

Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep

Begrepet «mentalisering» dreier seg om at vi alltid fortolker hverandre. Det omfatter det å forstå seg selv og andre – en nøkkelkompetanse i reguleringen av følelser. Hemmet mentalisering og psykopatologi er forbundet gjennom redusert følelsesregulering. Den vitenskapelige tradisjon knyttet til begrepet har utviklet et nytt rammeverk for psykoterapi. Basert på integrasjon av tilknytningsteori, utviklingspsykologi, nevropsykologiske studier og teoretiske modeller for psykopatologi vil man skreddersy terapeutiske metoder egnet til å fremme evnen til å mentalisere.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Finn Skårderud

finns@online.no

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Lillehammer

2626 Lillehammer

og

Regionalavdeling for spiseforstyrrelser

Psykiatrisk divisjon

Ullevål universitetssykehus

Bente Sommerfeldt

Regionalavdeling for spiseforstyrrelser

Psykiatrisk divisjon

Ullevål universitetssykehus

Mentaliseringsbegrepet har vakt stor interesse i fagmiljøer innen rus og psykiatri. «Mentalisering» viser til fenomener som angår absolutt alle, og er et samlebegrep om implisitt og eksplisitt å fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser og fornuft. Det utgjør kjernen i et nytt intellektuelt rammeverk for å skape syntese mellom en rekke akademiske disipliner – ikke minst mellom psykologien

og nevrovitenskapene – og mellom kropp og sinn. Formålet er å skreddersy terapeutiske intervensjoner og holdninger overfor personer med forskjellige patologiske psykologiske tilstander, intervensjoner som igjen kan bli gjenstand for empirisk utprøving innenfor kunnskapsbasert medisin (1).

Det er et grunnleggende menneskelig trekk at vi fortolker hverandre. Vi erfarer andres handlinger og fortolker så følelser, tanker og intensjoner bak disse handlingene. Sentralt i mentaliseringstradisjonen er at følelser er uklare og at det således alltid vil være knyttet usikkerhet til fortolkninger. Vi tolker mer eller mindre godt eller dårlig. Det viser seg at evnene til å forstå andres – og sitt eget – sinn er knyttet til god regulering av følelser og således til psykisk helse. Og det å misforstå og mistolke andres sinn er klart forbundet med former for psykopatologi. Ved hjelp av mentaliseringsbasert terapi søker man å fremme evnen til å forstå seg selv og andre.

Mentaliseringstradisjonen er svært ung, men har allerede rukket å få stor oppmerksomhet i faglige kretser. Det skyldes dels den enorme produktiviteten til Peter Fonagy og hans kolleger i London og Jon Allens miljø ved The Menninger Clinic i Texas (2–6). Men interessen skyldes også tradisjonens integrerende og inkluderende karakter. Som behandlingstradisjon vektlegges overordnede målsettinger som gjør at terapeuter fra forskjellige tekniske og teoretiske tradisjoner kan føle seg innlemmet samtidig som de blir utfordret til å reflektere over og justere egen praksis.

Et nytt intellektuelt rammeverk

Kompetanse i å mentalisere handler om å være opptatt av sinn, av at sinnet lager

mentale bilder av virkeligheten, og at disse ikke er virkeligheten. Mentale fenomener som tanker og følelser er alltid om noe – til forskjell fra en ting som ikke er om noe, men simpelthen er. Peter Fonagy beskriver mentalisering som evnen «to hold mind in mind» (7). Mentalisering handler altså om å være åpen overfor egne og andres følelser. Det handler om å forstå uskrevede regler. Evnen til mentalisering er simpelthen en helt avgjørende kompetanse for å klare seg i en sosial verden.

Mentaliseringsbegrepets innhold ligger tett opp til andre begreper. Det er nært i slekt med eksempelvis empati, emosjonell intelligens, (selv)refleksjon, affektbevissthet, metakognisjon, innsikt og den kognitive terapeutiske tradisjonens begrep «oppmerksomt nærvær» (mindfulness). Det som skiller mentalisering fra de nevnte begrepene, er at mentalisering er overgripende ved å involvere både en selvrefleksiv og en mellommenneskelig komponent, altså både meg selv og andre. Det kan beskrives som å forstå andre innenfra og en selv utenfra, utenfra i den forstand at vi forsøker å forstå hvordan andre kan forstå oss. God mentaliserende kompetanse kan således beskrives som et mentalt kompass for å orientere seg i kompleksiteten av forskjellige realiteter (ramme 1).

