

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 kontakter 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 beskev 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 tillrättvisa 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.