD (Darke, Williamson, Ross, Teesson, & Lynskey, 2004; Langås, Malt, & Opjordsmoen, 2012; Wapp et al., 2015). I tillegg har studier funnet at PF / SUD pasienter har mer alvorlig psykisk problematikk, oftere vansker med vold, lavere funksjonsnivå og mer alvorlige traumehistorier (Karterud et al., 2009; Langås et al., 2012; Wapp et al., 2015). Også behandlingsutfordringene er større når pasientene har begge diagnoser samtidig. Studier har vist at utfall av behandling forverres (Thomas, Melchert, & Banken, 1999), alliansen er vanskeligere å etablere (Olesek et al., 2016), distansert motoverføring er et større problem for hjelpere (Thylstrup & Hesse, 2008), faren for behandlingsavbrudd (drop-out) er høyere (Ball, Carroll, Canning-Ball, & Rounsaville, 2006), og risiko for utagering under behandling, f.eks. ved suicidforsøk, er høyere (Yen et al., 2003).

Forskjellige modeller har forsøkt å forklare hvorfor mennesker med personlighetsforstyrrelser ruser seg. Den hyppige samsykeligheten tyder på at de deler etiologiske årsaker (Verheul & van den Brink, 2005). Det er godt forankret i både befolknings-studier og i studier med pasienter fra både psykisk helsevern og fra rusfeltet, at PF/SUD hyppig samvarierer (Verheul, 2001). Det har vært forskjellige modeller for rusbruk opp igjennom tidene, fra modeller med en moralsk forståelse som anerkjenner PF som underliggende risikofaktor, til mer sykdoms- eller biologiske modeller hvor PF ikke sees på som relevant for ruslidelser. Den mest understøttete modellen i dag for ruslidelser er en biopsykososiale modellen. Her er debut og livsløp av rusavhengigheten et resultat av en kontinuerlig gjensidig interaksjon mellom individets biologiske og psykologiske nedarvete egenskaper i tillegg til psykososialt miljø (Verheul, 2001). I en slik modell vil det være innforstått at PF interagerer med ruslidelsen og påvirker begge lidelsenes fremtoning og forløp. Det er sterkest evidens for at PF er primær i en kausalitetsmodell for hvordan PF og rus henger sammen (Verheul & van den Brink, 2005). Mye tyder på at PF gir spesifikke utfordringer for mennesker, og at rusmidler har stort psykologisk potensiale for å lindre disse vanskene. Som kausale agenter har både impulsivitet og affektregulering vært foreslått; det er også flere studier som finner disse mekanismene (Bornoalova, Lejuez, Daughters, Rosenthal, & Lynch, 2005; Coffey, Schumacher, Baschnagel, Hawk, & Holloman, 2011; Gratz, Tull, Baruch, Bornoalova, & Lejuez, 2008; James & Taylor, 2007; Kruedelbach, McCormick, Schulz, & Grueneich, 1993; Verdejo-García, Bechara, Recknor, & Pérez-García, 2007).

Mentaliseringsbasert teori forstår skadelig rusbruk som en måte å regulere tilknytningsaktivering på, noe som pasienter med emosjonelt ustabil PF ofte strever med (Philips, Kahn, & Bateman, 2012). Rusbruk sees på som en av flere regulerende strategier som mennesker med PF benytter seg av i mangel av mentale strategier (evne til mentalisering) for å regulere og håndtere sine indre tilstander. Rusbruk er spesifikt kompliserende da det er mulig at avhengighet til rusmidler kan fordekke og tilsløre tilknytningsbehov (Flores, 2004; Insel, 2003). I tillegg til store vansker med å forstå og regulere sitt eget indre, kompliserer rusmiddelavhengighet ved effektivt å tildekke behov for andre mennesker. Pasientene er sårbare fordi de ikke ser verdien av eller kjenner et subjektivt behov for å knytte seg til andre mennesker. I mentaliseringsbasert terapi (MBT) er selve endringsmekanismen å arbeide med mentaliseringsevnen innenfor tilknytningsrelasjonen til terapeuten. Til nå er det manglende evidens for hvorvidt MBT er en terapi som fungerer for PF/

SUD. I vår egen pilotstudie på samme pasientgruppen fant vi indikasjoner på at MBT kan se ut til å ha effekt i behandling av PF, rus, interpersonlig problematikk, funksjonsnivå og symptomtrykk (Morken, Binder, Molde, Arefjord, & Karterud, 2017). I en randomisert kontrollert studie fra Stockholm var det ingen forskjell mellom kontrollgruppe og MBT gruppen, og på noen av utfallsmålene (GSI og rus) ble pasientene verre. Forfatterne spekulerte i om disse funnene kunne forklares med at terapeutene hadde problemer med å følge manualen (adherence) (Philips, Wennberg, Konradsson, & Franck, 2018). Det sier uansett noe om at pasienter med samsykelighet byr på terapeutiske utfordringer.

I denne studien ønsket vi å belyse nærmere hvordan pasienter med alvorlig PF og ruslidelser opplever sine psykologiske vansker, og vi ønsket spesifikt å forstå mer av hvorfor disse pasientene ruser seg.

Forskningsspørsmål

1. Hvordan beskriver og opplever pasientene sine egne psykologiske vansker?
2. Hvordan beskriver og opplever pasientene sin egen rusbruk og årsaken til at de ruser seg?

Metode

Pilotprosjektet

I 2009 bestemte Stiftelsen Bergensklubben seg for å etablere en pilotstudie for å undersøke om MBT kunne være en god tilnærming for kvinnelige pasienter med alvorlig personlighetsforstyrrelse og komorbid ruslidelse. MBT ble tilbudt til 18 kvinnelige pasienter i opptil tre år. Alle terapeuter var utdannet innen MBT med både introduksjons- og fordypningskurs gjennom Institutt for mentalisering i Norge. Teamet hadde ukentlig videoveiledning med intern MBT-veileder og månedlig videoveiledning med ekstern MBT-veileder. Tre artikler er allerede publisert fra denne pilotstudien (Morken, Binder, Molde, et al., 2017; Morken, Binder, Arefjord, et al., 2017; Morken, Karterud, & Arefjord, 2014). For en grundigere beskrivelse av pilotstudien se (Morken, Binder, Molde, et al., 2017). Det ble bestemt at MBT skulle inngå som en del av det ordinære behandlingstilbudet i Stiftelsen Bergensklubben, og per i dag driver et MBT-team fire parallelle kombinasjonsbehandlinger separat for menn og kvinner med dobbeltdiagnoser PF/SUD

Utvalg

I en etterundersøkelse ble 13 kvinnelige pasienter rekruttert til å delta ca. to år etter fullført MBT behandling, der de ble både kartlagt med testprotokollen fra pilotstudien og dybdeintervjuet med kvalitative intervjuer. De kvalitative intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 64 minutter. Alle pasientene hadde ved behandlingsstart en PF/SUD-diagnose. Inklusjonskriterier var rusavhengighet eller misbrukslidelse samt trekk fra diagnosen emosjonelt ustabil PF diagnostisert med SCID-II (Gibbon, Spitzer, & First, 1997). Den fulle diagnosen emosjonelt ustabil PF var ikke nødvendig for å bli med i pilotstudien. Eksklusjonskriterier var diagnosen schizofreni og deltakelse i legemiddel-assistert rehabilitering (LAR). Alle pasientene hadde personlighetsforstyrrelse med samtidig rusavhengighet, og alle hadde emosjonelt ustabile trekk definert i SCID-II. Se tabell 1 og tabell 2 for diagnostisk profil på de 13 deltakerne.

Tabell 1. Rusdiagnoser ved behandlingsstart

Diagnostisk profil ruslidelse ved behandlingsstart	N (%)
Alkohol, skadelig bruk el. avhengighet	7 (54%)
Benzodiazepiner, skadelig bruk el. avhengighet	5 (39%)
Opiater, skadelig bruk el. avhengighet	4 (31%)
Cannabis, skadelig bruk el. avhengighet	3 (23%)
Amfetamin, skadelig bruk el. avhengighet	3 (23%)

Rekruttering

Pasienter ble kontaktet per brev og så oppringt over telefon. For deltakelse i etterundersøkelsen fikk de utdelt et gavekort på 500 kr. Fem pasienter ble av forskjelligere grunner ikke med i etterundersøkelsen.

Tabell 2. Personlighetsforstyrrelser ved behandlingsstart

Diagnostisk profil PF ved behandlingsstart	N (%)
Emosjonelt ustabil PF	10 (77%)
Antisosial PF	2 (15%)
Unnvikende PF	3 (23%)
Avhengig PF	1 (8%)
Schizotyp PF	1 (8%)
Paranoid PF	2 (15%)
Tvangspreget PF	1 (8%)
Histrionisk PF	1 (8%)
Narsissistisk PF	0 (0%)
Schizoid PF	0 (0%)
PF NOS	2 (15%)

Datainnsamling

Kvalitative dybdeintervju ble gjennomført for 13 kvinnelige pasienter med komorbid PF\SUD omtrent to år etter gjennomført MBT behandling. Tema i intervjuene var: "Behandlingserfaring før MBT og forskjeller/likheter med MBT", "Deltakernes opplevelse av psykologiske vansker før behandling", "Endringer etter behandling", "Endringer i evnen til å mentalisere", "Evaluering av kombinert psykoterapi og opplevelse av gruppeterapien" og "Opplevelse av terapien som helhet".

Dataanalyse

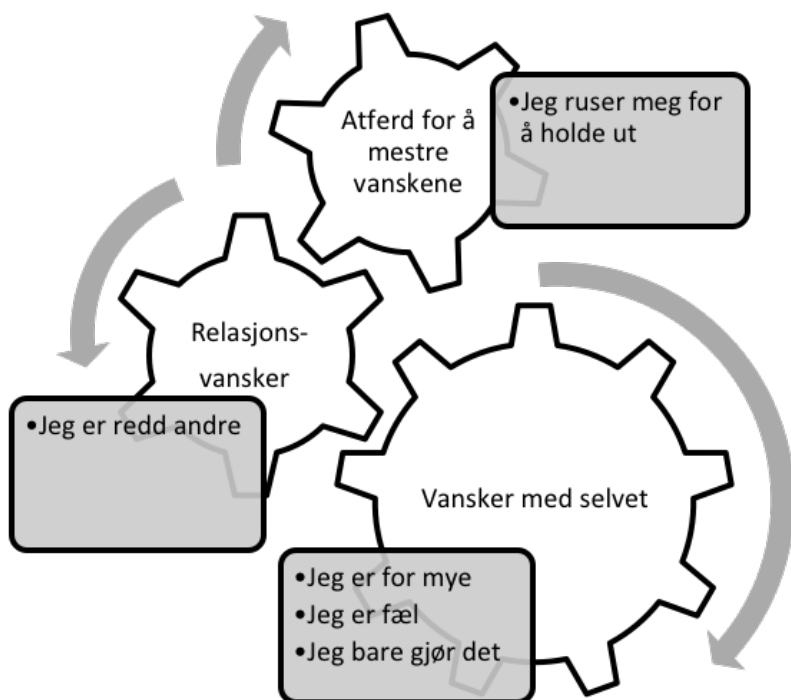
Intervjuene ble transkribert og analysert ved hjelp av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) innenfor en hermeneutisk-fenomenologisk epistemologi (Binder, Holgersen, & Moltu, 2012; Van Manen, 2016). Tematisk analyse er en teoretisk uavhengig metode innen kvalitativ forskning som kan brukes innenfor forskjellige epistemologiske rammeverk. I tematisk analyse identifiserer, analyserer og presenterer man mønster i data. Det anbefales å gjøre ens epistemologiske forutsetninger kjent i beskrivelsen av analysen for å øke oppgjennomsliktighet og troverdighet (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse består av seks faser: Bli kjent med data (1), generere de første kodene (2), finne tema i datasettet (3), evaluere tema (4), definere og navngi tema (5), og produsere artikkelen (6). De første tre fasene ble gjort av førsteforfatter alene, mens første- og tredjeforfatter sammen gjorde fase fire og fem, og fase seks inkluderte også arbeid fra andreforfatter. Som epistemologisk rammeverk valgte vi å bruke en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming for analysen, fordi vi anerkjenner at 1) våre profesjonelle og personlige pre-antakelser vil påvirke funnene vi gjør i analysen og 2) vi er interessert i det fenomenologiske aspektet av pasientenes erfaringer, og ønsker å komme deres opplevelse så nær som mulig. Hermeneutisk-fenomenologisk metode er en metode hvor man anvender en lyttende tilnærming og reflekterer over de grunnleggende strukturer av levd liv og menneskelige erfaring (Van Manen, 2016). I en hermeneutisk-fenomenologisk analyse vil refleksjon rundt våre pre-antakelser og beskrivelser av pasientenes levde erfaringer inngå i en dialektisk prosess med hverandre som til sammen former våre funn og resultater (Binder et al., 2012). Gjennom å være undrende og lyttende til pasientens erfaringer på et fenomenologisk nivå vil våre pre-antakelser gradvis komme til syne. Når deres erfaringer trer tydeligere frem, vil også være pre-antakelser bli tydeligere. Dette kalles for refleksivitet innen kvalitativ terminologi (Binder et al., 2012; Finlay & Gough, 2008). Refleksivitet var et viktig verktøy gjennom hele analyseprosessen.

Etikk

Pilotstudien og etterundersøkelsen ble godkjent av Regional etisk komite. Pasientene fikk skriftlig og muntlig informasjon om studien og samtykket til deltakelse. Alle de kvalitative intervjuene ble foretatt av kliniske psykologer. Vi vurderte at dette ivaretok pasientenes eventuelle behov for ivaretagelse hvis intervjuene ble opplevd som vanskelig.

Resultater

Vårt forskningsspørsmål bestod av to ledd: 1) Hvordan opplever pasientene sine egne psykiske vansker? og 2) Hvordan opplever pasientene sin egen rusbruk og hvordan den henger sammen med deres psykiske vansker? I analysen av de kvalitative intervjuene fant vi fem tema som kan belyse forskningsspørsmålene ovenfor. Disse er: «Jeg ruser meg for å holde ut», «Jeg bare gjør det», «Jeg er for mye», «Jeg er redd andre» og «Jeg er fæl». Alle fem tema er infiltrert i og har en gjensidig påvirkning på hverandre. Til sammen utgjør disse temaene pasientenes egen opplevelse av de viktigste momentene i det å ha en alvorlig personlighetsforstyrrelse sammen med en ruslidelse, slik det fremkom i intervjuene. Temaene er kategorisert i tre tema som beskriver selvproblematikk, et tema som beskriver interpersonlig problematikk, samt det siste temaet som beskriver en atferdsproblematikk (rus) for å hankses med vanskene beskrevet ovenfor. I sum fant vi at fenomenologien av å ha PF/SUD oppleves som en gjensidig forsterkende negativ spiral av vansker med selv-og-andre-



fungering. Rus oppleves som en mestringsstrategi som lindrer, men som også forverrer de allerede nevnte vanskene. Se figur 1 for en grafisk fremstilling av funnene.

Jeg er for mye

Dette temaet handler om pasientenes opplevelse av å ha for smertefulle følelser. Følelsene oppleves som for intense eller for sterke. De er redd for å miste kontrollen eller på andre måte miste seg selv i følelsenes grep. Ord som "atombomber" og "eksplosjoner" ble brukt av pasientene for å beskrive hvor vanskelig det er å ha intense følelser. Sinne er spesielt nevnt som en vanskelig følelse, og sinne fører for noen av pasientene også til vold mot andre mennesker. Camilla beskriver hvordan det å være sint kunne oppleves:

"Jeg følte liksom topplokket skulle lette, jeg følte at hodet mitt kom til å eksplodere"

Videre er følelsene skiftende, det går fra en følelse til en annen på en uforutsigbar måte. Dette oppleves som å være i en berg-og-dal-bane. Det er også slik at de hverken har kontroll over hva de føler eller hva konsekvensene av følelsene er. De kan ikke styre følelsene sine. Følelsene varer også for lenge og forekommer for ofte. Et slikt hektisk og intenst følelsesliv oppleves som skremmende. Likegyldighet og apati nevnes som viktige mentale tilstander som fungerer som en motpol til disse heftige rundreisene av følelser. Behovet for å få disse forferdelige og smertefulle følelsene vekk er sterkt tilstede hos pasientene, og en desperat opplevelse av at noe må gjøres oppstår. Suzannah beskriver denne desperasjonen, og hun tydde ofte til alkohol for å få følelser vekk:

"Jeg kunne oppleve en liten ting, og det opplevdes for meg som ekstrem krise, atombombe-krise, og det var så, jeg ble så desperat for å ikke føle at jeg kunne gjøre hva som helst"

Noen pasienter løser dette med å la være å vende oppmerksomheten sin innover, av frykt for hvilket kaos som kan møte dem der. De er da fokusert på andre og andres behov, noe som igjen fører til skjevhet i relasjoner til andre og manglende håndtering av indre mentale tilstander. Her beskriver Diana hvordan hun alltid omga seg med andre for å unngå å komme i kontakt med følelser og tanker inni seg selv:

"Jeg tålte jo ikke å være alene sant, jeg var redd at jeg skulle finne ut hvem jeg egentlig var sant, så det hatet jeg, hatet å være alene, måtte alltid ha folk lik-som rundt meg"

Rus oppleves for de fleste som en nødvendighet for å få fred eller for å håndtere de voldsomme indre opplevelsene.

For å oppsummere: Pasienter opplever følelsene sine som for intense. De beskriver at følelsene forekommer for ofte, med for sterk intensitet, at de varer for lenge og skifter raskt og uforutsigbart. Sinne er spesielt hyppig forekommende, og noen av dem mister kontrollen og utøver vold. Det å ha slike følelser innebærer en opplevelse av sterkt ubehag, desperasjon etter å få dem vekk og redsel for å vende oppmerksomheten innover. Likegyldighet er en ønsket mental tilstand, og det å rette oppmerksomheten utover hjelper mot opplevelsen av indre kaos.

Jeg bare gjør det

Dette temaet handler om pasientenes opplevelse av mangel på kontroll på egen atferd og følelser. Impulsivitet er et ord som ble hyppig brukt av pasientene. Her opplever pasientene at de bare gjør ting, uten at de selv foretar et aktivt valg i forkant av handlingen. Evnen til å tenke gjennom et hendelsesforløp på forhånd, før man velger å gjøre en gitt handling, eksisterer ikke for dem. Flere nevner at tenkningen først skjer etter at hendelsen har skjedd. Her beskrevet av Maria som ofte kom hjem fra butikken med øl i posen:

"Altså nå kan jeg gå i butikken og hvis jeg har lyst å kjøpe drikke, kjøpe drikke, før så bare gjorde jeg det sånn (knipser med fingrene), og så, det var bare gjort, plutselig var det gjort"

I tillegg til å handle blindt på impulser, og gjerne selv bli overrasket over hva man plutselig har gjort, så handler dette temaet også om plutselig å oppleve sterke følelsesmessige reaksjoner uten selv å ha valgt dette eller tenkt i den retning. Pasienter beskriver at det svartner for dem, og at de bare reagerer. For Camilla ble ukontrollerte sinne-utbrudd et problem blant annet i møte med NAV (Arbeids og velferdsforvaltningen):

"Jeg hadde meg jo noen runder nede på NAV da, der rullegardinen gikk ned (...) det å ikke klare å styre hva man føler det er forferdelig, det er en forferdelig"

følelse i seg selv, å kunne stå der og så har du ikke kontroll på hva som egentlig skjer med hodet eller kroppen din i det hele tatt”

Her skjer bare følelser og her gjøres bare handlinger. Rusmidler inntas plutselig og anskaffes uten tanke på konsekvensene. Etterpå kan de tenke ”hva skjedde her, hva gjorde jeg nå”, for dem er overraskelsen like stor som hos omgivelsene. For Robyn var rusinntak bare noe som skjedde henne:

”Jeg drakk til jeg stupte, så det var, det var mitt største problem, det var det at jeg stoppet aldri, det var liksom jeg tenkte ikke over at jeg kan faktisk dø, så jeg har jo vært død et par ganger”

Noen opplever liten toleranse for hverdagslige problemer, før lunten tennes. Andre beskriver at selv veldig farlig og destruktiv atferd bare skjer dem og at de ikke klarer å tenke gjennom konsekvensene på forhånd. Det å mangle eierskap til egne handlinger og følelsesmessige reaksjoner er sentralt i opplevelsen av impulsivitet. De er uten kontroll og opplever ingen agens over egen atferd og reaksjoner.

I sum så beskriver dette temaet at pasientene opplever vansker med impulsive handlinger og plutselige følelser. De har ikke kontroll på egen atferd og klarer ikke å reflektere over konsekvenser og utfall av eventuelle handlinger på forhånd. Etterpå er de selv overrasket over hva som har skjedd, og hva de har gjort. Handlingene er ofte destruktive, og konsekvensene er i verste fall alvorlige.