En trygg base

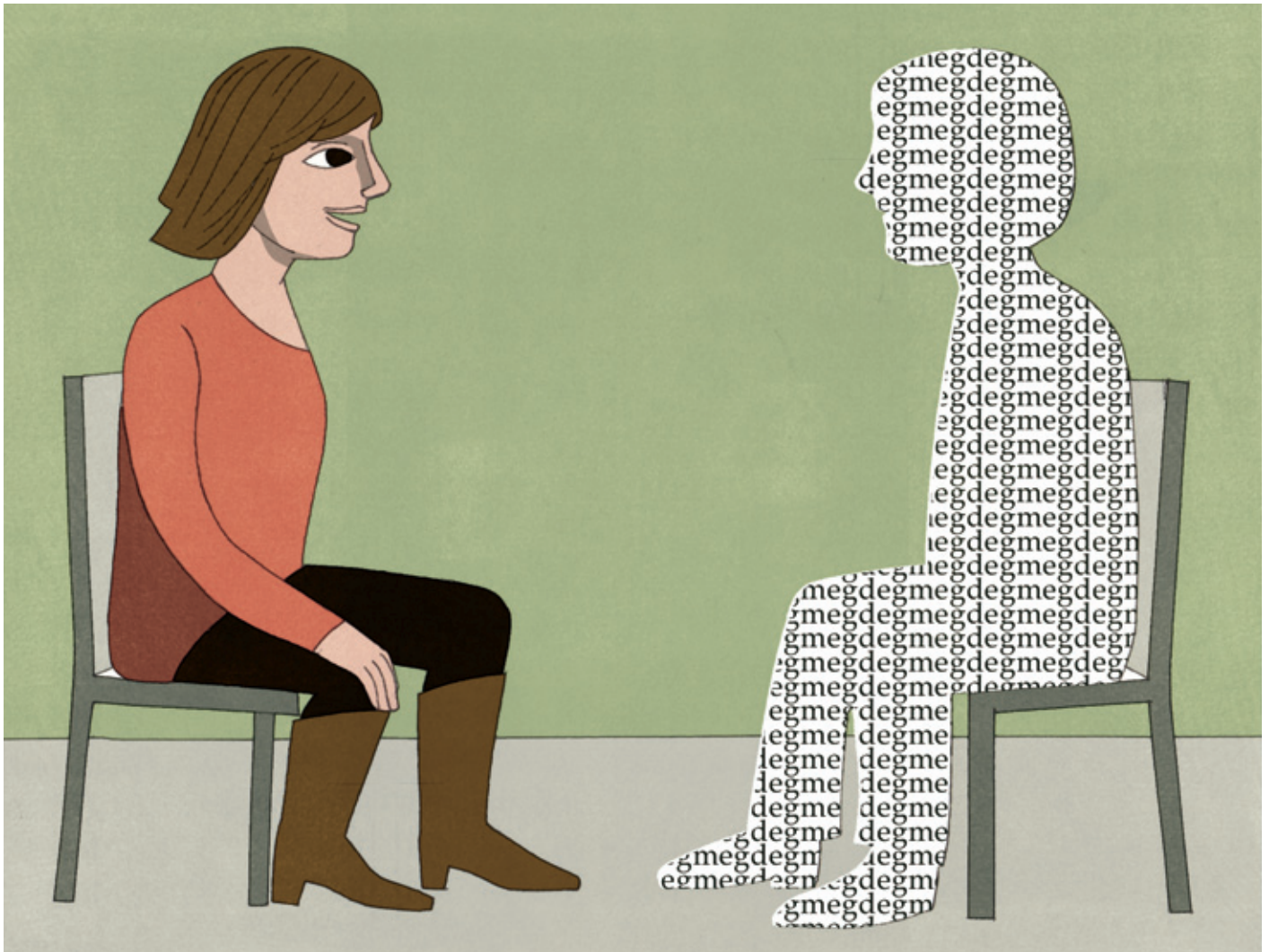
Helt sentralt i modellen er teori og empiri om tilknytning. Bowlby grunnla tilknytningsteorien og beskrev hvordan mennesket for overlevelse og utvikling har et grunnleggende biologisk behov for å søke sikker tilknytning (8). Tilknytning bidrar til den nevropsykologiske utviklingen av sosiale evner, dvs. av hjernen. Selv om mentalisering antakeligvis involverer en rekke kortikale systemer, er det spesielt assosiert med aktivering i midtre prefrontale områder i hjernen, antakeligvis det paracingulare området (9).