Jeg er fæl

Dette temaet handler om pasienters selvfølelse og at de opplever å være fæle mennesker. De opplever skam over hvem de er, og hvordan de oppfører seg. Her er det å ikke ha kontroll på egen atferd medvirkende til skamfølelse. Caroline strevde veldig med dårlig selvfølelse:

”Verdens største skittflekk, belastning, uønsket, krevende, ja og hvis du tenker på hva jeg fysisk så på meg selv så var jo ikke det altså, jeg så en, altså det var en flodhest på 500 kg, sant altså alt var gale”

I tillegg er selvforakt og det å dømme seg selv hardt en vanlig erfaring for pasientene. De opplever at de ikke har noen verdi. De opplever å ha lav selvtilit. Intensiteten av denne negative selvfølelsen er sterk, og både et ønske om å dø

Uten indre agens

og et ønske om å straffe seg selv ble beskrevet av pasientene. Julia sier det på denne måten, hun strevde med alkohol og selvskading:

"Jeg tror jeg var helt på tur, jeg tenkte at jeg ikke var verd noe, og at jeg måtte straffe meg selv"

Dette temaet innebærer en interpersonlig komponent, hvor pasientene beskriver at de i relasjon til andre mangler empati og er selvsentrerte. Noen beskriver det å være slem mot andre som et problem. I tillegg behandles andre mennesker nådeløst. Hvis andre gjør en feil, så blir relasjonen avsluttet, og de får ingen nye sjanser. Dette er en måte å behandle andre på som speiler hvordan de behandler seg selv, nådeløst og uten aksept for nyanser. For Suzannah var det vanlig å avslutte relasjoner brått:

«Jeg hadde ikke noe problem med å kutte folk ut av livet mitt, hvis de gjorde meg en gale ting så var det bare kutt konstant, altså det var helt, i dag når jeg ser tilbake på det så er det jo helt vilt, det er jo ekstremt å bare være så beinhard, men for meg så var det alt eller ingenting"

Oppsummert beskriver pasientene en lav følelse av verdi og en global følelse av å være et fælt menneske. Det fører til interpersonlige vansker fordi de avviser andre for selv å slippe å bli avvist.

Jeg er redd andre

I dette temaet beskriver pasientene at de er redd andre mennesker, og at de ofte mistolker andre. Her er det flere aspekter ved å være redd andre som beskrives. For det første så er det flere som opplever andres ansikter og blikk som vanskelig i seg selv. Her kan de, gjennom å se mimikken i et ansikt, ofte oppleve misbilligelse fra andre, eller raskt konkludere med om den andre har gode intensjoner eller ei. Natalie som hadde en bakgrunn med mye traumer opplevde dette:

"Når jeg treffer noen nye mennesker sant så liksom føler jeg bare så på dem, jeg trengte ikke å snakke med dem, ingenting, jeg bare så på dem og da bestemte jeg meg for om jeg skulle like de eller ikke sant, for da så jeg på dem og da liksom tenkte jeg, da kunne jeg se om de var snille eller om de ikke var det sant"

Mistenksomhet til andre er en måte å være på når man er sensitiv på andres

intensjoner. Kara strevde også med andres ansikter alene og kom ofte opp i situasjoner med sinne-utbrudd:

«Hvis noen kan ha en type holdning eller hva jeg skal kalle det, og så sier fjeset eller munnen noe helt annet og så kan jeg, jeg hadde tendenser til å klikke på folk før, (...) jeg kunne skjelle ut folk»

Andre beskriver det å være i relasjon til andre mennesker som en naken og sårbar posisjon hvor de ikke har klare grenser mellom seg selv og andre, eller hvor de opplever å være gjennomsiktige. Her er også det å bli dømt av andre det sårbare i opplevelsen. En opplevelse av å være uten beskyttelse er sentral. Det tredje som dukker opp er redselen for å bli forlatt eller avvist som noen av pasientene opplever. De har antakelser om at andre vil forlate eller avvise dem, og blir derfor redd for å knytte seg til andre. Eva strevde spesielt med å tørre å slippe folk innpå seg:

"Jeg er så dårlig på å gjette sant om hvorvidt folk liker meg eller ikke, jeg går ut fra at alle misliker meg"

En vanlig tanke å få i nære relasjoner var en plutselig opplevelse av at "nå blir jeg forlatt, nå avslutter den andre meg".

I sum så opplever pasientene at andre mennesker generelt er skumle og farlige, de mistolker ofte andre i negativ retning, og de er redd for bli forlatt eller avvist av andre. I relasjoner til andre kan de være preget av mistenksomhet eller en følelse av sårbarhet/gjennomsiktighet.

Jeg ruser meg for å holde ut

Når pasientene beskriver rusbruken sin, både alkohol og illegale rusmidler, vektlegger de ikke den fysiske eller biologiske komponenten av det å være avhengig. Rus beskrives først og fremst som en strategi for holde ut seg selv og de aspektene ved å være dem som er ulevelig og vanskelig. Rusbruken har flere komponenter hvorav den viktigste er å få bort ubehag. Dette kan være sterke og intense følelser, disse både forsvinner, letter og flater ut gjennom inntak av rusmidler. Her beskrevet av Camilla som opplevde at rus hjalp på hennes heftige følelsesliv:

«Det var vel min måte å slippe å føle på, å slippe å kjenne etter på alle følelsene, for det var, det hadde en bedøvende effekt på denne berg-og-dal-banen»

Selvfølelse endres gjennom å ruse seg, det å ha lav selvtilitt, det å være sjenert og det å oppleve seg som annerledes eller fæl, er alle eksempler på mentale opplevelser som kan håndteres gjennom inntak av rusmidler. Tanker og tankekjør er også fenomener som kan dempes eller håndteres via rusinntak. For Caroline ble dette en viktig belønning ved alkohol og rusmiddelinntak:

"Når jeg ikke klarte å mentalisere eller tenke så måtte jeg regulere meg ned og da var rusen lett å regulere seg ned med, eller stoppe hodet på, ikke bare å regulere følelsene men og stoppe det der evige kverningen oppi hodet"

I tillegg opplever flere at man kan oppnå den mentale tilstanden av likegyldighet gjennom rusmidler og at dette hjelper for å unngå sterke følelser og for å unngå sammenbrudd/kontrolltap. De beskriver også at de ruser seg for å glemme det vonde. Det overordnede er at rusmidler brukes for å holde ut egne vansker, og for noen beskrives rus som et alternativ til å ta livet av seg selv. Kara beskriver hvordan rusen hjalp mot smertefulle følelser:

"Jeg slet bare innvendig, jeg hadde utrolig vondt, alt var bare forferdelig og når jeg da kom over rusen så var det løsningen"

I sum har rusmiddelbruk for disse pasientene en viktig opplevd funksjon vedrørende å holde ut sterke følelser, tankekjør og dårlig selvfølelse. Interpersonlig har rusmiddelbruk også en funksjon vedrørende det å få selvtilitt og klare å håndtere det å være med andre gjennom f.eks. å sette grenser. Rus brukes både for å lette ubehag og for å oppnå en tilstand av likegyldighet.

Diskusjon

Resultatene indikerer at pasienter opplever at alvorlig PF/SUD er som en gjensidig selvforsterkende spiral av vansker med selvet og vansker med andre, hvor rus brukes for å få vekk eller håndtere det følelsesmessige ubehaget disse problemene forårsaker (figur 1). Tre tema ble funnet på indre psykologiske problemområder (følelser, impulsivitet og selvfølelse), et tema på interpersonlig problemområde (vansker med intimitet og frykt for kritikk/misbilligelse),

et tema ble funnet på rus som atferdsmessig mestringsstrategi (rus som regulering og demping av indre ubehag). Disse temaene henger sammen og påvirker hverandre. Sterke følelser kan bidra til impulsivitet og kontrolltap som igjen kan bidra til en dårlig selvfølelse. Den dårlige selvfølelsen bidrar til en opplevelse av at andre umulig kan ha positive tanker om en selv. Rus demper ubehaget ved samtlige problemområder, men kan også forårsakes av for eksempel impulsivitet. Rus vil også forverre noen av disse vanskene, som for eksempel sterke følelser, negativ selvfølelse, mistenksomhet til andre, mindre selvkontroll og så videre. Spiralen er derved komplett, og mangelen på mestringsstrategier som løser opp i disse negative sirkelene er en stor utfordring for pasientene. De kan hverken søke støtte hos andre eller regulere seg selv med refleksjon og undring, og er således fanget i et patologisk mønster av destruktive krefter og impulsive handlinger.

Hva forteller funnene om mentaliseringssvikt hos denne pasientgruppen?

En spesifikk mentaliseringssvikt som kommer frem i data er at sterke følelser er vanskelig å regulere for disse pasientene. Dette støtter opp under antakelsen om at det er en særlig utfordring for BPD-pasienter å mentalisere når tilknytningssystemet aktiveres og følelsene er sterke (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012). Pasientenes beskrivelser av negative følelser knyttet til andres ansikter bekrefter at tilknytningssystemet raskt aktiveres. Disse pasientene beskriver også at de opplever kontrolltap over evnen til å tenke klart hyppigere enn kun i sammenhenger hvor tilknytningssystemet aktiveres. Det tyder på at all aktivering av følelser skaper problemer, og at selve evnen til å regulere følelser, evnen til å forstå innholdet i følelser og evnen til å verbalisere følelser ovenfor både en selv og andre, er svekket på et mer overordnet nivå. Aleksitymi er foreslått som et problem for mennesker med emosjonelt ustabil PF (New et al., 2012). Det kan se ut til også å være gjeldende for pasientene i dette studiet. Det kan også se ut til at det er noe sammenfall mellom impulsivitet (det å plutselig innta rusmidler eller kjøpe inn rusmidler) og sterke følelser, selv om også begge mentale tilstander forekommer isolert fra hverandre. Våre resultater underbygger det som ulike studier har beskrevet, nemlig at regulering av (negative) følelser og impulsivitet er sterke medvirkende agenter til PF/SUD-pasienters rusmiddelbruk (Bornovalova et al., 2005; Coffey et al., 2011; Gratz et al., 2008; James & Taylor, 2007; Kruegelbach et al., 1993; Verdejo-García et al., 2007).

Bedre evne til ekstern mentalisering av andre sammenlignet med intern

mentaliseringsprofil for BPD pasienter. En typisk mentaliseringsprofil for BPD pasienter, er at de vektlegger det ytre, som ansiktsuttrykk mer enn det indre/mentale, når de fortolker en annen (Luyten et al., 2012). Funnene fra disse intervjuene tyder på at dette også er gjeldende for disse pasientene. Flere beskriver andres ansikter, andres blikk og andres mimikk som en egen kilde til vonde opplevelser av fordømmelse og avvisning. Det å ha en dreining mot å fortolke andre utfra det ytre fremfor deres indre, gjør pasientene sårbare. Kilden til misforståelse er stor, spesielt hvis det å se en grimase fortolkes som et sikkert bevis på andres misbilligelse.

Det er tydelig at rusinntak, uavhengig av type rusmidler, har for pasientene en klar funksjon ved å ta bort ubehagelige indre mentale tilstander. Rusens primære funksjon handler om å "glemme", og oppnå "likegyldighet". Det at likegyldighet er en ønsket modus, sier noe om hvor smertefullt og vanskelig pasientenes eget indre mentale liv oppleves. Det å ha gjennomgående vansker med mentalisering på et mer globalt nivå, vil nødvendigvis innebære at tanker og følelser oppleves kaotiske og uregulerbare. Mentaliseringsevnen gir opplevelsen av et koherent selv, og hjelper oss med å stå i plutselige impulser og følelsesmessige reaksjoner, og samspillet mellom oss selv og andre (Batesman & Fonagy, 2016). Mentaliseringsevnen har en agentiv funksjon i vår psyke, og når denne er svekket er den subjektive opplevelsen av indre tilstander, tanker og følelser kaotisk. Dette kommer tydelig frem i pasientenes beskrivelser, og i mangel av evnen til en indre regulering og styring, er rus en effektiv løsning for dem. Hvis dette er et riktig bilde av fenomenologien til PF/SUD-pasienter, vil det også være nærliggende å anta at det kan være ekstra utfordrende å redusere rusbruken før man har styrket evnen til selvregulering og håndtering av egne selvtilstander. Da bruk av rusmidler har en negativ effekt på mentaliseringsevnen, beskrives en kompleks og utfordrende klinisk virkelighet hvor kvikke løsninger sannsynligvis ikke har en reell effekt. Både den enkelte terapeut og systemet må ta de behandlingmessige konsekvensene av dette. Det kreves at terapeuten motiverer, formidler håp og optimisme og godt forklarer rasjonale for psykoterapi for disse pasientene som i utgangspunktet frykter sitt eget indre fordi de ikke forstår det.

Hva forteller funnene om mulige sammenhenger mellom PF og ruslidelser?

Våre funn støtter hypotesen om at PF er primær i en modell om sammenhengen mellom PF og ruslidelser (Verheul & van den Brink, 2005). Rusbruk henger

opplevingsmessig sammen med regulering av følelser, håndtering av selvbylde, interaksjon med andre mennesker, og det å oppnå likegyldighet og avstand til følelsesmessige ubehag. Alle disse fenomenene vil kunne forstås som deler av det å ha en personlighetsproblematikk. Den høye forekomsten av samsykkelighet (Grant et al., 2004; Verheul, 2001) mellom PF og ruslidelser gir mening, når vi ser hvordan pasientene selv beskriver rusmidlers potente virkning på de smertefulle erfaringene ved selv og andre problematikk. Rus er rett og slett en effektiv reguleringsstrategi mot indre ubehag, og hvis man ikke evner å være i nære relasjoner med andre, så kan selve behovet for tilknytning effektivt dempes med hjelp av rusmidler eller alkohol (Insel, 2003). Hvis rusbruk er så potent som vi tror etter å ha intervjuet pasientene våre, er det et viktig spørsmål å få avklart hva som skiller gruppen av PF pasienter som ikke tyr til rus, men heller bruker selvskadning, spiseforstyrrelser eller andre atferds-strategier. Hva er forskjellene på disse gruppene av pasienter, og hvordan kan vi forstå mer av fenomenologien til PF ved å utforske disse gruppen mot hverandre?

Mulige konsekvenser for terapi med PF/SUD pasienter

I møte med pasienter med dobbeltdiagnose-problematikk har spesialiserte programmer for personlighetsproblematikk vært den anbefalte tilnærmingen, sammen med ekstra tiltak for å sikre liv og helse når pasienter har alvorlig og livstruende rusmiddelbruk (Bosch & Verheul, 2007). Det er likevel fortsatt noe uklart hva dette doble fokuset skal innebære og hva det skal rettes mot. I våre resultater ser det ut til at pasienter bruker rusmidler for å regulere følelser, vansker med selvbylde og selvfølelse, samt vansker med å misforstå / kjenne seg sårbar med andre mennesker. Pasientene formidler at rusens funksjon blant annet er å holde ut smerten av å leve med disse vanskene. Resultatene indikerer også at impulsivitet, det å ikke kunne foreta gjennomtenkte bevisste valg, men hoppe på impulser, fører til økt rusinntak selv når pasientene selv ikke ønsker det. De opplever liten agens og kontroll over egen atferd. Til slutt kommer det også frem at likegyldighet beskriver hva rusinntak gjør med dem på et mer overordnet nivå, og at relasjoner får en endret betydning når man er i aktiv rusbruk. Disse funnene støtter hypoteser om rusmidlers påvirkning på tilknytningssystemet, og de understøtter også det at rusmiddelbruk kan være så potent at det til og med kan erstatte menneskers behov for tilknytning til andre mennesker (Flores, 2004; Insel, 2003). Dersom psykoterapien ikke er strukturert og organisert i forhold til dette, er faren for drop-out stor. Psykoterapi, og mer spesifikt MBT, vektlegger relasjonen til terapeuter (og medpasienter i grup-

pen), og intervensjonene som antas å ha effekt på personlighetsproblematikk, gis innenfor rammene av en tilknytningsrelasjon. Dette gir oss et potensielt terapeutisk dilemma og understreker viktigheten av å jobbe med stabilisering av rusmiddelbruk innledningsvis i et terapeutisk forløp, samt sette tydelige grenser for pasienters oppmøte i terapi i ruspåvirket tilstand. I tillegg kan dette kanskje indikere at det å fokusere på relasjonen mellom terapeut og pasient, er ekstra viktig med PF/SUD pasienter. Disse pasientene profiterer på «passe dosert» overføringsarbeid samtidig som mestring av rusmiddelbruk adresseres. På den andre siden så vil det muligens for pasientene oppleves som vanskelige å redusere sin rusmiddelbruk så lenge de ikke har ervervet andre måter å håndtere sterke følelser på, andre måter å være i relasjon til andre mennesker, evnen til å mentalisere i øyeblikk av impulser og behov. Terapeutene må ha solid kunnskap om dette, terapeutiske intervensjoner bør rettes mot disse vanskene, og behandlingsplaner legges rundt dette.

Konklusjon

Dette er den første kvalitative studien så vidt vi kjenner til, som har sett på opplevelsen av samsykeligheten PF / SUD. Basert på funnene i denne studien foreslår vi følgende:

PF/SUD pasienter har en svært alvorlig selv-problematikk som fører til smertefulle indre tilstander fordi de ikke forstår seg selv og andre. Likegyldighet og flukt fra sitt indre via rusbruk oppleves som en potent løsning. De kan hverken regulere seg selv via nære tilknytningsrelasjoner eller bruke selvrefleksjon for å håndtere indre tilstander, og er således fanget i et patologisk mønster av uregulerte indre tilstander og impulsive affektstyrte handlinger. Disse pasientene trenger skreddersydd terapi som sammen med pasienten lager mening ut av de mentale vanskene og av rusmiddelbruken. Terapeuter må ha solid kunnskap om fenomenologien i PF/SUD og må kunne adressere disse vanskene kontinuerlig gjennom behandlingsforløpet. Stabilisering av rus, adressering av pasient-terapeut relasjonen er sentrale områder for menings- skapende psykoterapi for denne gruppen pasienter. MBT gir et godt ramme- verk for strukturert og systematisk fokus på mentalisering.

Anbefalt videre forskning

Det vil være viktig å finne endringsmekanismer i terapiforløp med PF/SUD-pasienter for å kunne understreke hva et dobbelt fokus i MBT skal inne-

holde. Videre vil det være interessant å avklare hvilken type vansker med affektregulering disse pasientene sliter med, og på hvilken måte disse pasientene sliter med aleksitymi. I tillegg er vi nysgjerrige på hvorfor noen pasienter med PF tyr til bruk av rusmidler/alkohol mens andre PF-pasienter tyr til andre regulerende strategier. Hva er forskjellene på disse gruppene av pasientene? Det er også sentralt å finne ut om MBT som terapiform egner seg til å arbeide med disse pasientene. Vi har noen indikasjoner på dette (Morken, Binder, Molde, et al., 2017), men trenger større studier med RCT-format.

Begrensninger

Med 13 personer i en kvalitativ intervjustudie så er forutsetningene for en dybdeforskning av tema gode, men samtidig vil antallet sette noen begrensninger på muligheten for å generalisere funnene. Det var fem pasienter som ikke stilte på etterundersøkelsen. Disse fem kunne potensielt sett ha gitt oss andre svar på hvordan PF/SUD oppleves. I tillegg ble pasientene intervjuet på tidspunkt for etterundersøkelse, deres opplevelse av egne vansker kan derved være preget av den overordnede terapeutiske modellen som finnes i MBT, da alle hadde gjennomgått terapi og psykoedukasjon innen MBT. Videre er alle forfattere knyttet opp mot MBT-behandlingen i Stiftelsen Bergensklubben, førsteforfatter som individualterapeut og forsker, andreforfatter som faglig direktør og tredjeforfatter som individualterapeut og -veileder. Vår tilhørighet til metoden preger selvsagt funnene, og vi har forsøkt gjennom refleksivitet å komme så nært fenomenologien til pasientene som mulig, samtidig er det uunngåelig at våre teoretiske preferanser og kjennskap til pasientene ikke har preget funnene våre. Våre funn må derfor forstås i betraktning av dette.

Abstract

Objective: The aim of this study was to explore the phenomenology of having severe personality disorder (PD) and substance use disorder (SUD) and how patients experience the relationship between SUD and their PD.

Method: Semi-structured qualitative interviews with 13 participants were conducted. Participants were interviewed on how they experience their own psychological difficulties prior to MBT. Interview material was analysed within a hermeneutical-phenomenological epistemology, with emphasis on researcher reflexivity.

Results: The following themes regarding the phenomenology of PD/SUD were found:

Uten indre agens

"I just do it, it just happens", "I am too much (feeling)", "I am bad", "I am scared of others", and "I use drugs to endure myself".

Conclusions: The phenomenology of PD/SUD was experienced as a mutually enhancing negative spiral of difficulties with self and others. Substance use functions as a coping strategy that also exacerbates the previously mentioned difficulties.

Keywords: Personality disorder, substance use disorder, phenomenology, mentalization, psychotherapy, qualitative interviews

Referanser

- Ball, S. A., Carroll, K. M., Canning-Ball, M., & Rounsaville, B. J. (2006). Reasons for drop-out from drug abuse treatment: Symptoms, personality, and motivation. *Addictive behaviors, 31*(2), 320-330.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders - A practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Binder, P.-E., Holgersen, H., & Moltu, C. (2012). Staying close and reflexive: An exploratory and reflexive approach to qualitative research on psychotherapy. *Nordic Psychology, 64*(2), 103-117.
- Binder, P.-E., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G. H., Hjeltnes, A., Stige, S. H., . . . Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist, 3*.
- Bornovalova, M. A., Lejuez, C., Daughters, S. B., Rosenthal, M. Z., & Lynch, T. R. (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical psychology review, 25*(6), 790-812.
- Bosch, L. M. C. v. d., & Verheul, R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry, 20*, 67-71.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology, 3*(2), 77-101.
- Brooke, S., & Horne, N. (2010). The meaning of self-injury and overdosing amongst women fulfilling the diagnostic criteria for 'borderline personality disorder'. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 83*, 113-128.
- Coffey, S. F., Schumacher, J. A., Baschnagel, J. S., Hawk, L. W., & Holloman, G. (2011). Impulsivity and risk-taking in borderline personality disorder with and without substance use disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 2*(2), 128.
- Dammann, G., Hügli, C., Selinger, J., Gremaud-Heitz, D., Sollberger, D., Wiesbeck, G. A., . . . Walter, M. (2011). The Self-Image in Borderline Personality Disorder: An in-depth qualitative research study. *Journal of Personality Disorders, 25*(4), 517-527.
- Darke, S., Williamson, A., Ross, J., Teesson, M., & Lynskey, M. (2004). Borderline personality disorder, antisocial personality disorder and risk-taking among heroin users: findings from the Australian Treatment Outcome Study (ATOS). *Drug and alcohol dependence, 74*(1), 77-83.
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P., & Lowyck, B. (2017). Mentalizing as a Mechanism of Change in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Parallel Process Growth Modeling Approach. *Personality disorders*.

- Finlay, L., & Gough, B. (Eds.). (2008). *Reflexivity: A practical guide for researchers in health and social sciences*. John Wiley & Sons.
- Flores, P. J. (2004). *Addiction as an attachment disorder*. Plymouth: United Kingdom: Jason Aronson.
- Gibbon, M., Spitzer, R. L., & First, M. B. (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV axis I personality disorders: SCID-II*: American Psychiatric Pub.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, *61*(4), 361-368.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: The roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive psychiatry*, *49*(6), 603-615.
- Insel, T. R. (2003). Is social attachment an addictive disorder? *Physiology & Behavior*, *79*(3), 351-357.
- James, L. M., & Taylor, J. (2007). Impulsivity and negative emotionality associated with substance use problems and Cluster B personality in college students. *Addictive behaviors*, *32*(4), 714-727.
- Johnson, E. L., Mutti, M.-F., Springham, N., & Xenophontes, I. (2016). Mentalizing after mentalization based treatment. *Mental Health and Social Inclusion*, *20*(1), 44-51.
- Karterud, S., Arefjord, N., Andresen, N. E., & Pedersen, G. (2009). Substance use disorders among personality disordered patients admitted for day hospital treatment. Implications for service developments. *Nordic journal of psychiatry*, *63*(1), 57-63.
- Kruegelbach, N., McCormick, R. A., Schulz, S. C., & Grueneich, R. (1993). Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *7*(3), 214.
- Langås, A. M., Malt, U. F., & Opjordsmoen, S. (2012). In-depth study of personality disorders in first-admission patients with substance use disorders. *BMC psychiatry*, *12*, 1-10.
- Lee, N. K., Cameron, J., & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and alcohol review*, *34*(6), 663-672.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. *Handbook of mentalizing in mental health practice*, 43-65.
- Miller, S. G. (1994). Borderline Personality Disorder From the Patient's Perspective. *Psychiatric Services*, *45*(12), 1215-1219.
- Morken, K. T., Binder, P. E., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy Research*, 1-16.
- Morken, K. T., Binder, P. E., Molde, H., Arefjord, N., & Karterud, S. (2017). Mentalization based treatment for female patients with comorbid personality disorder and substance use disorder - A pilot study. *Scandinavian Psychologist*.
- Morken, K. T., Karterud, S., & Arefjord, N. (2014). Transforming disorganized attachment through mentalization-based treatment. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *44*(2), 117-126.
- Möller, C., Karlgren, L., Sandell, A., Falkenström, F., & Philips, B. (2016). Mentaliza-

- tion-based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in psychotherapy for borderline personality disorder with co-morbid substance dependence. *Psychotherapy Research*, 1-17.
- New, A. S., Rot, M. a. h., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., . . . Siever, L. J. (2012). Empathy and Alexithymia in Borderline Personality Disorders: Clinical and Laboratory Measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660-675.
- O Lonergain, D., Hodge, S. M., & Line, R. (2017). Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 16-27.
- Olesek, K. L., Outcalt, J., Dimaggio, G., Popolo, R., George, S., & Lysaker, P. H. (2016). Cluster B Personality Disorder Traits as a Predictor of Therapeutic Alliance Over Time in Residential Treatment for Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(10), 736-740.
- Philips, B., Wennberg, P., Konradsson, P., & Franck, J. (2018). Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study. *European Addiction Research*, 24(1), 1-8.
- Philips, B., Kahn, U., & Bateman, A. (2012). Drug Addiction. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. London: American Psychiatric Publishing.
- Ross, S., Dermatis, H., Levounis, P., & Galanter, M. (2003). A comparison between dually diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 29(2), 263-279.
- Thomas, V. H., Melchert, T. P., & Banken, J. A. (1999). Substance dependence and personality disorders: comorbidity and treatment outcome in an inpatient treatment population. *Journal of studies on alcohol*, 60(2), 271-277.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2008). Substance abusers' personality disorders and staff members' emotional reactions. *BMC psychiatry*, 8(1), 21.
- Van Manen, M. (2016). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*: Routledge.
- Verdejo-García, A., Bechara, A., Recknor, E. C., & Pérez-García, M. (2007). Negative emotion-driven impulsivity predicts substance dependence problems. *Drug and alcohol dependence*, 91(2), 213-219.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry*, 16(5), 274-282.
- Verheul, R., & van den Brink, W. (2005). Causal pathways between substance use disorders and personality pathology. *Australian Psychologist*, 40(2), 127-136.
- Wapp, M., van de Glind, G., van Emmerik-van Oortmerssen, K., Dom, G., Verspreet, S., Carpentier, P. J., . . . Franck, J. (2015). Risk factors for borderline personality disorder in treatment seeking patients with a substance use disorder: an international multicenter study. *European Addiction Research*, 21(4), 188-194.
- Yen, S., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., . . . Gunderson, J. G. (2003). Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 375.

Mentalisering og skam

Skam i dysfunktionelle familier og mentaliseringsbaseret behandling heraf

Janne Østergaard Hagelquist, Louise Kokholm Ladefoged
og Carina Lilbæk Pedersen

Sammendrag:

Artiklen handler om mentalisering og skam, og formålet med artiklen er at sammenkæde de to begreber, så behandlere, som arbejder mentaliseringsbaseret, kan blive støttet i, hvordan de kan arbejde med og have fokus på problematikker forbundet med skam i deres arbejde med klienter. Artiklen igennem illustreres teorien om mentalisering og skam af en case. Til slut gives ideer til, hvordan man kan arbejde klinisk med behandling af skam.

Mentalisering og skam

Skam i dysfunktionelle familier og mentaliseringsbaseret behandling heraf. Denne artikel handler om mentalisering og skam. Teorien om mentalisering og den dertilhørende behandling har igennem de seneste årtier udviklet sig til at blive mere og mere populær i forhold først til behandling af borderline og sidenhen til en lang række andre psykiske lidelser (Bateman & Fonagy, 2016).

Ligeledes er der i de sidste årtier sket en stor udvikling i forståelsen af begrebet skam. Begrebet er blevet differentieret fra skyld og anvendes i dag til at forstå, hvad der afholder mennesker fra at agere socialt, når de har gjort noget forkert, ligesom skam ses i sammenhæng med en række destruktive fænomener som f.eks. alkohol, vold og kriminalitet hos teenagere (Tangney, Stuewig & Mashek, 2007).

Artiklen søger at sammenkæde de to begreber med henblik på at støtte behandlere, der arbejder mentaliseringsbaseret, med at være opmærksom-

Janne Østergaard Hagelquist, Autoriseret Psykolog, Grundlægger af Center for Mentalisering, H.N. Clausens Gade 6, 8000 Aarhus C. Louise Kokholm Ladefoged, Psykolog, Vilh. Bergsøes Vej 9, 3., 8210 Aarhus V. Carina Lilbæk Pedersen, Psykolog, Ringkøbingvej 4, 1. tv, 8000 Aarhus C.

me på skamreaktioner og understøtte den skamramte til at komme ud af skammen.

Sidst i artiklen gives ideer til, hvordan man kan arbejde med skam i behandlingen gennem samspejlet, psykoedukation, kropslig intervention og generel opmærksomhed på fænomenet. Artiklen igennem vil vi anvende en case til at beskrive de dynamikker, der er i spil ved skamreaktioner og mentaliseringsbaseret behandling. Den anonymiserede case omhandler en kvinde, som første forfatter har haft i behandling, og som har indvilliget i at blive anvendt som casemateriale.

Case

En kvinde i 30'erne henvender sig til en terapeut, fordi hun ønsker hjælp til at indgå i nogle mere sunde kæresterelationer. Kvinden er gennem hele barndom vokset op med skam, da særligt hendes far har projiceret skam over i hende, når han ikke har kunnet bære sin egen skamfølelse. Faren har haft et alkoholmisbrug, og han har efter et fyraftensmøde, der blev meget vådt, påkørt en person og siddet i fængsel herfor. Dette er aldrig omtalt i familien. Faren har altid, når han har været fuld eller frustreret, nedgjort sin datter – både mens kvinden var barn og som voksen. Hendes første minde er, da hun er ca. 3-4 år og leger i en vandpyt. Hendes far betragter hendes eksperimenterende hoppen i vandpytten og reagerer ved at blive rasende og kalde hende et svin. Pigen husker, hvordan hun slog blikket ned og krympede sig sammen, mens faren råbte af hende, hvorefter han sendte hende ind på sit værelse for at skamme sig.

Alle i familien omtaler hende i spøg som det sorte får. Især går familiens kritik på, at hun er dum, ikke har styr på sin økonomi, er klodset og ødelægger alt omkring sig. Kvinden har taget rollen på sig og føler, at hun er forkert og som en, der ødelægger alting. Hun omtaler ligeledes sig selv som det sorte får, men er også tiltagende frustreret over rollen i familien.

Mentalisering

Mentalisering er at kunne danne sig forestillinger om bevidste og ubevidste mentale tilstande hos sig selv og andre (Fonagy, 1991), eller i mere dagligdags vendinger evnen til at se bag om adfærd (Hagelquist, 2012). Netop evnen til at se bag om adfærd – eller adskille fysiske og mentale fænomener – er afgørende for evnen til følelsesregulering og en forudsætning for at kunne indgå i

sunde interpersonelle relationer (Allen, Fonagy & Bateman, 2010). Når mentalisering slår fejl, taler vi om mentaliseringssvigt, hvor personen ikke længe er i stand til at være mentaliserende med sig selv og andre.

Den ungarskfødte psykolog Peter Fonagy er en nøgleperson i udviklingen af mentaliseringsbaseret behandling og det teoretiske grundlag for metoden. En anden væsentlig person i forhold til udviklingen af behandlingsdelen er psykiateren Anthony Bateman. Andre centrale personer er John G. Allen, Gyorgy Gergely, Mary Target og en række kollegaer fra Anna Freud-centeret på University College of London og The Menninger Clinic i Houston (Bateman & Fonagy, 2007; Allen et al., 2010). I denne artikel vil Fonagygruppen blive brugt som samlende betegnelse for denne forfatterskare. Fonagygruppen har udviklet en sammenhængende teori om, hvordan børn i samspil med deres omsorgspersoner ikke kun lærer at mentalisere, men også lærer at registrere, kategorisere og regulere følelser såvel som udvikle et samlet positivt selv (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2007).

Udvikling af mentaliseringsevnen

Evnen til mentalisering udvikles i samspillet med den eller de primære omsorgsgivere. Grundlaget for denne udvikling er, at omsorgspersonerne opfatter barnet som et selvstændigt selv med mentale tilstande, således at barnet har en oplevelse af at blive forstået og af at eksistere i den andens sind (Hagelquist, 2012). Omsorgsgiveren hjælper til, at barnet skamsisterer i den andens sind. I relationer, hvor omsorgsgiveren har gjort noget forkert, hjælper til, at barnet skam. Fonagygruppen udtrykker med slet skjult reference til Descartes dette på følgende måde: "mor tænker, at jeg er til, derfor er jeg til" (Allen et al., 2010, s. 100). I samspil, hvor omsorgspersonerne er optagede af barnets mentale tilstande, bliver barnet spejlet som et selvstændigt individ, hvilket er grundlaget for barnets senere udvikling af følelsesregulering og fornemmelse af at være et samlet selv. Fonagygruppen beskriver, hvordan omsorgspersonerne gennem det naturlige udviklingsfremmende samspil lærer barnet at registrere, kategorisere, italesætte og regulere følelsesmæssige tilstande (Fonagy et al., 2007). Gennem den normale udvikling, som kendetegnes ved sådanne udviklingsfremmende samspil, danner barnet en fornemmelse for, at det mentale og det fysiske er adskilte fænomener samt indre mentale repræsentationer af både følelser, fysiske tilstande og selvet (Allen et al., 2010). Disse indre mentale repræsentationer vil i denne artikel blive beskrevet som etiketter (se evt. Hagelquist, 2012). Gennem relationen lærer barnet også at skrue op og ned for sine følelsesmæssige

tilstande, adskille egne mentale tilstande fra andres og danne en samlet fornemmelse af et selv. Processen, hvor barnet lærer sig selv at kende gennem omsorgsgiveren, er også kimen til udvikling af evnen til mentalisering.

Når det lille barn skal lære at regulere sine følelser, handler det bl.a. om, at barnet gennem kommunikationssamspillet med omsorgspersonerne skal lære at registrere og kategorisere følelsesmæssige tilstande. I dette samspil genkender omsorgspersonen barnets tilstand, reflekterer over den og leverer den tilbage til barnet i en markeret spejling. Den markerede spejling er ikke udtryk for omsorgspersonens egen følelsesmæssige tilstand, men i stedet en over- eller underdrevet gengivelse, der regulerer barnets følelsesmæssige intensitet og samtidig internaliseres som en sekundær repræsentation for barnets oprindelige tilstand (Hagelquist, 2012). Ligeledes lærer barnet, at informationen forbundet med en bestemt etiket/repræsentation, kan hjælpe med at forudsige, hvilken adfærd, der kan forventes at opstå i forbindelse med at være i den bestemte tilstand (Fonagy et al., 2007). Når barnets følelsesmæssige tilstande spejles på denne måde, vil barnet over tid begynde at opleve selvet som en aktør, der kan regulere disse tilstande, fordi det med tiden lærer at forbinde 'kontrollen' med omsorgspersonens spejlingsudtryk med forbedringen af dets følelsesmæssige tilstande (Fonagy et al., 2007).

Når barnet ikke tilbydes udviklingsfremmende samspil

I casen er kvinden blevet set som det sorte får. Hendes første minde er, at hun leger og glædes over vandpytten, men denne følelse spejles som at være et svin og en, der burde skamme sig. Denne type spejling har været typisk for kvindens relation til særligt faren. Hvis omsorgspersonerne på den måde ikke ser barnet som et individ med mentale tilstande eller ikke tilbyder barnet udviklingsfremmende samspil, vil barnet ikke udvikle en stabil evne til at regulere egne følelser, opbygge et samlet selv og mentalisere egne og andres mentale tilstande (Fonagy et al., 2007). Fonagygruppen beskriver endvidere, hvordan mislykkede samspil kan resultere i, at barnet er ude af stand til at 'finde sig selv' som et intentionelt væsen. Barnet er i stedet nødt til at internalisere omsorgspersonens fejlafstemning som en del af selvet, men disse internaliserede repræsentationer vil være fremmede og uden forbindelse til barnets oprindelige mentale tilstande, hvilket desorganiserer selvet og skaber splittelse. Barnet bliver på den måde ikke helt sig selv, men indeholder fremmede repræsentationer, som er svære at bære (Fonagy et al., 2007). Barnet vil være efterladt med et desperat ønske om at komme af med de fremmede dele

af selvet, som skaber splittelse og forvirring. Når selvet forsøger at komme af med fejlafstemte tilstande ved at overføre dem til andre, forstås det af Fonagygruppen som projektion (Fonagy et al., 2007).

Både den manglende mentalisering, manglende udvikling af evnen til at regulere følelser og det fejlafstemte selv er en del af skamramtes baggrund.

Mentalisering og skam

I en mentaliseringsbaseret sammenhæng kan skam betragtes som en form for mislykket kommunikationssamspil, hvor forælderen ikke opfatter de tilstande, som barnet udsender, korrekt. Denne manglende genkendelse af barnets tilstande kan være et resultat af, at forældrene enten ikke bryder sig om tilstanden, eller at tilstanden ubevidst er skamfuld for forælderen (Fonagy et al., 2007). Der er således tale om, at omsorgspersonens uforløste indre konflikter medfører, at barnets tilstande virker overvældende eller fremkalder angst og defensiv vrede hos omsorgspersonen. Omsorgspersonen spejler derfor ikke barnets tilstande korrekt, og barnet får en forvrænget oplevelse af sine tilstande (Fonagy et al., 2007).

Fonagygruppen (Fonagy et al., 2007) beskriver to typer af fejlafstemninger, der er forbundet med patologiske følger for barnet: Mangel på kategori-mæssig kongruens, men hvor spejlingen er markeret, og mangelfuld markering/umarkeret spejling.

Den markerede, men kategorimæssigt inkongruente, og dermed forvrængede, spejling opstår, når omsorgspersonen har en defensivt forvrænget opfattelse af barnets affekt (Fonagy et al., 2007). Hvis forælderen ikke bryder sig om tilstanden, eller hvis den vækker skam, kan det ske, at han eller hun projicerer sin defensive vrede over på barnet, således at forælderen fejlagtigt opfatter barnets tilstand som aggressivitet. Resultatet bliver, at forælderen leverer en markeret spejling af den fejlagtigt opfattede aggressivitet tilbage til barnet. Fordi forælderen spejling er markeret, opleves det spejlede affektudtryk som frakoblet forælderen. Barnet opfatter således spejlingen som en reguleret gengivelse af sin egen tilstand og får derfor en forvrænget opfattelse af tilstanden (Fonagy et al., 2007). Med andre ord kan man sige, at barnet får tilbudt en forkert etiket for sin tilstand og derfor registrerer og kategoriserer den forkert (Hagelquist, 2012).

Kvinden i casen, der oplever, at faren bliver rasende over hendes leg i vandpytten, får tilbudt etiketten 'at være et svin, der burde skamme sig' på

den ellers glædesfyldte og eksperimenterende tilstand. Faren opfatter sin datters leg som aggressivitet vendt mod ham – at hun sviner sig til for at gøre ham vred – og spejler derfor tilstanden vrede. Pigen lærer så, at følelsen af glædesfuldt at eksperimentere med en vandpyt er aggressivt og ondt, og fordi denne type spejling er typisk for hendes oplevelser med sin far, lærer hun sig selv at kende som en, der er aggressiv og ond – hun er familiens sorte får.

Den anden type fejlafstemning, som Fonagygruppen beskriver, er den umarkerede spejling, der er kendetegnet ved, at forælderen ikke kan rumme barnets affekt og derfor reagerer ud fra egne indre oplevelser med kategori-mæssigt samme affekt som barnet. Barnet oplever derfor forældrens affektudtryk som forældrens og får ikke reguleret sin egen tilstand (der tilbydes ingen etiket for dets tilstand), hvorfor barnet heller ikke lærer sin egen tilstand at kende. Den opleves i stedet som noget 'ude i verden', som ikke tilhører barnet selv, men en anden, og fremover vil personen kun kunne håndtere tilstanden ved at eksternalisere den til en anden gennem projektiv identifikation. Samtidig eskaleres barnets negative tilstand, hvilket kan virke traumatiserende for barnet (Fonagy et al., 2007).

Da pigen bliver skældt ud af sin far og får etiketten 'at være et svin, der burde skamme sig' på sig og spejles som værende aggressiv og ond, rammes hun af skam over at have gjort sin far så vred. Hun slår blikket ned (en typisk skamreaktion), men faren kan ikke rumme hendes skam og får ikke reguleret pigens negative tilstand. I stedet reagerer han ved selv at blive skamfuld. Hans reaktion er dog en noget anden (men også en typisk skamreaktion) – han bliver endnu mere vred på sin datter, hvilket kun forstærker hendes skamfuldhed og gør det endnu sværere for hende at håndtere den både nu og senere i livet.

I det følgende afsnit vil skam som begreb blive præsenteret for bedre at kunne forstå dens virkninger, og ikke mindst hvordan den adskiller sig fra den lignende, men mere hensigtsmæssige, skyldfølelse.

Hvad er skam?

Skam er en smertefuld opfattelse af at være forkert og føle, at man ikke er værd at elske. Ifølge Fonagygruppen opstår skammen "når man oplever, at ens menneskelighed negeres i netop den situation, hvor man med rette forventer at blive værdsat." (Fonagy et al., 2007, s. 400). Individet står alene og er ikke blevet mødt værdigt som den tænkende og følende person, som han eller hun er. Særligt i en tilknytningsrelation (til både omsorgspersoner og nærtstående andre, f.eks. jævnaldrende) er der en forventning om at blive mødt

med en helt særlig anerkendelse, så det volder stor smerte, når der ikke er overensstemmelse mellem den aktuelle situation og den forventede ideelle situation (Fonagy et al., 2007).