På basis av empiriske observasjoner utviklet Fonagy & Target (10, 11) en teori om at det psykologiske selvet dannes gjennom å kjenne mentale tilstander, «følte følelser» (12), og at denne kapasiteten til å kjenne, utover genetikk og biologi, oppstår og utvikles gjennom samhandling med omsorgsgiveren via en spillingsprosess. Selvet utvikles ved å observere seg selv via andre. Barnet «finner igjen seg selv» i foreldrenes eller omsorgsgivernes oppmerksomhet. Barnet gråter fordi det er

Ramme 1

Hva er mentalisering

- Mentalisering er et nytt intellektuelt rammeverk for å forstå sosial kompetanse og psykisk helse
- Mentalisering handler om evnen til å lese andre og seg selv
- Mentaliseringsbasert behandling har dokumentert effekt ved ustabil personlighetsforstyrrelse



Illustrasjon Kari Stai, Patron

ubekvent. Det kan være sultent, fryse eller ha vondt i magen. Moren eller faren viser barnet med ansiktsmimikk, språk og gester at de forstår at det ikke har det godt. De *speiler* ubehaget. Men samtidig trøster de voksne barnet med smil, pludrende lyder og handlinger som viser at de har og tar ansvar. Og slik *markerer* de en forskjell – det at de selv ikke har det dårlig. Det utviklingspsykologisk viktige er, ifølge mentaliserings-tradisjonen, at de voksne viser barnet både en likhet og en forskjell. Barnet blir bekref- tet i noe som er felles, dvs. følelsen, samti- dig som det erfarer noe grunnleggende om separate sinn og følelsesmessige forskjeller. Ved å møte slik oppmerksomhet fra andre om seg selv utvikler ikke bare barnet sitt sinn, det lærer altså at vi har forskjellige og atskilte sinn. Barnet lærer således at sinnet ikke speiler verden, men at det *tolker* den.

Sikker tilknytning fremmer evnen til mentalisering – en åpen nysgjerrighet over- for andres mentale tilstander og hvordan vi kan erfare virkeligheten på forskjellig vis. Usikker tilknytning, derimot, svekker eller hemmer de mentaliserende evner. «Som om» blir til «er». Følelser kan i slike situa-

sjoner oppleves som påtrengende og udis- kutable virkeligheter her og nå. Rommet for refleksjon, ettertanke og undring virker luk- ket. De fleste leger vil kjenne igjen pasien- ten som raser, utagerer eller demonstrerer dyp fortvilelse gjennom selvskadning eller suicidalitet.

Den mentaliserende kapasitet kan bli hemmet midlertidig eller mer omfattende som svar på konflikter eller mangler i følel- sesmessig viktige forhold, akutt stress eller traumer hos sårbare individer. I dag er den empiriske kunnskapen om betydningen av tilknytning robust. Det gjelder ikke minst hvordan henholdsvis sikre og usikre tilknyt- ningsmønstre er prediktorer for mental helse (13).

Regulering av følelser

Hemmede mentaliseringsevner og forskjel- lige former for psykopatologi er forbundet nettopp gjennom redusert regulering av følelser. Følelsene er i praksis ute av kon- troll ved de fleste former for psykisk syk- dom. Dette kommer svært tydelig til uttrykk ved stemningslidelser. Og ikke minst gjel- der det personlighetsforstyrrelser, som hittil

er mentaliseringstradisjonens fremste felt for teoretisk, klinisk og vitenskapelig virk- somhet. Også traumer kan beskrives innen- for en slik forståelse. Opplevelsen av ikke å holde ut vanskelige følelser kan lede til forsøk på å ruse, sulte, spise eller skjære dem vekk. Regulering er et erfaringsnært begrep som hjelper oss til å se noen for- skjeller mellom sunt og friskt, mellom velvære og ubehag, mellom mental helse og uhelse. God mentalisering kan beskrives som evnen til «å føle klarere». Og «følelser hjelper oss til å få tingene på plass» (14). I de ofte utfordrende møtene med andre sinn, ikke minst i intime relasjoner, bidrar god mentalisering med rikdom og presisjon (5).

Å mentalisere er noe vi gjør uansett. Det er altså en såkalt implisitt virksomhet. Når vi deltar i en samtale, skjer det stadig impli- sitt mentalisering – vi tar automatisk inn kroppsspråk og ansiktsuttrykk, vi tilpasser oss den andre, lytter til språkets tone og til innholdet i det som blir sagt. Dersom sam- talen går glatt, blir det gjerne med det. Om det derimot blir en vanskelig dialog, kan vi ty til den mer eksplisitte mentalise-

ringen. Vi kan spørre oss selv hva den andre egentlig mener å formidle, og vi kan også spørre den andre ved hjelp av språket.

I terapeutisk praksis anvender vi nettopp eksplisitt mentalisering. Som terapeuter forsøker vi å etablere et språk sammen med våre pasienter for å skape felles oppmerksomhet om mentale tilstander.

Våre mentaliserende evner er viktige for etikken. Den etiske siden ved mentalisering handler ikke bare om evnene, men også om viljen til å forstå den andre, om å være nysgjerrig og tilstrebe interesse for andres sinn, på engelsk «mind-mindedness». Jo bedre man forstår andres atferd, desto vanskeligere er det å behandle et menneske som en ting. Betrachninger om mentalisering og etikk er ikke minst relevante for oss som har roller som hjelpere og behandlere.

Hemmet mentalisering

Gode mentaliserende evner betyr at man bedre kan forstå de misforståelser man blir en del av. Svekket mentalisering gjør at det er fort gjort å misforstå og å bli misforstått. Å handle ut fra falske antakelser skaper forvirring. Å misforstå/bli misforstått kan utløse sterke følelser som fører til tilbaketrekning, fiendtlighet, avvising, overbeskyttelse, maktmisbruk og symptomøkning (2). Eller – om vi beveger oss inn i det psykopatologiske handlingsrommet – rus, selvskading, spiseforstyrret atferd eller voldelig utagering.

Fonagy-tradisjonen etablerer to grunnleggende former for mentaliseringssvikt, som igjen svarer til utviklingsmessige stadier. «Psykisk ekvivalens» viser til en primitiv brist på symbolisering hvor ytre og indre realitet oppleves som like, det vil si ekvivalente (15). Som beskrevet ovenfor – det «som om» som er knyttet til våre symboliserende evner, blir til «er». For borderlinepasienten kan døren som lukkes bli oppfattet som et sterkt utsagn om at man blir avvist. Og for anoreksipasienten kan følelsen av manglende indre kontroll bli forsøkt håndtert gjennom å kontrollere hva vedkommende spiser. Ytre kontroll er lik indre kontroll. Den selvskadende personen kan føle at hun/han ikke får uttrykt seg.

Den andre grunnformen av mentaliseringssvikt, «forestillingsmodus», svarer i et utviklingspsykologisk perspektiv til en alternativ form for barnets måte å erfare virkeligheten på. Den knytter seg til leken og representerer en frakobling av indre realitet fra ytre realitet (15). Gjennom leken kan barnet få en pinne til å bli en maskinpistol. I et klinisk perspektiv med tenåringer og voksne viser dette begrepet til «dissosiering», en splittelse mellom indre og ytre tilstander. Konkretisert gjennom klinisk praksis: I psykoterapeutisk virksomhet kan vi som terapeuter oppleve at pasienter anvender en rekke ord som egentlig skal handle om indre tilstand, men i forestillingsmodus kan ordene mangle klare refe-

ranser til pasientens aktuelle situasjon der og da. Språket er koblet fra følelser, erfaringer og minner. Språket «går på tomgang», og det kan være uklart hva det handler om. En terapi kan vare i flere år og tilsynelatende handle om viktige psykologiske temaer, uten at det skjer avgjørende endringer (2). Forestillingsmodus er for *uvirkelig*, psykisk ekvivalens er for *virkelig*. I barnets normalutvikling blir disse to erfaringsformene ideelt integrert i en refleksiv modus, eller mentalisering, hvor tanker og følelser kan bli erfart som representasjoner.