Når et individ rammes af skam, oplever vedkommende nogle karakteristiske fysiske tegn som f.eks. rødmen, nedslået blik og/eller en lavere stemmeføring, der afspejler et forsøg på at blive så usynlig som muligt. Dette viser sig også i en pludselig trang til at gemme sig, flygte fra situationen eller simpelthen at skyde ansvaret fra sig for på den måde at fjerne det ubehagelige og smertefulde fokus på ens egen forkerthed. Skammen indebærer nemlig en dvælen ved egne fejl og ikke mindst følelsen af ufrivilligt at få eksponeret disse fejl for omverdenen (Fischer & Tangney, 1995). De typiske reaktioner på skam – at flygte/gemme sig eller at eksternalisere sin vrede (Lewis, 1971; Tangney, 1995) – kan derfor betragtes som måder at undgå den smertefulde tilstand og dermed som forsøg på at beskytte selvet. Der er således tale om, at den negative skamtalstand enten får individet til at forsøge at gemme sig for andres (opfattede) fordømmende blikke, eller at skammen projiceres over i en anden, fordi individet aldrig har lært at håndtere følelsen. Set ud fra et mentaliseringsperspektiv er skammen aldrig blevet rummet eller mentaliseret af individets omsorgspersoner, og skammen forbliver en tilstand, der må placeres 'ude i verden' som tilhørende en anden for på den måde at kunne blive håndteret.

Skam er, ligesom bl.a. skyld, stolthed og forlegenhed, en selvbevidst følelse (Fischer & Tangney, 1995). Selvbevidste følelser er i forskellig grad relevante for et individs selvopfattelse og opstår, når et individ bliver bevidst om sig selv og ud fra oplevede standarder evaluerer sit selv og sin adfærd. I forbindelse med evalueringen opstår de selvbevidste emotioner og signalerer til individet, hvorvidt vedkommende lever op til standarderne (Tangney, 1995). Standarderne, eller normerne, læres og internaliseres gennem gentagne samspil med omsorgspersonerne (Lewis, 1971). Skam og skyld er ofte blevet forvekslet i både daglig tale og i den faglige litteratur (Tangney et al., 2007). Helen B. Lewis (1971) var den første til at foreslå en adskillelse af de to med baggrund i, om det er adfærden eller hele selvet, der er omdrejningspunkt for evalueringen. Senere har særligt June P. Tangney og kolleger (f.eks. Fischer & Tangney, 1995; Tangney et al., 2007) videreført denne tradition. Ifølge Lewis (1971) vedrører skammen hele selvet og medfører en følelse af at være forkert og af at blive afvist. Handlingen træder i baggrunden, og det er i stedet hele ens person, der bliver omdrejningspunkt for den negative evaluering og de negative følelser. Skammen lammer individet og gør det ude af stand til at tænke klart.

Hele personens opmærksomhed er rettet mod selvet og mod, hvor stor en fiasko, vedkommende er og medfører derfor ofte en ruminerende tilstand, hvor individet er så optaget af sig selv og sin forkerthed, at intet andet har betydning (Tangney, 1991). Skyld, derimod, centrerer sig om den forkerte adfærd, og her kan der lettere distanceres fra selvet og dermed ens selvopfattelse, hvorfor skyld ikke føles lige så invaliderende og smertefuld som skam. Denne distance fra selvet gør også, at individet lettere kan fokusere på reparerende handlinger og dermed sørge for, at relationen til den anden genoprettes (Lewis, 1971; Tangney, 1995). Skyld er derfor at betragte som en prosocial følelse, hvor individet tager ansvar for sine handlinger (Tangney et al., 2007).

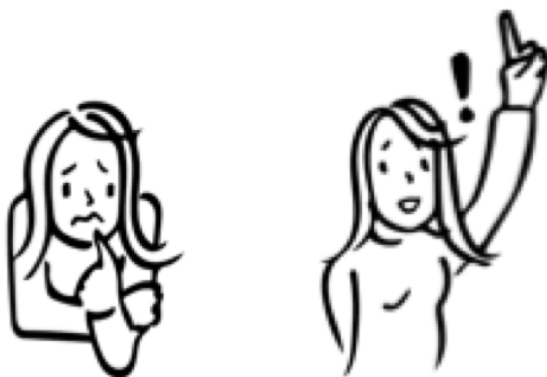


Fig. 1: Skam (venstre) gør individet usikkert og mærkes helt fysisk ved, at individet falder sammen og måske trækker sig fra interpersonelle relationer, hvorimod skyld (højre) er en følelse, hvor individet tager ansvar og råder bod på det, han eller hun har gjort forkert (Hagelquist & Rasmussen 2017).

Fonagygruppen (Allen et al., 2010) beskriver følelser som kongevejen til mentalisering, hvorfor følelser kan anses som vores indre kompas, der hjælper den enkelte til at mærke, hvad der er rigtigt og forkert (Hagelquist, 2015). Følelserne hjælper således den enkelte til at være mentaliserende overfor sig selv ved at sende et signal om, om noget er behageligt eller ubehageligt, rigtigt eller forkert osv., hvorefter individet lettere kan overveje, hvorfor det forholder sig sådan, og hvad der skal til for at ændre på tilstanden. Dette gælder også for skyld og skam – de er ubehagelige signaler om, at man har gjort noget forkert og kan således gennem en mentaliserende forholdemåde hjælpe indi-

videt til at ændre adfærd. Men er man vokset op i et miljø, hvor man ikke har fået tilbudt et udviklingsfremmende samspil omkring visse følelser og i stedet har fået fremmet et skamfuldt selv, kan man have svært ved at kategorisere, regulere og italesætte de følelser, der ikke er blevet spejlet. Det bliver således svært at anvende disse følelser som et kompas.

I det følgende afsnit vil vi se nærmere på, hvordan omsorgspersoner kan anvende skyld og skam i børneopdragelsen, og ikke mindst hvordan de kan hjælpe barnet med at flytte skamfølelsen til skyldfølelse i de situationer, hvor det er relevant.

Skyld og skam i børneopdragelse

Det lille barn udvikler evnen til at skamme sig, efter det er fyldt et år – formentlig, fordi skam støtter til at regulere det lille barn, som i denne alder selv bevæger sig rundt og har en impulsiv og undersøgende adfærd. Skam kan således ses som en evolutionært udviklet bremse, som barnet har ift. at hæmme impulser og styre behov (Schore, 2003a). På den måde er barnets evne til at føle skam med til at beskytte barnet. Hvor forældrene i barnets første leveår næsten udelukkende havde en omsorgsrolle overfor barnet, bliver det, når barnet begynder mere frit at kunne bevæge sig rundt, nødvendigt, at forældrene får en socialiseringsrolle også. Den intense positive følelsesmæssige tilstand, som barnet oplever i forbindelse med f.eks. afføring eller frit at kunne udforske verden, reguleres med stor effektivitet, når forældrene ikke spejler barnets positive affekt, men i stedet møder det med en fejlfestemning (Schore, 2003b). Det kunne f.eks. være forælderen, der med høj og skarp stemme råber: "Nej! Stop Peter!", når den lille dreng begejstret vil røre ved gløderne i et bål. Denne fejlfestemning medfører et pludseligt skift i barnets indre tilstand – et skift i dets autonome nervesystem fra en dominans i det sympatiske system til en dominans i det parasympatiske system (Schore, 2003b). Når det parasympatiske system er dominerende indtræder en tilstand, hvor individet er mindre udforskende ift. både sig selv og omverdenen. Den positivt stemte ophidselse associeret med en dominans i det sympatiske nervesystem, blokeres således øjeblikkeligt, og barnet stopper omgående det, han eller hun er i gang med (Schore, 2003a). Her er det vigtigt, at forældrene er emotionelt tilgængelige og sensitive overfor barnets ændrede tilstand. Hvis forælderen formår at træde ind i en synkroniseret regulerende relation med barnet, vil de i relationen kunne opnå en følelsesmæssige forbindelse igen, således at skammen nedreguleres og tilknytningsbåndet repareres. Denne proces – at gå fra

positiv til negativ og tilbage til positiv affekt – lærer barnet, at episoder med negativ affekt kan repareres, og er derfor vigtig ift. barnets udvikling af emotionsregulering og resiliens overfor negative oplevelser (Schoore, 2003b). Det har også stor betydning, hvor ofte barnet oplever denne tilstand, og hvor længe det forbliver i tilstanden (Schoore, 2003b). Allan Schoore pointerer i den forbindelse, at tidlige oplevelser med store doser af 'toksisk skam' kan føre til, at barnet ikke får udforsket sig selv og sin omverden, men i stedet forsøger at reetablere et symbiotisk forhold til forælderen for at undgå de pludselige skamovervældende oplevelser (Schoore, 2003a).

Skam er således en effektiv socialiseringsfølelse. Alle forældre kommer til at udskamme deres børn fra tid til anden. Selv de mest sensitive forældre er ikke sensitive overfor deres børns tilstande op mod halvdelen af tiden (Allen & Fonagy, 2006), fordi de i stedet er optagede af egne mål, behov og tanker fremfor barnets mål, behov og tanker (Hagelquist, 2012). Fonagygruppen går endda så langt som til at sige, at selv normale opvækstforløb er karakteriserede af episoder med omsorgssvigt. Derfor indeholder alle mennesker også fremmede dele i deres selv, som er svære at bære, og som de vil have tendens til at projicere over i andre for at kunne håndtere (Fonagy et al., 2007). Ifølge Brené Brown, en amerikansk sociolog, der har viet sin forskning til studiet af sårbarhed og skam, kan opvæksten anskues som et fotoalbum. Hvis hvert et billede i albummet er et stort billede af skam, får man lyst til at lukke bogen, fordi skammen definerer historien. Men hvis der kun er nogle få, relativt små, billeder af skam, som er omgivet af billeder af kærlighed, selvværd, håb, fejltagelser, succes og sårbarhed, så bliver skammen kun en lille del af albummet, og skammen kommer ikke til at definere historien (Brown, 2012, s. 227). Ud fra den betragtning er det således ikke alarmerende, at børn oplever skammens virkning en gang i mellem, så længe den er indlejret i en kontekst af kærlighed med støttende og anerkendende omsorgsgivere, som – for det meste – er opmærksomme på barnets tilstande og kan forholde sig mentaliserende til disse.

Omsorgspersonernes måde at møde barnet på har altså stor betydning for, om barnet lærer at regulere skammen, og dermed også for, hvordan personen i årene fremover vil reagere på at gøre noget 'forkert'. En mere hensigtsmæssig emotionel reaktion på at have gjort noget forkert, vil være skyld, fordi den netop fremmer prosocial adfærd og ikke føles lige så smertefuld (Tangney et al., 2007), og derfor er en af omsorgspersonernes vigtigste opgaver at lære barnet at flytte skam til skyld. Fejlfestemninger og skam kan måske ikke undgås helt i børneopdragelse, men omsorgspersonerne kan forsøge at være opmærksomme på, hvilken tilstand, de inducerer i barnet, og ikke mindst hvor-

dan de hjælper barnet med at regulere skammen. Her handler det om at lade barnet forstå, at det var adfærden, der var forkert, og ikke at barnet er slemt eller 'forkert'. På den måde adskilles selvet fra handlingen, og barnet har mulighed for fremadrettet at ændre adfærden. Tror barnet, at det er hele dets selv, der er fejlbart, medfører det skam, og dermed er der intet potentiale for forbedring (Brown, 2012). Bevægelsen fra skam til skyld understøttes således ved, at forældrene forklarer, at det, barnet gør, er forkert – og ikke selve barnet. Barnet må nødvendigvis lære, at det har forbrudt sig mod nogle sociale normer, men samtidig skal det vide, at det ikke er det samme som, at barnet ikke er værd at elske længere. Et brud på reglerne kan der kompenseres for – man kan sige undskyld eller på anden måde forsøge at råde bod – men man kan ikke gøre noget ved, at man er 'forkert' eller en fiasko (Brown, 2012).

I den henseende er det vigtigt, at omsorgspersonerne forholder sig mentaliserende og har barnets sind på sinde, så de har de bedste forudsætninger for at genkende barnets tilstande og reflektere over disse. Mentalisering avler mentalisering (Allen et al., 2010), og ved at forholde sig mentaliserende til barnets adfærd, kan forælderen hjælpe det til at forstå, hvad der var forkert, og hvorfor. Barnet forklares således konsekvenserne af sine handlinger, og hvorfor det må følge reglerne. Samtidig viser forældrene, at de respekterer barnet, fordi de møder barnet som det tænkende og følende individ, som det er – et møde, der er med til at facilitere, at barnet lærer at regulere sine følelser, at mentalisere og få en samlet fornemmelse af et sundt selv.

At tage højde for barnets udvikling

Når barnets skam skal reguleres, må man nødvendigvis tage højde for barnets udvikling. De voksne kan hjælpe med at regulere skammen ikke blot med ord, men også med handling, toneleje og kropssprog (Fonagy et al., 2007). Det er særligt relevant for små børn, der endnu ikke har et fuldt udviklet sprog, og som ikke i samme omfang som ældre børn forstår komplekse sociale regler.

For eksempel kan nævnes en lille pige på 2 år og hendes mor. Da hun tager sin lillebrors rangle fra ham, siger moren med nogen bebrejdelse i stemmen: "Du skal være sød ved din lillebror! Han er meget mindre end dig!". Pigen, der er begyndt at udvikle evnen til at skamme sig, går over i et hjørne og stiller sig med hovedet ind mod muren i et forsøg på at slippe af med skammen. Moren er sensitiv overfor barnets ændrede sindstilstand og ser, hvor ked af det, hun bliver, så hun skynder sig over for at trøste pigen. Ved at ændre sit toneleje og sige: "Vi kan give ham ranglen tilbage – se, så bliver han glad igen..." viser

hun sin datter, at datteren gennem sin adfærd kan ændre situationen til det bedre, og at moren ikke afviser datteren som person.

Som barnet bliver ældre og får et mere veludviklet sprog samt en klarere fornemmelse for dynamikkerne i interpersonelle relationer, kan man begynde at forklare barnet, hvordan socialt uacceptabel adfærd kan rådes bod på.

Teenagere er meget sårbare overfor skam. De er bedre til at mentalisere og forstår komplekse følelser, relationer og betydningen af deres egen adfærd i forhold hertil (Foangy et al., 2007). De har samtidig et stort behov for at passe ind og er derfor meget årvågne overfor signaler om, at det modsatte er tilfældet. Teenagere med tendens til skam og uden en tilstrækkelig evne til at regulere den, drikker mere alkohol, udøver mere vold, har større selvmordsrisiko og er mere involverede i kriminalitet (Tangney et al., 2007). Denne adfærd kan opfattes som et forsøg på at regulere den negative tilstand.

Hvorledes et barns omsorgsgivere formår at hjælpe med at vende skammen til skyld, og hvorvidt de formår at undgå at inducere alt for meget skam i barnet, har stor betydning for barnets væren-i-verden mange år frem: Hvordan individets selvopfattelse og selvværd udvikles, hvordan individet indgår i relationer med andre, om han eller hun har selvværd og selvtillid nok til at kaste sig ud i nye udfordringer osv. I det følgende vil vi se på, hvordan skam kan være en ingrediens i dysfunktionelle familier, og hvordan skammen således kan komme til at spille en afgørende rolle ikke kun i barndommen, men også i resten af barnets liv.

Skam som en ingrediens i dysfunktionelle familiesamspil

I en dysfunktionel familie kan skammen let komme til at fylde hele albummet over barnets opvækst. Skammen fylder så meget, at den bliver til hele fortællingen om barnet – en fortælling præget af følelseløshed og selv-afsky, som barnet tager med sig ind i sin voksentilværelse, og som kommer til at præge selvværdet, og hvordan han eller hun indgår i sociale relationer.

At vokse op i en dysfunktionel familie betyder, at tilknytningen bliver usikker, og at evnen til at regulere følelsestilstande og mentalisere egne og andres tilstande ikke udvikles tilstrækkeligt (Allen, 2014). Barnet udsættes for psykisk og/eller fysisk omsorgssvigt, hvilket medfører en skrøbelighed overfor fremtidige svære oplevelser. En mangelfuldt udviklet mentaliseringsevne betyder, at barnet bliver særligt sårbart overfor angreb fra nærtstående andre (Fonagy et al., 2007). Disse angreb eller overgreb på barnet begået af enten omsorgsfigurer eller nærtstående jævnaldrende omtaler Fonagygruppen som

'brutalisering af det følelsesmæssige bånd i tilknytningen'. En sådan brutalisering er forbundet med en intens og destruktiv selvafsky, fordi barnet i en sådan relation netop må have kunnet forvente at blive mødt med personlig anerkendelse (Fonagy et al., 2007). Brown (2012, s. 225) pointerer ligeledes, at "Skam er så smertefuld for børn, fordi den er uløseligt forbundet med frygten for at være u-elskelig" og fortsætter: "For små børn, som stadig er afhængige af deres forældre for at overleve – for mad, ly og sikkerhed – er det at føle sig u-elskelig en trussel mod overlevelse. Det er traume." Fonagygruppen beskriver, hvordan en historie med tidlig omsorgssvigt og deraf nedsat mentaliseringsevne, sammen med en brutalisering af tilknytningsbåndet ofte udløser vold mod selvet og andre, fordi den mangelfulde mentaliseringsevne ikke vil kunne afsvække den intense ydmygelse (Fonagy et al., 2007). Tilknytningsfigurens vold eller trusler om vold mod barnet opfattes som et endegyldigt udtryk for den manglende kærlighed til barnet, og ifølge Freud kan individets kærlighed til selvet kun udvikles gennem den andens kærlighed til individet (Fonagy et al., 2007). Man kan således kun lære at elske sig selv, hvis man er blevet elsket af en anden.

Kvinden i casen har ikke fået den tilstrækkelige kærlighed og omsorg fra sine forældre til, at hun har kunnet omdanne dette til kærlighed til sig selv eller selvomsorg. Hun opfatter sig selv som det sorte får i familien og ikke mindst som en fiasko. Hendes mentaliseringsevne er mangelfuld, og hun formår derfor ikke at afværge de angreb, hun udsættes for i familien – heller ikke efter hun er blevet voksen.

Når familiens skam projiceres over på barnet

En dysfunktionel familie kan være præget af forældre med egne skamrelaterede problematikker som i eksemplet fra casen. Kvindens familie bærer på en skam over farens alkoholmisbrug og fængselsstraf – en skam, der aldrig er blevet italesat, men som i stedet er blevet projiceret over på kvinden. Dette mønster af projektioner har været fremherskende lige siden hendes barndom og foregår stadig. Der er således stærke kræfter på spil i familien for at fastholde hende i rollen som det sorte får.

Kvinden har gennem terapien besluttet sig for, at hun ikke længere vil være bærer af projektionerne, og helt konkret vil hun ikke længere finde sig i at blive kaldt familiens sorte får. Ved en familiemiddag, hvor stemningen er dårlig og hendes far begynder at nedgøre hende, siger hun for første gang højt, at han skal stoppe. Faren bliver vred, og hendes storesøster siger: "Nu gør

du det igen! Ødelægger vores middag og skider på, at mor har brugt timer på at lave mad – du er virkelig et sort får”. Kvinden mærker skammen skylle ind over sig og bukker sammen i kroppen. Hun oplever, ligesom da hun var barn, hvordan skammen er intens følelsesmæssige og helt fysisk. Bare ordene om at være ”et sort får” genvækker følelsen af skam og sætter hende tilbage til den underkastelse, der, mens hun var lille, var nødvendig for at fastholde sikkerhed og tilknytning. Selvom hun gennem terapien er blevet mere bevidst om, hvad der er på spil, er det virkelig svært for hende at bryde mønsteret.

Som ovenstående indikerer, har skammen haft en nødvendig rolle i løbet af kvindens opvækst. Skam og underkastelse sikrer barnet, der vokser op i et truende miljø, overlevelse (Schore, 2003b). Allan Schore (2003a) omtaler dette som barnets forsøg på at reetablere et symbiotisk forhold til forælderen, hvor underkastelsen ses ved, at barnet afbryder sin udforskning af selvet og omverdenen samt undgår at eksponere sit selv. Fonagygruppen betragter det som følelsesmæssig tomhed, hvor barnet er passivt og eftergivende overfor omsorgspersonerne og ender med at mangle spontanitet i sin personlighedsstruktur (Fonagy et al., 2007).

Når selvhad er blevet indlært og indkodet i krop og sind fra de primære omsorgspersoner, som skal lære os at forstå vores indre, så føles det sandt, og derfor er kvinden overbevist om, at hun bør være skamfuld. Skammen fortsætter således med at øve indflydelse på selvværd og sund selvudvikling (Fisher, 2013). Man kan sige, at selvhad er en lille pris at betale for at fastholde opfattelsen af at leve i en sikker verden og opretholdelsen af den livsnødvendige tilknytning. I kvindens barndom har reaktionen været helt nødvendig for både hendes egen, men også morens og søsterens sikkerhed. Da hun var barn, var skammen også med til at skabe mening: ”Det var jo fordi, at hun var det sorte får, at familien og faren fungerede så dårligt”. På den måde kan skammen og selvhadet være med til at give en følelse af mening og således også en følelse af kontrol: ”Hvis bare jeg er en god pige og ikke gør far vred, så sker der ikke noget.”