Ut fra slike grunnformer for mentaliseringssvikt kan det oppstå en rekke forskjellige typer kliniske uttrykk. Velkjent er konkretistisk tenkning, et eksempel er pasienten som forklarer alt med konkrete erfaringer. En annen er forskjellige former for pseudomentalisering, som kan bety at pasienten i forestillingsmodus kan føle seg skråsikker på en vurdering, men faktisk tar feil. Det er meget viktig å minne om at mentaliseringssvikt ikke er en stabil egenkap. Mentaliseringssevnen er sterkt avhengig av følelsesmessige og relasjonelle sammenhenger. I affekt vil også de som vanligvis mentaliserer godt, få svakere evne til å forstå den andre. Sinne, frykt og angst gjør oss mentalt blindere. Dette gjelder våre pasienter så vel som oss som behandlere.

Mentaliseringsbasert terapi

De fleste samtaleformer fremmer sannsynligvis mentalisering, og mentalisering vil i praksis ofte være kjernen i mange former for samtalebehandling. Det spesifikke aspektet ved mentaliseringsbasert terapi er den systematiske vektlegging av å fremme nettopp disse evnene og anvende den terapeutiske situasjonen for å utvikle dem. En effektiv terapeutisk relasjon er den beste analogien til sikker tilknytning, som nettopp kan fostre mentaliserende kompetanse.

Når relasjonen oppleves som en trygg base, gir terapeutiske allianser og terapeutiske forhold muligheter til å utforske tanker, følelser, håp, ønsker, behov, drømmer m.m. En mentaliseringsbasert tilnærming kan benyttes i forskjellige formater – i individualterapi, gruppeterapi, parterapi, familierapi – og ikke minst være et organiserende prinsipp for miljøterapi. Og mentalisering vil som begrep ikke minst være relevant for fastleger som over tid følger pasienter med alvorlige forstyrrelser og belastende atferd. Nysgjerrighet, oppatthet av eget og andres sinn og undring er kjerneelementene i en mentaliserende terapeutisk holdning. Den terapeutiske holdningen innebærer også å være følelsesfokuset, ikke-vitende nysgjerrig, leken, aktiv i dialog med pasienten og å løfte frem forskjellige perspektiver – ha et bevisst fokus på «minding minds».

Et stadig tilbakevendende problem i våre liv – ikke minst knyttet til negative selvpfatninger, lav selvfølelse og psykopatolo-

giske forestillinger – er at vi tror for sterkt på våre egne *fortellinger* om oss selv.

I samtaler og virksomme terapeutiske relasjoner bidrar vi til å endre slike fortellinger, og dette gjelder i minst like høy grad fastlegen som psykiateren. I en mentaliseringsbasert tilnærming er ikke en ny og mer livs-egnet selvbiografi i seg selv målet, et overordnet mål er i stedet den fleksible evnen til å forandre våre fortellinger. Det psykoanalytiske begrepet «innsikt» er heller ikke noe mål i seg selv for en mentaliseringsbasert terapi. Innsikt er nyttig og selvfølgelig meget sentralt for selvforståelsen. Men i denne behandlingstradisjonen legger man altså mer vekt på *evnen til å skaffe seg innsikt* (5). Det handler altså mer om *hvordan* man fremmer de reflekterende og mentaliserende evnene enn om *hva*, dvs. det meningsinnholdet som kan knyttes til spesifikke erfaringer. Eller man kan si det med andre og velkjente ord – prosess mer enn innhold. Vi jakter altså ikke på store sannheter, men på nysgjerrighet som en vitaliserende og helsefremmende livsholdning.

Mentaliseringsbasert terapi er først og fremst blitt utviklet i tilknytning til såkalt borderline (ustabil) personlighetsforstyrrelse. Og det er i disse sammenhengene at en slik tilnærming har fått status som kunnskapsbasert medisin. Det manualiserte behandlingsprogrammet over to ganger 18 måneder i London viste seg å være effektivt i en randomisert, kontrollert studie (16, 17). Mentaliseringsbasert behandling ga færre innleggelser og mindre medikamentbruk, suicidalitet og selvskading. I tillegg hadde pasientene mindre depresjon og angst og viste bedring i sosial og mellommenneskelig fungering. Bedringen på disse områdene fortsatte også etter avsluttet behandling (17, 18). Dette er meget oppløftende resultater, siden dette var en pasientpopulasjon som for få tiår siden ble avskrevet som «uten bedringspotensial».