Der er dog store konsekvenser ved som barn at være bærer af forældrenes skam. Det skaber en grundlæggende utryghed i barnet omkring både egne følelser og relationen til forældrene, når forældrene påfører barnet skam (Cooper & Redfern, 2016). Denne utryghed afspejler sig i en tilstand af et konstant aktiveret alarmberedskab – en meget stressende tilstand. Barnets ’trustsystem’, der skal hjælpe med at holde øje med trusler i omgivelserne, er kontant aktiveret. Det medfører en nedsat aktivitet i præfrontal cortex, som derfor ikke udvikles tilstrækkeligt. Dette ses bl.a. ved, at individet vil have

svært ved at tage nye perspektiver og dermed udfordre sin skamfuldhed (Bentzen & Hart, 2012). Samtidig understimuleres de systemer, der fremmer positive følelser samt rolig adfærd (Matos & Pinto-Gouveia, 2014). Over tid vil skammen fastlåse personens adfærd og tænkning i rigide selv-/anden-opfattelser og samspil med andre (Siegel, 2012).

Mentaliseringsbaseret behandling

Når man som terapeut møder en klient, der har været del af dysfunktionelle familiesamspil med skamdynamikker, er det vigtigt at have fokus på, hvordan man kan arbejde med klientens skamproblematik. Dette kan gøres på forskellig vis, og vi vil i det følgende komme med bud på, hvordan man kan gribe opgaven an terapeutisk. I den forbindelse vil casen om den 30-årige kvinde blive anvendt.

Kvinden i casen er i sin barndom ikke blevet tilbudt et udviklingsfremmende samspil, hvor hun fik hjælp til at lære sine egne følelser at kende. I stedet har hun oplevet, at hendes fars skamfølelser er blevet projiceret over i hende. En del af det terapeutiske arbejde er derfor at støtte hende til at lære at registrere, kategorisere, italesætte og regulere sine egne følelser.

Kvinden fortæller, at de følelser, hun kender bedst, er følelser af skam og mindreværd. Hun kan ikke huske, at hendes følelser har fået lov at fylde. Den eneste gang, hun kan huske omsorg, var, da hun som ung fik en abort og ringede til sin mor, der sagde: "Du må ikke græde bette skat."

I behandlingen skal kvinden derfor tilskyndes til at udtrykke følelsesmæssige tilstande. Motivationen til at arbejde med kendskabet til egne følelser er generelt omvendt proportional med den følelsesmæssige smerte (Bateman og Fonagy, 2007). Jo mere smertefulde og anspændte følelsesmæssige tilstande er, jo mindre lyst har man til at tale om dem. Det betyder, at når kvinden kommer i kontakt med skamfølelserne, er det vanskeligt for hende at tale om dem. Som Jon Allen udtrykker det: "Sindet kan være et skræmmende sted ... hvor du ikke ville have lyst til at ind alene" (Allen, 2013 s 198).

Det er essentielt i forhold til at kunne gøre rede for sit eget indre liv, at man er i stand til at sætte ord på sine følelser. Fonagygruppen (Allen et al., 2010, s. 92) siger herom: "Vi kan faktisk ikke overbetone vigtigheden af at give følelserne udtryk". Samtidig peger Fonagygruppen på, at det kan være en god ide at kunne udtrykke følelser indadtil. Det kan være upraktisk at fortælle alle alt om sine følelsesmæssige tilstande. I den trygge behandlingsrelation kan klienten eksperimentere med at sætte ord på indre følelses tilstande ved at

udtrykke dem i en relation, der sammenlignet med andre relationer i den ydre verden, er præget af sikkerhed (Fonagy et al. 2007).

Psykoedukation

En væsentlig del af mentaliseringsbaseret behandling er psykoedukation, hvor klienten lærer om mentalisering, traumer eller om skam og skyld (Allen et al., 2010; Hagelquist, 2015). At være opmærksom på sin egen tendens til at agere ud fra f.eks. skam, har stor betydning for muligheden for at ændre sine vaner, opdage nye perspektiver og agere på nye, mere hensigtsmæssige, måder. Derfor er det vigtigt, at man trænes i dette, hvis skammen fylder en stor del af ens liv.

Kvinden oplever at have lovet at hjælpe en veninde til en fest. Hun har den aften en stor konflikt med sin mor og kan simpelthen ikke overskue at tage afsted. Hun lægger sig under sin dyne og ringer ikke afbud. Efterfølgende gør hun alt for at undgå veninden. I terapien taler terapeut med klienten om, at dette jo er en typisk skambaseret reaktion, og sammen taler de om klientens følelser og tanker den aften og om, hvad veninden mon tænkte og følte, da hun ikke dukkede op, samt hvad der skal til for at reparere relationen. Kvinden foreslår selv, at hun i stedet skal skrive en sms, hvor hun forklarer sin adfærd og siger undskyld. Heldigvis får hun en god respons fra veninden på dette.

Klienten kan i en tryk sammenhæng øve sig i at sætte ord på indre følelsesmæssige tilstande. Således kan klienten blive i stand til at udtrykke sig om følelsesmæssige tilstande på en måde, så andre kan opnå en forståelse for, hvilke tilstande, der ligger bag deres handlinger.

Ugen efter episoden, hvor kvinden fik sagt fra overfor sin far, vil hun ikke deltage i familiemiddagen. Hun har med sin terapeut vurderet, at det er for krævende på nuværende tidspunkt. Hun taler med sin søster om, hvad der er kommet frem i terapien, og beder hende om aldrig at kalde hende "et sort får" mere. Deres samtale varer en hel aften, hvor søsteren bekræfter hendes minder fra barndommen. Det er første gang, de to søskende taler om deres fælles barndom. Søsteren fortæller, hvordan hun altid har følt sig skamfuld over, at hun ikke passede på sin lillesøster, og kvinden føler i samtalen, at hendes virkelighedsoplevelse bliver valideret. Men mens middagen bliver afholdt, ringer hendes søster til hende og skælder hende ud. Hun fortæller hende, at moren græder, og faren er rasende på "den møgtøs", der altid har ødelagt alt. Søsteren slutter samtalen med at snerre: "Tænk sig, at du vil være det her bekendt! Vi ved jo ikke, hvor længe vi har mor og far – du ødelægger alt!!"

Eksemplet her demonstrerer, hvordan kvinden gennem terapien har fået øget indsigt i de skamreaktioner, der har været en stor del af hendes liv. Hun har lært at italesætte dem i relationen til terapeuten, og har fået oparbejdet et mod til at fortælle sin søster, hvordan hun har det, og hvordan hun har oplevet deres fælles opvækst. I første omgang – under deres private samtale – udviser søsteren forståelse, men søsteren er også fanget i det rigide familiemønster, hvor skamfulde følelser ikke håndteres, men i stedet projiceres over i lillesøsteren. Søsterens reaktion kan forklares ved, at mentaliseringsvigt ofte sker i de nære relationer (Allen, 2014; Hagelquist, 2012), så da hun sidder sammen med forældrene, og situationen tilspidnes, falder hun tilbage i de gamle reaktionsmønstre. I terapien taler kvinden og terapeuten om, at søsterens måde at reagere på er en typisk skamreaktion. Kvinden kan dermed lettere forholde sig mentaliserende overfor sin søsters adfærd.

Brug af modoverføringer og den professionelle som bærer af de ubærlige følelser

Klienterne bliver ofte først selv bevidst om de følelser, der ligger bag skamfølelsen, ved at behandleren kan sætte ord på dem for ham eller hende (Pearlmann & Saakvitne, 1995), og den professionelle må derfor bringe sine egne følelsesmæssige tilstande i spil. Der er med andre ord i mentaliseringsbaseret behandling tale om at bruge egne modoverføringsfølelser til at udvikle den skamramtes mentaliseringsevne (Bateman & Fonagy, 2012). Bateman og Fonagy (2012) anvender begrebet modoverføring som et vigtigt led i at markere den udsattes følelsesmæssige oplevelse. Dette sker gennem 1) behandlerens bevidsthed om, at den projektive identifikation bærer centralt vidne om den skamramtes indre tilstande, der endnu ikke er sprogliggjort og mentaliserede, og 2) at behandleren fastholder en empatisk respons, der stemmer overens med den skamramtes oprindelige følelsesmæssige oplevelse og derigennem hjælper med at udvikle den skamramtes følelsesregulering (Bateman & Fonagy, 2012).

Det er afgørende i arbejdet med skam, at den professionelle er sig bevidst om skamdynamikker og ikke mindst dynamikkernes bevæggrunde. Den professionelle skal dermed fungere som bærer for den skamrates ubærlige følelser (Rasmussen & Hagelquist, 2016). Projektiv identifikation er, når terapeuten identificerer sig med klientens destruktive projicerede svært håndterbar følelser, men først og fremmest er det et råb om hjælp til at håndtere dem (Thimmer & Hagelquist, 2016). At vide det kan i sig selv være følelsesregulerende for

den professionelle, der dermed har bedre forudsætninger for at være rollemodel i håndteringen af de svært håndterbare følelser.

Da kvinden i terapien arbejder med skamproblematikker, bliver hun usikker på, om terapeuten er på rette spor, og kvinden giver indirekte med sit kropssprog og ved at blive stille udtryk for, at hun er usikker på om terapeuten kan hjælpe hende. Terapeuten bliver overrasket over de stærke følelser af skam, der bliver aktiveret i hende selv. Det hjælper terapeuten at være opmærksom på, at det måske er kvindens skam, hun kommer i kontakt med. Hun bliver overvældet over, hvor stærk følelsen er, og dette giver hende endnu mere empati for kvinden. Hun deler disse tanker med kvinden, som føler sig set ved at opleve at terapeuten forstår hende – erkendelsesmæssigt såvel som følelsesmæssigt.

En central del af behandlingen af skam er således, at den professionelle selv formår at balancere med de svære følelser, som den skamramte skiller sig af med, og derved hjælper den skamramte med at bære de ubærlige følelser, sætte ord på dem og give den skamramte viden om, at det er naturlige reaktioner på at have levet et liv med skam (Thimmer & Hagelquist, 2016).

I modsætning til den klassiske psykodynamiske måde at anvende modoverføringen som noget, der skal gives tilbage til klienten i eksplicit påpegning af, at følelserne tilhører klienten, deler behandleren i mentaliseringsbaseret behandling sin aktuelle følelsesmæssige tilstand. Behandleren tager dermed ejerskab for den for derigennem at give den skamramte en korrektiv oplevelse af håndteringen af denne følelse. Derudover forsøger behandleren konstant at forholde sig til, om det mon er en sindstilstand, som den skamramte deler, og at respondere empatisk på dette (Thimmer & Hagelquist, 2016). Der er med andre ord en vedvarende nysgerrighed på både den skamramte og egne følelsesmæssige tilstande og en særlig opmærksomhed på at anvende dem aktivt i behandlingen. Det forudsætter, ifølge Fonagygruppen, at den professionelle har en mentaliserende indstilling kendetegnet ved en spørgende, empatisk og ikke-vidende holdning (Allen et al., 2010), hvis interventionsaspekter kan opsummeres under det, Hagelquist (2012) med et mnemoteknisk akronym kalder en ÅBENT-indstilling.

En mentaliserende forholdemåde

ÅBENT-indstillingen består af fem centrale elementer, der skal være til stede for at fastholde en mentaliserende indstilling i mødet med den skamramte. ÅBENT står for Åbenhed, Balance, Empati, Nysgerrighed og Tålmodighed

(Hagelquist, 2012). For at forholde sig ÅBENT, når den professionelle taler om skam, er det derfor afgørende, at den professionelle tilsidesætter ikke sin viden, men sine forforståelser angående, hvorfor den skamramte gjorde og føler, som han/hun gør, og dermed er åben overfor, at der kan være andre eller flere følelser på spil. Derudover skal den professionelle hjælpe med at holde en balance i samtalen, så samtalen handler ligeligt om den skamramtes egne mentale tilstande såvel som andres mentale tilstande, følelser såvel som fornuft, og balancere mellem indre mentale tilstande såvel som den ydre adfærd (Hagelquist, 2012).

Den professionelle skal være opmærksom på, at man ikke ender i offerredder-krænker-dynamikker, men er nysgerrig på hvem og hvad, der kan have induceret skammen.

I casen med kvinden, der har rollen som familiens sorte får, vil man være interesseret i at se på de mentale tilstande, der er baggrunden for farens adfærd. I samtalerne med kvinden kommer det frem, at faren selv har haft en vanskelig barndom med en mor, der var ramt af en fødselsdepression efter fødslen af ham og endte med at tage sit eget liv. Dette har gjort, at kvindens far selv er født med en grundlæggende skamproblematik. At tale om dette i terapien understøtter, at kvinden forstår, hvad der ligger bag hendes fars adfærd.

For at møde den skamramte der hvor han/hun er, er det nødvendigt med en vedvarende empatisk forholdemåde, hvor den professionelle både registrerer den skamramtes emotionelle reaktion og reagerer med en passende intensitet og emotion (Hagelquist, 2012). Det er derfor også vigtigt, at behandleren i samtalen lader sig lede af en oprigtig nysgerrighed på den udsattes mentale tilstande for derigennem gradvis at gøre den skamramte mere nysgerrig på egne indre tilstande og bevæggrunde. Sidst, men ikke mindst, kræves tålmodighed. Skam er som sagt et komplekst og gennemgribende dynamisk fænomen, så det at mentalisere adfærden kræver megen tålmodighed med både den skamramte og sig selv, eksempelvis når den skamramte igen sætter sig i situationer, der fører til skam (for en uddybning af ÅBENT-indstillingen, se Hagelquist, 2012).

Kropslig intervention

Ligesom angst er skam et meget kropsligt fænomen. Skammen er indkodet i den autobiografiske hukommelse, hvilket bl.a. har betydning for individets 'body memory', således at minderne vil frembringe de samme kropslige reakti-

oner, som den oprindelige skamoplevelse udløste (Matos & Pinto-Gouveia, 2014). Det er ikke kun fysiske og følelsesmæssige stimuli som f.eks. lyde, ansigtsudtryk osv., der vækker de kropslige skamreaktioner. Også ord og toneleje kan fremprovokere et kropsligt skamminde (Fisher, 2011). Ifølge Janine Fisher, der arbejder med at behandle skam og traumer gennem kropslige interventioner, kan skam mindskes ved at ændre kropsholdningen og skabe nye kropslige vaner: At rette ryggen, sørge for at etablere en god jordforbindelse med fødderne og løfte hovedet vil f.eks. øge selvsikkerhed og frygtløshed (Fisher, 2009).

Det er ikke nødvendigvis en del af mentaliseringsbaseret behandling at anvende kropslige interventioner, men det at anvende bedste praksis og være opmærksom på, hvad der findes af metoder ud over den stringente mentaliseringsbaserede, er i høj grad en del af den mentaliseringsbaserede tilgang (Allen, 2013).

Da kvinden fra casen slutter sit terapiforløb, siger hun: "Jeg tror godt, jeg kan klare mig selv nu. Jeg ved, at jeg har noget med det med at regulere følelser, og jeg bliver nok nødt til at holde op med at drømme om, at mine forældre kan passe på mig og i stedet passe på, at jeg ikke ender i skamfælden, når vi er sammen. Jeg har lært at rette ryggen og trække vejret dybt, når jeg mærker skammen angribe mine krop. Men det vigtigste er, at jeg føler, at jeg er blevet set". Hun begynder at græde: "Det er ligesom, jeg ved, hvem jeg er, men jeg føler mig også meget set af dig."

I samspil med terapeuten, hvor der har været fokus på kvindens mentale tilstande, har kvinden oplevet at blive spejlet, som den hun er, og oplever i højere grad at have et samlet selv. Hun er blevet bedre til at registrere, kategorisere og italesætte sine følelser, og arbejder med at blive bedre til følelsesregulering.

English Abstract

The theme of the article is mentalization and shame. The article tries to link the two concepts to support therapists, who are working with mentalization-based treatment, how to work with issues connected to shame in their work with clients.

The link between the concepts is based in theory about mentalization, theory about shame and experiences from clinical work that will be presented as a case throughout the article. Finally, ideas on how to clinical work with treatment of shame-related problems are presented.

Søgeord: Mentaliseringsbaseret behandling, mentalisering, skam, dysfunktionelle familier (Mentalization-based treatment, mentalization, shame, dysfunctional families)

Litteratur

- Allen, J. G. (2013). Restoring mentalization in relationships – treating trauma with plain old therapy. Washinton DC: American Psychiatric Publishing.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). Handbook of mentalization-based treatment. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2010). Mentalisering i klinisk praksis. Kbh.: Hans Reitzel Forlag.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007). Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelse – En praktisk guide. København: Akademisk Forlag.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2012). Individual Techniques of the Basic Model. In A.W. Bateman and P. Fonagy (ed.), Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bentzen, M. & Hart, S. (2012). Jegets fundament: Den neuroaffektive udviklings første vækstbølge og de neuroaffektive kompasser. In S. Hart (Ed.), Neuroaffektiv psykoterapi med voksne (pp. 105-148, chap. 4). Kbh.: Hans Reitzel Forlag.
- Brown, B. (2012). Daring Greatly: How the courage to be vulnerable transforms the way we live, love, parent, and lead. UK: Penguin Life.
- Cooper, A. & Redfern, S. (2016). Reflective parenting: A guide to understanding what's going on in your child's mind. Routledge.
- Fischer, K.W., & Tangney, J.P. (1995). Self-conscious emotions and the affect revolution: Framework and overview. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride (pp. 114-139, chap. 4). New York: Guilford Press.
- Fisher, J. (2010). Brain to brain: The therapist as neurobiological regulator. Psychotherapy Networker, 34(1).
- Fisher, J. (2013). Overcoming trauma-related shame and self-loathing. PESI Webcast. Retrieved from: <https://catalog.pesi.com/item/overcoming-traumarelated-shame-self-loathing-janina-fisher-phd-7453>
- Fonagy, P. (1991). Thinking about Thinking: Some Clinical and Theoretical Considerations in the Treatment of a Borderline Patient, International Journal of Psycho-Analysis, 72, 639-656.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2007). Affektregulering, Mentalisering og Selvets udvikling [Affectregulation, mentalization, and the development of the self]. Kbh.: Akademisk Forlag.
- Hagelquist, J. Ø. (2012). Mentalisering i mødet med udsatte børn. Kbh.: Hans Reitzel Forlag.
- Hagelquist, J. Ø. (2015). Mentaliseringsguiden. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.
- Hagelquist, J. Ø. & Rasmussen, H. (2017). Mentalisering i familien. Kbh.: Hans Reitzel Forlag.
- Lewis, H. B. (1971). Shame and guilt in neurosis. New York: International Universities Press.
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2014). Shamed by a parent or by others: The role of attachment in shame memories relation to depression. International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 14(2), 217-244.
- Tangney, J. P. (1991). Moral affect: The good, the bad, and the ugly. Journal of Personality and Social Psychology, 61(4), 598-607.
- Pearlmann, L. A. & Saakvitne, K. W. (1995). Trauma and the Therapist. Countertransfer-

- ence and Vicarious Traumatization in Psychotherapy with Incest Survivors. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Schore, A. N. (2003a). Affect regulation & the repair of the self. W.W. Norton & Company.
- Schore, A. N. (2003b). Affect dysregulation & disorders of the self. W.W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2012). Følelser som integration: Et muligt svar på spørgsmålet "Hvad er følelser?". In S. Hart (Ed.), *Neuroaffektiv psykoterapi med voksne* (pp. 41-69, chap. 2). Kbh.: Hans Reizel Forlag.
- Rasmussen, H. & Hagelquist, J. Ø. (2016). *Mentalisering i organisationen*. Kbh.: Hans Reitzel Forlag.
- Tangney, J. P. (1991). Moral affect: The good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(4), 598-607.
- Tangney, J. P. (1995). Shame and guilt in interpersonal relationships. In J.P. Tangney & K.W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 114-139, chap. 4). New York: Guilford Press.
- Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Thimmer, L. S. & Hagelquist, J. Ø. (2016). Geniscenesættelse – en selvskadende traumeefterreaktion, *Psyke & Logos*, 37(1), 159-182.

Narsissisme, mentalisering og gruppeterapi

Sigmund Karterud

Sammendrag

I denne artikkelen beskriver jeg hva som kjennetegner narsissisme med utgangspunkt i personlighetens tre hovedkomponenter: temperament, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne. Grovt sagt handler narsissisme om temperamentsfenomener som høy sosial dominans, lav omsorg/kjærlighet/empati og narsissistisk raseri, om et overveiende distansert tilknytningsmønster og en tendens til pseudomentalisering. I tillegg kommer tendensen til å devaluere andre og håndtere egen svakhet gjennom proaktiv identifikasjon. Jeg beskriver hvilke implikasjoner dette får for dynamikken i terapeutiske grupper. Terapeuter står overfor krevende utfordringer. Bearbeiding av narsissisme i grupper er ikke noe for amatører. Det er viktig med grundig kunnskap om disse sammenhengene og å ha terapeutiske ferdigheter som kan håndtere så vel det narsissistiske individ som gruppen som helhet.

Narsissisme er et begrep som har sin opprinnelse i forsøk på å beskrive visse personlighetsegenskaper på individnivå (Freud, 1914). I vår tid er begrepet også anvendelig for forståelse av kollektiv identitet og kollektive diskursformer (Karterud & Stone 2003). Vi kan snakke om narsissistiske par, familier, grupper, foretak, etc. Jeg kommer tilbake til denne anvendelsen mot slutten av artikkelen. I hovedsak vil jeg imidlertid drøfte narsissistiske fenomener knyttet til individer i terapeutiske grupper og med spesiell vekt på individets og gruppens mentaliseringsevne.

Grovt sagt er ikke individer med narsissistisk personlighetsstruktur ønskekandidater for en terapeutisk gruppe (Karterud 1999). Når det er sagt skal det straks tilføyes at narsissisme bare er en del av personligheten. Narsissistiske in-

Sigmund Karterud, MD, PhD, Professor i psykiatri, Svartedikerveien 6a, 5009 Bergen, wkarteru@online.no

divider har også andre personlighetstrekk og det er viktige forskjeller mellom disse individene med hensyn til "skjult/sky" eller "åpen" narsissisme, og til nærværet av eventuelle histrioniske, antisosiale, psykopatiske, paranoide, schizotipe eller autistiske trekk. Disse tilleggstrekkene kan ofte være den vanskeligste delen av det kliniske bildet (Karterud, Wilberg & Urnes, 2017). Ytterpunktet er malign narsissisme, dvs. kombinasjonen av narsissistiske, antisosiale, psykopatiske og paranoid trekk. Slike personer vil imidlertid ikke søke til terapeutiske grupper. De vil kunne finnes i grupper i fengsler, men dette ligger utenfor denne artikkelens emneområde. I terapeutiske grupper finner man oftere individer med skjult narsissisme som gjerne betyr at deres innlemmelse har grunnet seg i en tilleggslidelse, eksempelvis en kronifisert depresjon. Først når depresjonen begynner å lette, kommer narsissismen til syne.

Ikke desto mindre, narsissistiske individer deler vise karakteristika som stammer fra hovedkomponentene i personligheten, som handler om temperament, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne (Karterud 2017). Disse karakteristika vil på avgjørende måter virke inn på deres gruppeadferd.

Jeg starter med temperament. Hva er det som kjennetegner temperamentet til narsissistiske individer? Temperament er et vidt begrep, men de fleste forfattere deler den oppfatning at kjernen i begrepet handler om emosjoner og emosjonsregulering (i tillegg til eksekutive funksjoner som oppmerksomhet og virksom kontroll). Det er gode grunner til å legge til en annen personlighetsdimensjon som er tett på primære emosjoner, selv om den ikke oppfyller alle definatoriske kriterier for å være en primær emosjon (van der Westhuizen & Solms 2014; Panksepp & Biven, 2012). Det handler om *sosial dominans* (eller *sosial rangadferd*). Tabell 1 viser statistisk signifikante sammenhenger mellom DSM-IV kategoriene for personlighetsforstyrrelser og primære emosjoner (utelatt seksuell lyst, men inkludert sosial dominans). Det er fra en studie av 546 pasienter med personlighetsforstyrrelser som er behandlet ved Avdeling for personlighetspsykiatri ved Oslo universitetssykehus (Karterud et al., 2016). Primære emosjoner (og dominans) ble målt med Affective Neuroscience Personality Scale (ANPS, Pedersen et al., 2014). Tabell 1 viser følgende sammenheng: Dess mer man legger til av kriterier for en personlighetsforstyrrelse, dess mer uttalt (eller redusert) blir de forskjellige primære emosjoner. Eksempelvis: dess flere borderlinekriterier, dess mer separasjonsangst. Den sterkeste korrelasjonen i denne tabellen er mellom kriteriene for narsissistisk personlighetsforstyrrelse (PF) og sosial dominans ($r = .30$). Narsissistisk PF er også negativt forbundet med omsorg/kjærlighet. Det vil si dess flere narsissismekriterier, dess lavere omsorgsevne (og empati).

Det betyr at dersom man inkluderer en person med narsissistisk PF i en gruppe, legger man til en person som med stor sannsynlighet vil være kompetitiv, sosialt dominant, ambisiøs, med lav terskel for sinne og som ikke vil bry seg nevneverdig om de andre medlemmene i gruppen (Karterud 2010). Den ambisiøse delen kan være positiv for gruppen. Vedkommende ønsker å oppnå noe, ikke bare være der for å høre til et sted. I tabell 1 kommer ikke sinne ut som en egenskap som kjennetegner narsissisme. Dette kan være utvalgsavhengig. Det dreier seg om pasienter som har valgt et svært gruppeorientert behandlingstilbud. Det skal også anføres at dataene i tabell 1 bygger på en regresjonsmodell. Det innebærer at de primære emosjonene er korrigert for hverandre. I dataene er det en positiv korrelasjon mellom sinne og narsissisme, men den forsvinner når sosial dominans blir lagt til i ligningen. Ronningstam (2005) har dokumentert og diskutert sinne-komponenten i narsissisme. En svært aggressiv narsissistisk pasient kan fort bli et problem for gruppen som helhet. Han/hun kan skremme de andre gruppemedlemmene, paralisere gruppen, ta lederskap over en aggressiv subgruppe og/eller angripe terapeuten på ondsinnede måter.

Vignett 1: Turid (34) var henvist til behandlingsprogrammet for personlighetsforstyrrelser på grunn av gjentatte problemer i arbeidsforhold, langvarig sykmelding, turbulente kjærlighetsforhold, familiekranter, alkohol- og stoffmisbruk. SCID-II intervjuet viste borderline og narsissistiske trekk. Hun ble glad for å høre at hun skulle i den gruppen som var ledet av avdelingsoverlegen og som også var forfatter av flere lærebøker. Endelig skulle hun få den best mulige behandlingen fra en kjent ekspert på området. Denne romansen varte ikke lenge. Snart begynte hun å klage over at terapeuten ikke hørte skikkelig på henne, at han avbrøt henne, at hun ikke fikk snakke fritt og ikke fikk den tiden hun trengte for å forklare seg, at han egentlig ikke var interessert i henne og at han behandlet henne annerledes enn de andre gruppemedlemmene. Disse anklagene ble mer og mer følelsesladde. Hun kunne skrike til terapeuten. Hun mente etterhvert at hun hadde avslørt ham. Han hadde akkurat de samme egenskapene som hun kjente så alt for godt fra sin far. Spesielt handlet det om ufeilbarlighet. Han kunne aldri selv ta skylden for noe, men bebreidet i stedet henne for alt mulig. Hun opptok mer og mer av gruppens tid og oppmerksomhet og de andre pasientene ble stille og unnvikende. Hun avviste eller devaluerte alle intervensjoner fra terapeuten og

avviste også alle forsøk på å komme videre i separate møter med individualterapeuten. Etter ni gruppemøter erklærte gruppeterapeuten at han hadde bestemt seg for å ta henne ut av gruppen ettersom de ikke hadde lyktes med å komme til enighet om noen arbeidsform som fortjente betegnelsen psykoterapi. Hun protesterte heftig og ble nå støttet av flere av de andre gruppemedlemmene. Hun insisterte på at hun hadde rett til å være med i gruppen og annonserte at hun ville appellere til sykehusledelsen og helsemyndighetene. Pasienten fortsatte terapien med individualterapeuten sin og gjorde etterhvert betydelige fremskritt etter at hun hadde blitt tatt ut av en gruppe som hadde en nærmest toksisk effekt på henne.

Sterkt dominante narsissistiske pasienter kan endatil “avsette” terapeuten og selv ta kontroll over gruppen dersom pasienten er passiv eller at han/hun ikke lever opp til pasientens forventninger. Følgende episode ble observert i en gruppe som ble veiledet (basert på video-opptak) av forfatteren:

Vignett 2: Ganske tidlig i et gruppemøte sier et av medlemmene at hun har hatt problemer med Anna og Susanne i gruppen. På henne virket det som om de rottet seg sammen på en måte. Hun mistenkte at de snakket negativt om henne, bak hennes rygg, og hun tenkte hun ville bringe dette inn i gruppen. Det førte til en opphetet og krangelende stemning. Folk avbrøt hverandre, følte seg fort angrepet og var raske til å gå til motangrep. Terapeuten forsøkte etter en stund å stoppe dette ved å si noe og holde opp hånden, men han ble oversett og overhørt. Etter en stund gjorde han et nytt forsøk, men ble oversett igjen. I et tredje forsøk lyktes det ham å fange gruppens oppmerksomhet. Til tross for at terapeuten sier “de riktige tingene”, om et viktig emne og at temperaturen var i høyeste laget i gruppen, blir han litt lang og omstendelig og etter en stund blir han avbrutt av Susanne som snur seg til et annet gruppemedlem og fortsetter å snakke om et emne fra tidligere i gruppen, som om terapeutens kommentarer ikke hadde funnet sted. Terapeuten lar dette skje. Etter en stund blir Susannes heftige stil kommentert av et annet gruppemedlem og hennes avbrytelse av terapeuten blir nevnt. Susanne svarer med å si “Vel ... ja, men terapeuten bare snakker og snakker og vanligvis kommer det aldri noe vesentlig ut av det, uansett liksom. Det er riktig at jeg da blir utålmodig. Men jeg tror det er sunt.” Et annet gruppemedlem

sier: "Jeg synes virkelig at du er modig". Gruppesamtalen fortsetter og Susannes devaluering blir ikke kommentert mer.

Disse vignettene handler om terapeutens *autoritet*. Det er sjelden noe tema i individuell psykoterapi. I psykoterapeutiske grupper er det et tema av høyeste betydning. (Karterud 2012, 2015,a). Grupper kan bli svært kaotiske og destruktive og terapeutens autoritet kan være avgjørende for å kontrollere destruktive krefter. Gruppemedlemmer med narsissistiske trekk vil gjerne utfordre ham/henne. Den følgende vignetten (3) kommer fra en gruppe som ble transkribert og studert i detalj (Karterud & Indregard 2015). *I denne sekvensen kommer terapeuten (T1) knapt til orde. Han blir ignorert og ekskludert. Pasient Sara har overtatt som leder av gruppen. Hun er den dominerende personen i denne forvirrende diskusjonen med Helga og Trine om temaet hva man kan forvente seg av yngre mennesker:*

"T1: Jeg lurer ... lur på, jeg tror jeg avbrøt deg litt nå, Sara, eh ... sorry, hvis det er tilfelle

Sara: (rister på hodet)

Trine: (til Helga, mens T1 snakker) Ikke for å være frekk ...

Helga: Nei da! Jeg ser hva du mener

Sara: (til T1) Hva?

T1: Jeg tenkte ... øh, du sa noe slikt som "hva kan unge mennesker egentlig forstå"

Sara: Ja

T1: (trekker pusten) Ok, hva ...

Sara (til de andre): Jeg tror hun har for høye forventninger om dem

Helga: Det tror jeg ikke, skal jeg si deg. Det er det minste du kan forlange av noen som har fylt 20 år

Sara: Neiii ...

Helga: Men ... men ungdommer, de er også forskjellige!

T1: Ja, hva ...

Helga: Det er de ...

Sara: Du må ta i betraktning at folk kan uttrykke kjærlighet på forskjellige

Helga: Ja!

Sara: Som Jesus, du kan ikke, slik jeg forstår at du har ...

Helga: Men ... ja det er nøya ... nøyaktig hva de ...

Sara: Hva slags forventninger, dersom du har forventninger er det som å be om å bli skuffa

T1: Men hva ...

Sara: Du har det bedre med ingen forventninger og så la dem vise deg hvordan de bryr seg, på sin egen måte

Helga: Og det er det jeg tror jeg gjør også, for slik er jeg, og det har ingenting å gjøre med ungene, det kan være noe som ... kanskje noe som skal skje og jeg kan tenke "nei, det kommer ikke til å skje uansett" ...

T1: (trekker pusten)

Trine: Det er noe man kan minne dem på også. Hva du faktisk gjør for dem. Fordi de er ... ja, de fleste unger er bortskjemte

Sara: Ja, men hvordan kan de vite, når vi aner... eh ... uttrykker kjærlighet, når du ikke forteller dem hva du ønsker fra dem? Det er som at du ...

Helga: Jeg har fortalt dem!

Sara: Ja, en gang, ja.

Helga: Nei, jeg har fortalt dem flere ganger etter det også

T1: (sier noe som drukner i talen til Helga)“

Fonagy & Allison (2014) har de senere årene vektlagt epistemisk tillit som en vesentlig faktor i endringsprosessen i psykoterapi. I vignetten over ble terapeuten devaluert som en kilde til kunnskap og vi antar at det ikke skjedde noen endringsprosess i denne gruppen.

Tilknytning er den andre hovedkomponenten i personligheten (Karterud 2017). Tilknytning er betinget av primære emosjoner, og spesielt frykt, separasjonsangst og omsorg/kjærlighet. Hvilket tilknytningsmønster er oftest forekommende hos personer med narsissistisk PF og hvordan influerer dette på gruppedynamikken? Forskningslitteraturen på dette området er spinkel, men de fleste forfattere er av den oppfatning at narsissistiske pasienter som oftest har et distanserende (avvisende, "dismissive") tilknytningsmønster. Dette er selvsagt også avhengig av resten av personligheten, og ikke minst av kjønn. Spesielt kvinnelige pasienter kan ha histrioniske eller emosjonelt ustabile trekk i tillegg. I så fall kan det henge sammen med et overinvolvert tilknytningsmønster eller et ustabil, såkalt A/C-mønster. Når antisosiale eller endog psykopatiske trekk er fremtredende, har det gjerne sammenheng med et avvisende mønster. Vedkommende "don't care", bokstavelig talt. Tilknytningsforskeren Patricia Crittenden (2000) har påpekt en sammenheng mellom et avvisende tilknytningsmønster og en overveiende kognitivt orientert mental stil, dvs. med mindre oppmerksomhet om og mindre influert av emosjoner.

Hvordan vil dette influere på gruppedynamikken? Som vi ser av tabell 1, dess flere narsissistiske kriterier, dess mindre omsorg og kjærlighet. Evnen til empati inngår i det primære emosjonelle systemet for omsorg. Dess mer narsissisme det er i gruppen, dess mindre empatisk og omsorgsfull vil den være, dess mer emosjonell kald og rasjonell vil den bli, og dess mer kompetitiv og aggressiv i kampen om makt og sosial rang. En slik gruppekultur kunne passe en arbeidsgruppe i Wall Street, men ikke en terapeutisk gruppe som inkluderer sårbare og utnyttingsbare individer. "Mengden" av narsissisme i en terapeutisk gruppe bør derfor begrenses.

Det er viktig å være klar over betydningen av et avvisende tilknytningsmønster for ikke å bli moralistisk, noe som er illustrert i følgende vignett.

Vignett 4: Karl (33) var henvist til MBT-programmet ved Avdeling for Personlighetspsykiatri fra NAV på grunn av langvarig arbeidsuførhet, sosial passivitet, dårlig samarbeidsvilje og alkoholmisbruk. Hovedproblemet for gruppeterapeutene var hans elendige oppmøte. Grovt sett møtte han opp omtrent annen hver gang. Når han var til stede viste han en distansert holdning med passivitet og liten interesse i historiene til de andre gruppe-medlemmene og hva som forøvrig hendte i gruppen. Gjennom en slik strategi mistet han opplevelsen av kontinuitet. Det var som om hvert gruppemøte var hans første. I individualterapien snakket han sjelden om gruppen. Når han ble spurt sa han den var kjedelig, han brydde seg ikke noe særlig og dessuten var han intellektuelt sett langt foran de andre gruppe-medlemmene. Han så på gruppen som et middel til å få individualterapi. Adferdsmønsteret ble selvsagt påpekt i gruppen og han fikk mange advarsler om at han risikerte å miste plassen om han ikke kom mer regelmessig. Individualterapeuten bad gruppeterapeutene om å være tålmodige. Han fremholdt at dette var en vesentlig side av pasientens problem, at det handlet om hans måte å opprettholde distanse til andre mennesker på og at de jobbet med saken i individualterapien. Dette vedvarte nær ett års tid! Han var og ble en fjern outsider som provoserte gruppen enormt med sin implisitte og eksplisitte devaluering. Men så begynte ting å skje. Hans mentaliseringsevne begynte å bli bedre og han fikk en attraktiv kjæreste som fungerte bedre rent personlighetsmessig enn ham selv. Han begynte å innse at nærhet og intimitet kunne være et problem og at dersom han skulle beholde denne kjæresten måtte han gjøre noe med disse sidene ved seg selv. En dag snakket han om dette dilemmaet i gruppen. Han fikk mye oppmerksomhet og sympati. Fra den dagen av møtte han regelmessig i gruppen og begynte å snakke om den med økende interesse og respekt i individualterapien.

Mentalisering er den tredje hovedkomponenten i personligheten. Det gjelder spesielt *eksplisitt* mentalisering som er forutsetningen for selvrefleksjon og narrativ identitet (Karterud 2017). Hvilke typiske mentaliseringsproblemer er forbundet med narsissisme? La oss starte med den overdrevne kognitive stilen

(Crittenden 2000) som er forbundet med deres distanserende tilknytningsmønstre. Denne kognitive stilen er koblet til lav affektbevissthet (bortsett fra seksuell lyst og sinne). Det foreligger således en *mentaliseringsmessig ubalanse* (Luyten et al. 2012). Tenkningen er mangelfullt påvirket av emosjonelle erfaringer, eksempelvis ved en mangel på empati, og denne konstellasjonen fremmer *pseudomentalisering*. Narsissistiske personer, som gjerne er svært ambisiøse, kan ha masse oppfatninger om andre og deres mentale tilstander og grunner for adferd, men måten å snakke om slikt på, deres typiske diskursive stil, tenderer å være fylt av stereotypiske synspunkter og klisjeer som er hentet fra populærpsykologi- og filosofi og lettkjøpte ideologier. Talen tenderer å mangle et personlig fotfeste, et grunnlag i personlig opplevde emosjonelle erfaringer. Talen tenderer å bli fylt av "bare ord".

Karl i vignetten ovenfra (4) var i sterk grad kjennetegnet av dette da han startet behandlingen. Det følgende sitatet (transkript) er fra hans første individualtime. Han starter med noen ytre hendelser, og etter en stund spør terapeuten hvordan han har det "på indre bane". Merk hans utsagn om alle menneskene rundt ham. Han hadde en svær bekjentskapskrets. Han kjente mange og mange kjente ham, men han hadde ingen nære venner. Måten han snakker på, som kommer frem i dette utdraget, forklarer godt dette paradokset: Alene og ensom midt blant "venner". Talemåten hans har som vesentlig funksjon å holde andre mennesker på avstand og terapeuten fikk umiddelbart kjenne det på den fremmedgjørende effekten det hadde på ham selv.

Vignett 5: "Karl: Jeg har vansker med å snakke med folk, jeg føler meg så fragmentert og uttømt. Jeg kjenner så utrolig mange mennesker, men jeg har store problemer med å fokusere på dem som kanskje betyr noe for meg fordi utviklingen min har vært så utrolig rask denne våren og sommeren, så jeg trenger hele tiden å ha en input på de nye fenomenene som utvikler seg inni meg og da trenger jeg å ta et skritt bort fra meg selv nå og da ... skjønner du hva jeg mener?"

Terapeuten: Nei, det gjør jeg ikke."

Dette ble det dominerende temaet for hele denne (vellykkede) terapien som varte i ett og et halvt år. Temaet viste seg i overføringen (og motoverføringen) etter 5 minutter i første time: hvordan hans måte å snakke (og tenke på) gjorde ham ensom selv om han hadde en rekke beundrende tilhørere som speilet hans grandiositet, men ingen av dem, og ikke ham selv heller, var nære.

En annen pasient uttrykte seg på denne måten:

Vignett 6: "De fleste mennesker interesserer meg rett og slett ikke. De har en aura som gjenspeiler en manglende evne til å prosessere kompleksiteten mellom mennesker. Jeg trenger input av energi som kan treffe min egen sjakra slik at totaliteten i eksistensen kan komme til syne i en umiddelbarhet som gjør det mulig å holde ut vår tids verden som er på randen av ødeleggelse".

På folkemunne, som ikke nødvendigvis er gjennomsyret av empati, vil denne type tale kunne bli karakterisert som "bullshit".

Et annet og kanskje mer kjent trekk ved mentaliseringsproblemene hos narsissistiske pasienter, er deres tendens til å devaluere andre mennesker og ty til projektiv identifikasjon hvorved egne svake og sårbare sider er hatefullt foraktet og angrepet i ens eget indre og utstøtt og projisert og angrepet som en foraktelig egenskap hos andre. Dette byr på store problemer i gruppeterapi, i tillegg til det som har vært nevnt overfor om deres sosiale dominans, avvissende tilknytningsmønster og pseudomentaliserende tenkning (Karterud 2015, b). Det er særlig to problemer forbundet med dette: 1) terapeuten risikerer at narsissistiske pasienter oppfører seg destruktivt i gruppen, angriper svakere og mer sårbare gruppemedlemmer og skaper en atmosfære av frykt, og 2) at narsissistiske pasienter ikke evner å "ta tilbake" de projiserte svake og sårbare sidene ved eget selv og gjøre dem til gjenstand for en utforskning som gjør det mulig å eie dem. Dette er vanskelig nok i individualterapi. I grupper kan skammen bli overveldende for vedkommende på grunn av tilstedeværelsen av "vanlige" mennesker/gruppemedlemmer og ikke bare profesjonelle eksperter (som er lettere å tåle).

"The art of therapy" er å være klar over denne dynamikken, og spesielt den forklede sårbarheten, merke seg alle små "brudd" i det terapeutiske forholdet (Kohut 1977), akseptere deres narsissistiske raseri, "containere" det, stoppe det dersom de angriper andre gruppemedlemmer, være klar over deres selvobjektbehov og hvordan disse kan komme til uttrykk i overføringen (Karterud 1995), respektfullt utfordre deres tendens til pseudomentalisering og rette oppmerksomheten på tilknytningsproblemene slik at disse kan utforskes og endres (Karterud 1999, 2012, 2015).

Mot slutten er det på sin plass å kommentere narsissisme som kollektiv diskurs, som del av gruppekulturer. Dette temaet knytter en forbindelse tilbake til Wilfred Bions arbeider (1961). Bion beskrev visse helhetlige gruppefe-

nomener som han benevnte felles antakelser (“basic assumptions”) i grupper. Felles for de tre gruppeantakelsene var kollektive emosjonelle opplevelser og tilhørende tenkning som undergravde gruppens rasjonelle bestrebelsler (“work group”). Pardannelsesgruppen (“the pairing group”) var én slik grunnantakelse, ifølge Bion. I avhengighetsgruppen, som er en annen antakelse, opplever gruppe medlemmene seg som svake, sårbare og avhengige. I kampflukt-gruppen er gruppeatmosfæren preget av frykt og sinne. Flukt eller angrep er en slik gruppes melodi. I pardannelsesgruppen er atmosfæren mer lys, munter og optimistisk. I en tidligere artikkel (Karterud 1989) har jeg utfordret Bions teori for denne pardannelsesgruppen og utlagt en annen fortolkning som vektlegger narsissistiske elementer, fra et selvpsykologisk perspektiv. Pardannelsesgruppen handler om selvfølelse:

Vignett 7: Gruppemøtet hadde vart en stund. Så kommer det en sekvens med litt generelt snakk om “stress”. Veronika utdyper dette med å si at hun er stresset på grunn av lite penger. Det er fryktelig og hun føler seg langt nede. Hun legger til at hennes selvfølelse er knyttet til penger. Hun føler seg miserabel når hun har ingen eller lite penger, men kan være helt på topp når pengene er der. Det påvirker hennes livsstil. Hun blir fort “pissed off” når hun må vri og vende på hvert øre og nøye planlegge sine innkjøp. Med penger i hendene kan hun derimot bli shopping-euforisk. Og med det mister hun kontrollen. Det er fantastisk når det står på, men et helvete når det er over.

Temaet fenger i gruppen. Andre medlemmer kaster seg på og forteller hvor kjipt det er å være fattig og bekrefter den nærmest intoksikerende følelsen det er å ha penger mellom hendene. Ironi og latter fyller gruppen. Terapeuten: “Hva er forbindelsen mellom selvfølelse og penger?” Spørsmålet åpner for “more of the same”. Små episoder blir fortalt som illustrerer temaet, igjen fulgt opp av latter og vitser og muligens en understrømning av skam som ikke blir utforsket. “Saken med penger er at alt blir mulig”. Et medlem fremholder at “gleden er nå kortvarig, da”. En annen sammenligner med bulimi: “der er det stålkontroll og plutselig eksploderer det i en orgie ... kjøpe, spise og glemme alt”. En tredje forklarer hvordan han “er blakk halve måneden og må låne av andre og snike på trikken. Når jeg får penger blir jeg som en djevel. Helvete, jeg fortjener da også fest og moro. Så blir jeg blakk igjen og må krype for andre”.

Denne gruppesamtalen er ikke frakoblet virkeligheten ved sitt innhold. En hard virkelighet utgjør selve bakteppet. Sekvensen er heller ikke følelsesmessig flat. Det er latter og opprømtet. Problemet ligger i diskursen. Den er uforpliktende. Den ene episoden følger den andre, avbrutt av noen snusfornuftige kommentarer om kortvarige gleder. Men gruppen utforsker ikke disse hendelsene. Gruppemedlemmene dukker aldri under overflaten. Generelle meninger og klisjéer blir akseptert og små synder blir vedstått. Sekvensen viser en gruppemodus der hovedsaken er å fremme håp, men på en måte som er fjern fra den *mentale virkelighet*. I dette tilfelle er det penger som vekker *håp om glede og vedvarende lykke*. I andre grupper kan det være en messiansk frelser eller en rockestjerne. I Kohuts forstand handler det om et idealisert (kollektivt) selvobjekt (Kohut 1977). Selvet blir vitalisert når det er i sammenheng med selvobjektet. Folk forteller sine historier om å være ved paradisetts porter, å få en glimt av herligheten, for så på brutalt vis å bli kastet tilbake til en nedverdiggende virkelighet. En slik gruppemodus handler ikke om å *arbeide* med mentale tilstander, men om å *være* i visse mentale tilstander. Vi finner den samme gruppemodusen i underholdningsbransjen. Du skal ikke reflektere over den, men slippe deg løs, gi deg over til lek, moro og seksuelle gleder. Narssistiske og histrioniske personer trekkes da også til underholdningsbransjen. De trives i rampelyset og de evner å skape denne spesielle atmosfæren der (seksualisert) tull og tøys overtar scenen fremfor en traurig virkelighet.

Pairing-gruppen er den kollektive narssissismens lyse side. Mørkere sider kan vi finne i avarter av kamp-flukt-grupper der det utvikles grandiose fortellinger om gruppens storhet og overlegenhet. Denne storheten og overlegenheten, det "rensede" kollektive grandiose selvet, finner sitt motstykke i fiendebilder som fratas enhver menneskelig verdi. Det er ikke lenger igjen et skinn av empati. Utgruppen fortjener ikke livets rett. Det handlet i sin tid om jødene og Holocaust. Syndebukkene skifter. I vår tid er det narkomane på Filippinene og meksikanere som velter inn over grensen til USA. Bjellene burde ringe for noen og enhver når den narssistiske og psykopatiske amerikanske presidenten Donald Trump skal gjøre "America great again". De fleste utenom USA ville nok heller ha foretrukket et USA som var mer ydmykt.

Avslutningsvis: Det ligger i sakens natur at narssissismen forsøker å få kontroll over gruppen gjennom sosial dominans og at "vanlig medlemskap" oppleves som en trussel. På den annen side representerer narssissismen også verdifulle egenskaper som ambisjoner, nytenkning og overskridelse. En passe dose narssissisme vil kunne føre energi til en gruppe som ellers risikerer å gå på tomgang i en underkastende modus. Det krever lang terapeutisk erfaring,

dyktighet og teoretisk kunnskap å kunne håndtere denne dynamikken på en god måte (Karterud 1995, 1999, 2012, 2015). I denne artikkelen har jeg lagt spesiell vekt på betydningen av temperament, tilknytningsmønster og mentaliseringsevne. Dersom terapeuten har en god forståelse av sammenhengen mellom disse komponentene i personligheten (Karterud 2017), på hvilken måte narcissismen preger komponentene og hvordan dette spiller seg ut rent gruppedynamisk, har han/hun bedre forutsetninger for å lykkes.

Abstract

In this article I describe the essence of narcissism as anchored in the three major components of personality: temperament, attachment and mentalizing (self-consciousness). Broadly speaking will narcissism imply 1) temperamental phenomena such as high social dominance, low care/love/empathy and an inclination for narcissistic rage, 2) a predominantly dismissive attachment pattern, and 3) a tendency towards pseudomentalizing. Additional aspects, building on their insecure attachment, are a tendency of devaluating other ("common") people and dealing with own vulnerability by projective identification. I describe the consequences of this mental constellation for the dynamics of therapeutic groups. Group therapists are facing great challenges. Transforming narcissism by group therapy is not for amateurs. One needs profound knowledge of the typical personality structure as outlined in the beginning of this article, as well as therapeutic skills that can handle the narcissistic individual as well as the group as a whole (Karterud 2015).

Litteratur:

- Bion, W.R. (1961). *Experiences in Groups*. London: Tavistock Publications.
- Crittenden, P. M. (2000). A Dynamic-Maturational Approach to Continuity and Change in Pattern of Attachment. I P. M. Crittenden & A. H. Claussen (Red.), *The Organization of Attachment Relationships: Maturation, Culture, and Context* (343–357). New York: Cambridge University Press.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Allison, E. (2014) The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3): 372-80.
- Freud, S. (1914). On narcissism. www.sigmundfreud.net: Free eBook.
- Inderhaug, T. & Karterud, S. (2015) A qualitative study of a mentalization-based group for borderline patients. *Group Analysis*, 48: 137-149.
- Karterud, S. (1989). Bion or Kohut: Two paradigms of group dynamics. I Roth, B. E., Stone, W. N., Kibel, H. D. (Red.): *The difficult patient in group: Group psychotherapy with borderline and narcissistic disorders*. New York: International Universities Press.
- Karterud, S. (1995). *Fra narcissisme til selvpsykologi*. Oslo: Gyldendal ad notam.
- Karterud, S. (1999). *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax forlag.
- Karterud, S. (2010). On narcissism, evolution and group dynamics: A tribute to Malcolm

- Pines. *Group Analysis*, 43(3): 301-310.
- Karterud, S. (2012). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. (2015, a). On structure and leadership in mentalization-based group therapy and group analysis. *Group Analysis*, 48(2): 126-136.
- Karterud, S. (2015, b). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G)*. A theoretical, clinical and group manual. London: Oxford University Press.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. & Stone, W. (2003). The group self: A neglected aspect of group psychotherapy. *Group Analysis*, 36(1): 7-22.
- Karterud, S., Pedersen, G., Johansen, M., Wilberg, T., Davis, K., Panksepp, J. (2016) Primary emotional traits in patients with personality disorders. *Personality and Mental Health*, 1-13. DOI 10.1002/pmh.1345.
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017) *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International University Press.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., Vermote, R. (2012) Assessment of mentalization. I Bateman, A., & Fonagy, P. (Red.) *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington D.C.: American Psychiatric Publishing.
- Panksepp, J. & Biven, L. (2012) *The archaeology of mind. Neuroevolutionary origins of human emotions*. New York: W.W. Norton & Company.
- Pedersen, G., Johansen, M., Wilberg, T & Karterud, S. (2014) Testing different versions of the Affective Neuroscience Personality Scales in a clinical sample. *PlosOne* 9(10): e109394. doi: 10.1371/journal.pone.0109394
- Ronningstam, E. (2005). *Identifying and understanding the narcissistic personality*. New York: Oxford University Press.
- van der Westhuizen, D. & Solms, M. (2014). Social dominance and the Affective Neuroscience Personality Scales. *Consciousness and Cognition*, 33: 90-11.

Mentaliseringsbaserad barnterapi – att leka med verkligheten

Karin Lindqvist

*Denna text är en sammanfattande beskrivning av tidsbestämd mentaliseringsbaserad barnterapi (MBT-C), en transdiagnostisk behandling för barn 5-12 år. Innan behandlingen görs en bedömning av barnets förmåga till uppmärksamhetsreglering, affektreglering och mentalisering. I behandlingen arbetar man sedan med dessa dimensioner för att öka barnets förmåga till reglering och mentalisering. I parallella föräldrasamtal arbetar man med att öka föräldrarnas förmåga till att reflektera kring sitt barn och sig själva som föräldrar. Beskrivningen utgår ifrån den nyligen publicerade boken *Mentalization Based Treatment for Children – A Time Limited approach*, och illustreras av vinjetter inspirerade av författarens eget terapeutiska arbete med barn och föräldrar.*

Mentaliseringsbaserad barnterapi – att leka med verkligheten

Lisen, fem år, bor med båda sina föräldrar och en äldre bror i tonåren. Hennes föräldrar kontaktar mottagningen på rekommendation från förskolan som reagerat på att Lisen får ilskebrott där hon är utagerande och våldsam mot andra barn. De märker också att hon är uppvarvad och att det verkar vara svårt för henne att ta det lugnt och slappna av. Lisens pappa berättar att hon kunnat vara våldsam mot honom på ett sätt som han upplever som skrämmande. Lisen beskrivs också som ett kärleksfullt och omtänksamt barn, nyfiken

Karin Lindqvist. MSc, Leg. psykolog, Ericastiftelsen / Barn och Familjejouren, karin.lindqvist@ericastiftelsen.se

och vetgirig. Lisen har en svårt sjuk äldre bror och det har vid flera tillfällen under Lisens liv varit fara för broderns liv. Båda föräldrarna har i perioder varit sjukskrivna från arbetet och de berättar att de ofta har stora och högljudda konflikter med varandra.

I förordet till den nyutkomna boken *Mentalization Based Treatment for Children – A Time Limited Approach* (Midgley, Ensink, Lindqvist, Malberg & Muller, 2017), skriver Peter Fonagy att ett tecken på att en psykoterapeutisk metod verkligen fått spridning att den även får en tillämpad variant inom behandling av barn. Att det nu kommit en behandlingsguide för tidsbegränsad mentaliseringsbaserad barnterapi (MBT-C) menar han visar på hur etablerad mentaliseringsteori och mentaliseringsbaserad behandling nu har blivit. På sätt och vis är det kanske underligt att mentaliseringsbaserad behandling inte utvecklats och tillämpats för barn tidigare och i större utsträckning, med tanke på att mentaliseringsteori i hög grad är en utvecklingspsykologisk teori och därtill en teori om relationer. Aldrig är vi så beroende och påverkade av våra relationer som då vi är barn – möjligen följt av då vi blir föräldrar. Att arbeta med just barn och föräldrar utifrån ett mentaliseringsperspektiv faller sig därför naturligt. I denna text beskrivs modellen för MBT-C, illustrerat av vinjetter från bedömningen och terapin med Lisen och hennes föräldrar.

Mentalisering refererar till förmågan att kunna förstå eget och andras beteende utifrån inre mentala tillstånd (t. ex. Bateman & Fonagy, 2004). Förmågan är tätt förbunden med reglering av uppmärksamhet (som även innefattar förmågan att kontrollera impulser), reglering av affekter och känsla av själv (agens). För att ha en möjlighet att mentalisera krävs att vi har en tydlig uppfattning om oss själva som intentionella, där vi agerar utifrån inre mentala tillstånd, och därtill att dessa inre mentala tillstånd är åtskilda både ifrån andras inre mentala tillstånd och från yttervärlden. Vidare krävs det att vi har en förmåga att representera inre mentala tillstånd, enkelt uttryckt att tänka om dem snarare än att bara kunna uppleva dem. En representation av ett inre mentalt tillstånd, till exempel en känsla, innefattar såväl fysiologiska (hur känns känslan i kroppen?) som kognitiva (vad tänker jag och upplever fysiskt när jag har känslan?) och beteendemässiga (vad gör jag då, vad är det som kan skapa känslan?) aspekter av känslan. Detta refereras ibland till en andra gradens representation av en känsla till skillnad från första gradens representationer av känslor som enkelt kan beskrivas som själva upplevelsen av känslan (Fonagy, Gergeley, Jurist & Target; 2002). Förmågan till andra gradens representation av känslor gör det också mer effektiv självreglering möjlig.

Barns psykologiska utveckling innefattar en gradvis utveckling av självagens som kan beskrivas i fem nivåer. Den representationella nivån är där den högsta och den föregås av fysisk, social, teleologisk och intentionell agens. På den enklaste nivån, den fysiska, förstår barnet att det kan påverka omvärlden rent fysiskt och även ha kontroll över sin egen kropp. På social nivå av agens förstår barnet att det kan påverka andra människor runt omkring sig. På den teleologiska nivån förstår barnet målinriktade handlingar och kan se sig själv och andra som agenter som väljer mellan olika handlingar för att så effektivt som möjligt nå ett visst mål. Barnet förstår dock fortfarande intentioner endast utifrån det som går att observera i yttervärlden, alltså handlingars konsekvenser. När barnet når intentionell agens däremot förstår det att handlingar styrs av intentioner och inre mentala tillstånd, såsom önskningsar eller känslor. På denna nivå förstår vi också att våra egna handlingar kan påverka inte bara den fysiska omvärlden utan även andras inre. Den högsta nivån av agens är som tidigare beskrivits representationell agens (Bateman & Fonagy, 2004).

Enligt mentaliseringsteori utvecklar barn självagens och förmåga till affektreglering i relationen till sina anknytningspersoner. Barnet lär sig att det är en egen person med ett separat inre genom att bli behandlad som så av sina vårdnadshavare. Genom vårdnadshavarnas spegling av barnets inre tillstånd blir barnet reglerat på kort sikt, men lär sig på lång sikt även att reglera sig själv – självregleringen lärs ut och modelleras av vårdnadshavarens reglerande aktiviteter (Bateman & Fonagy, 2004). För att detta ska ske behöver speglingen vara kongruent, det vill säga att den ska överensstämma med den affekt barnet uttrycker, och den behöver vara markerad, det vill säga att det behöver vara tydligt att vårdnadshavarens uttryck är en spegling av barnets känsla och inte vårdnadshavarens egen. En vårdnadshavare som speglar sitt spädbarns uttryck för ledsenhet gör detta på ett kongruent vis genom att se ledsen ut och inte till exempel arg, men på ett markerat sätt genom att inte själv brista ut i gråt, utan snarare rynka pannan bekymrat, lägga huvudet på sned och tala i mjuk ton, samt fundera över vad det är som gör barnet ledset och om det går att göra någonting åt det ("Kanske du är hungrig? Jag undrar om du behöver byta blöja?") (Fonagy, Gergeley & Target, 2007).

De första mentaliseringsbaserade behandlingarna utvecklades för vuxna patienter med borderline personlighetsstörning (BPD; enl DSM-5 Personlighetsyndrom, borderline; American Psychiatric Association, 2013). Hos dessa patienter tänker man att dessa förmågor av olika anledningar inte utvecklats fullt ut. Ett huvudsyfte i arbetet med denna patientgrupp är därför att öka förmågan att mentalisera i anknytningsrelationer (Fonagy & Luyten, 2009). I

mentaliseringsbaserat arbete med barn och familjer finns flera viktiga skillnader mot arbete med vuxna patienter. En skillnad är att barn är i psykologisk utveckling. Vissa av familjerna vi träffar, men inte alla, har stora problem i anknytningsrelationerna och utvecklingen av mentalisering hos barnet är allvarligt hämmad. I dessa fall kan mentaliseringssvårigheterna beskrivas som mer genomgripande. Men barn och vuxna kan även drabbas av kortare eller längre sammanbrott i mentaliseringsförmågan, under särskilda perioder eller relaterat till vissa ämnen. Vi tänker oss inte att alla psykologiska problem hos barn vi möter har sin grund i mentaliseringssvårigheter. Däremot tänker vi oss att en ökad förmåga till mentalisering, affektreglering och kommunikation hjälper barn och föräldrar att hantera svårigheter, oavsett deras uppkomst, mer effektivt. Mentaliseringsbaserad behandling med barn blir utvecklingsfokuserad och med mål att hjälpa utvecklingen tillbaka "på rätt spår" snarare än reparation av saknade eller bristande psykologiska kapaciteter. En kanske än viktigare skillnad är att när vi arbetar med barn och familjer har vi en möjlighet som vi inte har när vi arbetar med vuxna – nämligen att arbeta med anknytningsrelationerna direkt i anknytningssystemet för att skapa bättre förutsättningar för barnets utveckling.

MBT-C är en behandlingsmetod för barn mellan cirka 5 och 12 års ålder med blandade psykologiska problem. Metoden är inte systematiskt utvärderad för specifika diagnoser även om det finns pilotstudier på blandade patientgrupper (t ex Thorén, Nemirovski Edlund & Lindqvist, in prep). Metoden är dock grundad i forskning på såväl utvecklingspsykologi som verksamma terapeutiska mekanismer inom mentaliseringsbaserad behandling och psykoterapi allmänt. Idag finns flera evidensbaserade behandlingar för barn och familjer, men trots detta är det en stor andel barn som antingen inte får tillgång till psykologisk behandling, som inte blir tillräckligt hjälpta av den behandling de erbjuds eller som hoppar av (Fonagy, Luyten & Allison, 2015). Den behandlingsmodell som framför allt erbjuds till barn som söker psykologisk behandling är kognitiv beteendeterapi (KBT) som har gott forskningsstöd (McLaughlin, Holliday, Clarke, & Ilie, 2013). Det finns dock ett behov av behandlingsalternativ. De flesta kliniker möter barn och familjer som har svårt att använda sig av de strategier eller råd som skulle kunna hjälpa dem, ofta för att de har svårt med affektreglering eller saknar andra förmågor som behövs för att omsätta rådgivning i praktiken. Inom mentaliseringsbaserade behandlingar har vi en teoretisk och praktisk modell för hur vi kan förstå och hjälpa även dessa familjer. Utifrån detta är det vår övertygelse att MBT-C kan fylla en viktig lucka inom psykologisk behandling för barn och familjer.

Det övergripande målet med MBT-C är att öka barnets förmåga till reglering, mentalisering och känsla av självagens. Behandlingen består av tolv veckovisa sessioner för barnet parallellt med tolv sessioner för föräldrarna. I det parallella arbetet med föräldrar är målet att öka föräldrarnas förmåga att mentalisera kring sitt barn och därmed möta dess känslomässiga behov på ett mer flexibelt sätt. MBT-C är en lekterapi som är ostrukturerad på så vis att det är barnet som bestämmer vad som ska göras under sessionerna. Samtidigt är MBT-C-terapeuten aktiv och relationell i sin hållning. Terapeuten kommunicerar tydligt att ansvaret för relationen och det som händer i rummet är delat. Den terapeutiska hållningen inom MBT beskrivs ofta som att vi arbetar "sida vid sida".

En av grundidéerna inom mentaliseringsteori är att vi behöver vara någorlunda känslomässigt reglerade för att kunna mentalisera. Då vi är i hög affekt eller under stark stress, samt då vår anknytning är aktiverad, är vår mentaliseringsförmåga sänkt (t ex Bateman & Fonagy, 2012). Detta innebär att förmågan att mentalisera kraftigt hänger ihop med förmågan till affektreglering. MBT-C fokuserar därför på "mentaliseringens byggstenar", nämligen reglering av uppmärksamhet och affekter. Till reglering av uppmärksamhet hör bland annat att kunna rikta uppmärksamheten inåt, att kunna notera känslor såväl fysiskt som emotionellt, att kunna uppleva agens, impuls kontroll och att kunna känna sin egen kropp. Likväl innebär det att kunna rikta uppmärksamheten mot någon annan och vara i kontakt, tona in och dela uppmärksamhet. Till reglering av affekter hör att känna igen olika känslor – både hos själv och andra, hur de ser ut och hur de känns. Här ingår också att ha en upplevelse av att känslor kan förändras, regleras och moduleras. Till reglering av uppmärksamhet och affekter hör även att kunna hantera olika typer av gränser. Den tredje dimensionen, som till stor del bygger på de två andra, är explicit mentalisering. Här finner vi förmågor som att koppla ihop inre tillstånd med beteende och förstå hur de hänger samman, att kunna ta olika perspektiv och att symbolisera, använda humor och vara nyfiken på andras inre. Detta förutsätter en förmåga till sekundär representation av affekter, vilket skapar möjligheter att reflektera kring egna och andras känslor.

Lisen hade svårt att reglera impulser. Lugn lek kunde avbrytas av ett plötsligt utbrott där leksaker flög, saker var nära att gå sönder och Lisen inte verkade ha någon uppfattning om vad som hände eller känsla av att kunna kontrollera det. I sådana situationer blev det svårt att få kontakt med Lisen. Samma sak hände på förskolan där

hon fick plötsliga utbrott. Efteråt gick det inte att prata om. Lisen hade ett kort uppmärksamhetsfokus och hade svårt att ta instruktioner och lyssna till andra, såväl hemma som på förskolan och i terapin. Hon hade också stora svårigheter att varva ned och slappna av.

Ilскеutbrotten Lisen fick var den huvudsakliga anledningen till att Lisen kom till mottagningen. Ofta kom de då Lisen inte fick som hon ville, men Lisen kunde plötsligt agera ut eller bli överväldigad av ilska även när det inte fanns några tydliga yttre provokationer. I lugnare situationer kunde Lisen prata om känslor och hon kunde både känna igen och benämna olika känslor. Lisen var mycket omtänksam och kärleksfull. Hon lekte ofta lekar där hon hjälpte olika lekkaraktärer som blivit sjuka eller gjort sig illa på ett omtänksamt och kärleksfullt sätt. Lisen var också noga med att reparera. Efter sina utbrott i lekrummet ville hon alltid städa efter sig. Lisen accepterade inga gränser från andra utan reagerade på uppmaningar eller gränssättningar antingen genom att ignorera dem eller att få utbrott. Hon hade också svårt att söka och ta emot tröst och trygghet från andra – då hon blev ledsen, rädd eller arg drog hon sig undan eller agerade ut. Det fanns ingen vuxen som Lisen sökte tröst hos.

Det var snabbt tydligt att Lisen hade svårt med reglering av uppmärksamhet och affekter, särskilt då hon blev stressad, orolig eller i affekt. Hon visade en god förmåga till empati, intresse för andra och omsorg i lugna stunder. Lisen hade viss förmåga till explicit mentalisering men hade ofta inte tillgång till den då hon var så dysreglerad. När hon lekte kunde hon ha god fantasi, leka låtsaslek och hitta på berättelser. Lekberättelserna var inte särskilt utvecklade men det fanns variation i dem – hon lekte inte samma sak utan leken utvecklades.

Till en början lekte Lisen själv och terapeuten kände sig ofta överflödig eller utanför, men efterhand blev även terapeuten inbjuden i leken som fick en mer ömsesidig karaktär. Lisen hade också behov av konkreta bevis på relationen till terapeuten. Hon försäkrade sig ofta om att sakerna i rummet skulle finnas kvar mellan gångerna och det var viktigt för henne att rummet såg likadant ut varje gång hon kom.

Terapeuten förstod detta som att Lisen inte helt hade förmågan att lita på re-

lationen rent psykologiskt. Inom mentaliseringsteori talar man om teleologiskt läge som ett utvecklingsmässigt tidigt icke-mentaliserande tillstånd, där inre tillstånd måste representeras fysiskt/konkret för att upplevas som verkliga och giltiga (t. ex. Bateman & Fonagy, 2012). Lisens behov av att få "bevis" på att terapeuten fanns kvar för henne, genom att ta med sig saker hem och undersöka att rummet var oförändrat, går att se som ett exempel på detta. Psykisk ekvivalens är ett annat begrepp inom mentaliseringsteori som i kortet innebär ett tillstånd där det inre likställs med det yttre, vilket innebär att tankar och fantasier upplevs som verklighet. För barn kan detta bli skrämmande då lek kan bli "för på riktigt" och överväldigande. Detta hände Lisen ofta varpå hon blev orolig och skrämmd och leken stördes.

I bedömningen av ett barn försöker vi kartlägga dess förmågor till reglering och mentalisering för att få en uppfattning om vad barnet primärt behöver hjälp med. Detta görs dock alltid med en medvetenhet om att dessa förmågor inte bara är egenskaper utan också tillstånd – vår förmåga till reglering och mentalisering fluktuerar. Detta innebär att alla kliniska bedömningar av mentaliseringsförmåga, hos både barn och vuxna, helst bör innefatta en kartläggning av i vilka situationer förmågan till reglering och mentalisering bryter samman, var tröskeln går samt hur lätt eller svårt det är att återhämta förmågan. På samma vis kan vi fråga oss under vilka förutsättningar förmågan är som bäst och vilka resurser som finns att tillgå – såväl inre som yttre. I terapin arbetar vi sedan med dessa tre dimensioner utifrån en kontinuerlig processbaserad diagnostik av vad barnet klarar av och är i behov av i stunden.

I och med att MBT-C är utvecklat för barn inom ett relativt stort åldersspann där mycket händer med den psykologiska utvecklingen görs all bedömning och alla interventioner utifrån hänsynstagande till barnets utvecklingsnivå. Lisen var bara fem år vid tiden för behandlingen vilket innebär att vi förväntar oss att hon ska ha mindre utvecklade förmågor till reglering och mentalisering än ett äldre barn. Beskrivning av utvecklade förmågor behöver ska därför inte ses som någonting nödvändigtvis patologiskt, men är ändå viktiga för att hjälpa oss att möta barnet på rätt nivå och även för att hjälpa föräldrarna att göra detsamma. Många föräldrar behöver hjälp att se sitt barn utvecklingspsykologiskt för att få en realistisk bild av barnets förmågor och behov.

Lisens föräldrar uttryckte att de inte trodde att hon påverkades av deras konflikter eller av broderns sjukdom då hon var så pass liten att hon inte förstod och dessutom ofta sov när föräldrarna grälade.

Samtidigt beskrev fadern att han kunde tänka då Lisen fick utbrott att hon ville honom illa och att hon njöt av att skrämma eller plåga honom. Fadern uttryckte även en stark oro för att hon var "precis som sin morfar", en man som varit aggressiv och misshandlat både sin fru och sina barn.

Samtidigt som föräldrarna på vissa sätt underskattade hur mycket Lisen förstod tillskrev fadern tillskrev henne intentioner och personlighetsdrag utifrån ett vuxenperspektiv som gjorde att han blev mer skrämmd av hennes beteende. Dessutom innebar hans tanke om att Lisen agerade ut på ett kontrollerat och intentionellt vis också ett antagande om att hon enkelt kunde välja att låta bli eller sluta på uppmaning. Snarare än att hjälpa henne att reglera ned blev eskalerades istället flera av dessa situationer då han tillrättavisade henne, blev ännu mer besviken, orolig och arg då hon inte lyssnade eller gjorde som hon sa, blev arg tillbaka, varpå konflikter i princip dagligen slutade med att båda var förtvivlade och ibland stängde de båda in sig i varsitt rum. På detta vis hamnade de i ickementaliserande cykler där deras samspel blev dysreglerande snarare än reglerande. Ett viktigt arbete för föräldraterapeuten i MBT-C är att hjälpa föräldrarna att förstå och möta barnet utifrån dess psykologiska utveckling och förmågor.

MBT-C är en strukturerad terapi och man arbetar mot bestämda mål, med ett gemensamt fokus och i arbetet med barnet använder man en kalender för att hålla uppsikt över tiden. Fokus formuleras ofta som en metafor, gärna utifrån någonting barnet själv uttryckt under bedömningsfasen. Terapeuten förklarar hur hen funderat och till slut kommit fram till ett förslag på fokus under ett gemensamt samtal med föräldrar och barn. På detta vis blir terapeuten en modell för mentalisering – hen visar att hen tänkt på barnet och familjen, funderat och sedan skapat någonting av detta. Det är inte formulerat som en problembeskrivning eller i termer av konkreta mål utan syftar snarare till att väcka nyfikenhet, hopp och igenkänning. Den första timmen i terapin introduceras en kalender med lika många rutor som planerade tillfällen, där barnet i slutet av varje timme får rita någonting. Detta är i linje med tanken om att terapeuten och terapin i så hög utsträckning som möjligt är transparent för barnet. Barnet äger terapin och vet vad som ska hända. Genom förutsägbarhet och tydlighet skapas trygghet vilket ger förutsättningar för mentalisering och utforskande. Kalendern är också ett sätt att arbeta med att skapa sammanhang och den används för att kunna se tillbaka och fundera kring framtiden.

Lisens föräldrar hade båda en stark oro för sin dotter men hade olika uppfattningar om vilken typ av hjälp hon behövde. När Lisen fick sina utbrott tenderade Lisens mamma att bli arg tillbaka medan Lisens pappa ofta blev orolig och ledsen. De var båda uppgivna och tyckte att situationen kändes hopplös. Lisens pappa beskrev en stark känsla av att inte räcka till för sin dotter och kände sig som en dålig förälder. De hade dåligt samvete för alla konflikter som uppstod med Lisen och hade också en känsla av att hon åsidosatts då de behövt ägna så mycket tid och energi åt brodern. Dessa skuldkänslor gjorde att de kände att de behövde tillbringa all tid de kunde med henne och aldrig avsatte någon tid för sig själva eller för varandra. Båda föräldrarna var på gränsen till utmattning. Målen för samtalen med föräldrarna formulerades tillsammans mellan terapeut och föräldrar som att bättre förstå vad som föranledde Lisens utbrott och fundera tillsammans på hur hon skulle kunna hjälpas på bästa sätt. Ett andra mål blev att fundera tillsammans på hur det var att vara Lisens föräldrar, hur deras känslor påverkades av och påverkade samspelet med Lisen, samt givetvis vad de behövde för att kunna vara bra föräldrar till Lisen och bra medföräldrar till varandra.

I MBT-C ses arbetet med föräldrar som en lika viktig del som arbetet med barnet, varför man i så stor utsträckning det är möjligt arbetar med parallella sessioner. Detta innebär att modellen i första hand innefattar två terapeuter som arbetar parallellt och tillsammans som ett mentaliserande team. På detta vis blir behandlingen ett gemensamt projekt för barn och föräldrar där man tydligt kommunicerar att problemen ses som något som finns i familjesystemet och inte hos en person, samt att det blir tydligt för barnet att såväl barn som föräldrar får hjälp. I MBT-C, till skillnad från flera andra mentaliseringsbaserade modeller för familjer, ges såväl barn som föräldrar ett eget rum. Det är även möjligt att arbeta med samma terapeut för barn och föräldrar i de fall det av olika skäl inte är möjligt att arbeta i par. Man försöker hjälpa föräldrarna att reflektera över barnets inre och se hur inre tillstånd hos barnet har betydelse för barnets beteende, men även kring föräldrarnas egna tankar och känslor i olika interaktioner med barnet, samt hur hens eget beteende påverkar barnet. Föräldrar som söker hjälp är ofta själva under stark stress och en grundpremiss i MBT-C är att föräldrarna, för att kunna mentalisera kring sitt barn, först behöver bli mentaliserade och validerade. För Lisens föräldrar var det viktigt att först få tala om och bli validerade i både sina skuldkänslor men

även i den rädsla och ilska som Lisens beteende kunde väcka hos dem, innan de kunde börja fundera kring hur de kunde göra annorlunda för att förbättra situationen.

Lisen hade svårt att reglera sin uppmärksamhet och växlade i rummet mellan att leka lugnt tillsammans med terapeuten och att ha en hög aktivitetsnivå där hon sprang runt i rummet och kunde kasta saker. Vid de senare tillfällena var det svårt att få kontakt med Lisen. Terapeuten arbetade därför mycket med att på olika sätt försöka få kontakt med Lisen och att hjälpa henne bli medveten om vad hon gjorde – ett arbete med att skapa agens och öka förmågan till reglering. Under långa stunder kommenterade terapeuten vad Lisen gjorde utan att få mycket svar. Efter en stund kunde Lisen låta terapeuten vara med. Lisen tyckte om att leka repetitiv lek där samma sekvens upprepades exakt likadant många gånger. Leken blev som en ramsa med en rytm och där både terapeuten och Lisen visste precis vad som skulle hända härnäst och där deras samspel blev koordinerat. Innehållet i sekvensen kunde variera något, till exempel kunde något kastas hårdare och lösare, eller andra delar i leken kunde variera i intensitet, men hela tiden inom tydliga ramar som Lisen själv satt upp. På detta vis handlade leken till stora delar både om kontakt – att vara tillsammans – men också om reglering och att tillsammans uppleva att det går att styra sin kraft och intensitet. Terapeuten upplevde att Lisen mer och mer kunde tona in och vara tillsammans, snarare än att styra hela leken. Efter hand gick Lisen mer och mer över till att släppa in terapeuten i rollek där de var olika figurer. Lisen lekte då mycket kring att hjälpa och bli hjälpt. Ofta råkade lekfigurer ut för olika typer av olyckor och behövde hjälp. Ambulanser och poliser åkte runt men hittade inte alltid dem som behövde hjälp. En liten bit in i terapin blev terapeutens lekfigurer ofta tillfrågade om hjälp men kunde sedan avvisas när de kom. Tillsammans funderade Lisen och terapeuten på hur det kunde vara att oroa sig för någon som behövde hjälp och hur det var när man själv behövde hjälp – teman som varit aktuella på olika sätt i hela Lisens liv.

En utgångspunkt inom MBT-C är lekens betydelse, där barnet får möjlighet att reflektera över och experimentera med teman och frågor som är viktiga i dess liv, med terapeuten som en nyfiken och intresserad kompanjon. MBT-C är inte en

tolkande terapi eller en terapi fokuserad på insikt eller konfliktlösning. Terapeutens interventioner utgår hela tiden från en mentaliserande hållning och inriktar sig på att stärka upp barnets förmåga till reglering av uppmärksamhet, reglering av affekter samt mentalisering. Grundprincipen är att alltid möta barnet utifrån den kapacitet det har till mentalisering i stunden och utifrån detta försöka hjälpa barnet till ökad reglering och mentalisering.

Under ett av de sista tillfällena i terapin lekte Lisen med två båtar som är förfärligt osams med varandra. De kunde inte bestämma sig för om de ville vara i samma sjö eller inte och så fort de kom nära varandra blev det bråk. Hon tog snart fram mindre bilar. Hon sa efter en stund "Du lagar alla bilarna" och gav dem till terapeuten. Hon körde runt med bilarna och när de en efter en gick sönder fick terapeuten dem. Terapeuten kommenterade att hon skulle försöka hjälpa alla bilarna "Hit kommer massor med olika bilar som behöver hjälp med alla möjliga saker" (vilket är samma sak som terapeuten sagt till Lisen om barn som kommer till mottagningen). Lisen lät då även båtarna komma till terapeuten som svarade att även båtarna kunde få hjälp här. Lisens egen bil kom och ställde sig hos terapeuten. "Den är inte trasig", sa Lisen, "den behöver bara parkera här en liten stund".

Under terapins gång blir samspelet mellan terapeuten och Lisen mer ömsesidigt och Lisen blir lugnare vilket ökar möjligheter till att leka och tala om det som är viktigt för henne. Hon kan tillsammans med terapeuten leka kring hur det kan vara att vara liten i en värld där de stora bara bråkar men också om att det kanske kan gå att söka lugn och tröst hos andra. I detta skede har leken en mer bearbetande och symboliserande karaktär – Lisen är lugn och trygg nog att relatera, reflektera och tänka tillsammans.

Efter avslutad behandling beskrev förskolan att Lisen fick färre utbrott och verkade mindre orolig. De vuxna runt Lisen, både hennes föräldrar och pedagogerna på förskolan beskeiv också att de bemötte Lisen på ett annat sätt då hon blev arg och frustrerad. De hade fått en ökad förståelse för hur Lisen ibland blev arg då hon egentligen ar orolig eller osäker. Denna förståelse gjorde att de snarare än att tillrättavisa Lisen funderade på hur de skulle kunna lugna henne och ta hand om hennes oro vilket gjorde att situationer inte lika ofta eskalerade till utbrott. De märkte också att Lisen själv sökte kontakt i

högre utsträckning både då hon var glad och ledsen. Föräldrarna beskrev hur de upplevde att de stöttade varandra mer i föräldraskapet. De hade avsatt tid för sig själva och för varandra för att må bättre.

Lisen hade under hela terapin varit mycket fäst vid sin kalender och tillsammans hade hon och terapeuten använt den för att förbereda sig för det stundande avslutet. De talade nästan varje gång om hur många gånger det var kvar att träffas. Den sista gången hade Lisen med sig en teckning till terapeuten och Lisen fick ta med sin kalender och andra saker hon skapat i terapin hem. Tillsammans kunde de tala om att det var sorgligt att säga hejdå men hur både terapeuten och Lisen nog skulle tänka på varandra, undra hur den andre hade det, och kanske särskilt på tisdagar klockan tio, den tid de hade träffats under tre månaders tid, undra vad den andra hade för sig.

Den första boken om tidsbegränsad mentaliseringsbaserad behandling av barn kom 2017. Innan dess har metoden utvecklats och utprovats under en längre tid vid flera stora kliniker internationellt. Metoden beskrivs mer ingående i boken "Mentalization Based Treatment for Children – A Time Limited Approach" av Nick Midgley, Karin Ensink, Karin Lindqvist, Norka Malberg och Nicole Muller från 2017. I Sverige hålls utbildningar i metoden framför allt vid Ericastiftelsen (www.ericastiftelsen.se). För den som är intresserad av att utbilda sig i metoden rekommenderas även www.mbtchild.com för mer information.

Karin Lindqvist är legitimerad psykolog. Hon arbetar med forskning och metodutveckling vid Ericastiftelsen samt som klinisk psykolog vid Barn och Familjejouren. Hon är medförfattare till boken *Mentalization Based Treatment for Children – A Time Limited Approach* och nås på karin.lindqvist@ericastiftelsen.se.

English abstract

*This is a short description of time-limited mentalization based treatment for children (MBT-C), a transdiagnostic treatment for children aged 5-12. Before treatment an assessment of the child's capacity of attention regulation, affect regulation and mentalization is made. The treatment then focuses on increasing these capacities in order to increase the child's capacity to regulate and mentalize. In parallel sessions with the parent the aims are to help the parents to reflect on their child and on themselves as parents. The description is based on the newly published book *Mentalization Based Treatment for**

Children – A Time Limited approach, and is illustrated by vignettes inspired from the author's own therapeutic work with children and parents.

Keywords: Mentalization based treatment for children; mentalization, child psychotherapy

Referenser:

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorders: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing Inc.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, NY: 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. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <http://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29, 575–609. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>
- McLaughlin, C., Holliday, C., Clarke, B., & Ilie, S. (2013). *Research on counselling and psychotherapy with children and young people: A systematic scoping review of the evidence for its effectiveness from 2003–2011*. Leicester, England: British Association for Counselling and Psychotherapy.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N & Muller, N (2017). *Mentalization-based Treatment for Children: A Time-limited Approach*. Washington: American Psychological Association.
- Thorén, A., Lindqvist, K. & Pertoft Nemirovski, J. (in prep). Short-term mentalization-informed psychotherapy for common childhood mental disorders – a quazi-randomised implementation study.