Spesifikk mentaliseringsbasert terapi for borderline personlighetsforstyrrelse kan ikke direkte overføres til andre typer forstyrrelser. Men mentaliseringmodellen er også blitt brukt i forhold til andre lidelser, som for eksempel posttraumatisk stresslidelse (4), spiseforstyrrelser (19–21), depresjon (6) og suicidalitet (22) og hos mødre til risikoutsatte barn (23). Det er også nærliggende å tenke seg at den vil få en plass innenfor rusfeltet. Det er her de fleste menn med borderline forstyrrelse får behandling.

Mentaliserende behandlere

Utfordringen for terapeuten er ikke bare å fremme mentaliserende kompetanse hos pasientene, man skal også selv å bli bedre til å mentalisere. Denne utfordringen er større når man arbeider med pasienter der nettopp svekket mentalisering er et fremtredende trekk. Mentaliseringstradisjonen kan med sine modeller ideelt hjelpe oss til å se våre egne reaksjoner i et klarere lys,

holde ut våre pasienters følelser og bidra til å regulere oss selv i forhold til krevende pasienter. Det oppstår alltid sår og rifter i relasjoner, det gjelder ikke minst i de terapeutiske relasjonene med pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Men terapi gir også rammer for å arbeide med å reparere slike skader, og selve reparasjonsarbeidet er sentralt i mentaliseringsbasert behandling. Behandlere bidrar selv til misforståelser og konflikter. En viktig terapeutisk intervensjon er således bruken av ordet «unnskyld».

Litteratur

1. Skårderud F, Karterud S. Å forstå seg selv og hverandre – intet mindre. Introduksjon. I: Bateman A, Fonagy P, red. Mentaliseringsbasert terapi for borderline personlighetsforstyrrelse. En praktisk veileder. Oslo: Arneberg Forlag, 2007: xi–xxxii.
2. Bateman A, Fonagy P, red. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004.
3. Bateman A, Fonagy P. Mentalizing and borderline personality disorder. I: Allen JG, Fonagy P, red. Handbook of mentalization-based treatment. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 2006: 185–200.
4. Allen JG, red. Traumatic relationships and serious mental disorders. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 2001.
5. Allen JG. Mentalizing in practice. I: Allen JG, Fonagy P, red. Handbook of mentalization-based treatment. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 2006: 3–30.
6. Stein H, Allen JG. Mentalizing as a framework for integrating therapeutic exposure and relationship repair in the treatment of a patient with complex posttraumatic psychopathology. Bull Menninger Clin 2007; 71: 273–90.
7. Fonagy P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. Int J Psychoanal 1991; 72: 639–56.
8. Bowlby J. Attachment and loss. Bd. 1: Attachment. London: Hogarth Press and Institute of Psychoanalysis, 1969.
9. Gallagher HL, Frith CD. Functional imaging of «theory of mind». Trends Cogn Sci 2003; 7: 77–83.
10. Fonagy P, Target M. Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. Int J Psychoanal 1996; 77: 217–33.
11. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function. Their role in self-organization. Dev Psychopathol 1997; 9: 679–700.
12. Damasio A. Looking for Spinoza: joy, sorrow and the feeling brain. New York: Harcourt, 2003.
13. Holmes J. Defensive and creative uses of narrative in psychotherapy: an attachment perspective. I: Roberts G, Holmes J, red. Healing stories: narrative in psychiatry and psychotherapy. London: Oxford University Press, 1999: 46–66.
14. Goldie P. Emotion, reason and virtue. I: Evans D, Cruise P, red. Emotion, evolution and rationality. New York: Oxford University Press, 2004: 249–67.
15. Fonagy P, Gergely G, Jurist EL et al. Affect regulation, mentalisation and the development of the self. New York: Other Press, 2002.
16. Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. A randomised controlled trial. Am J Psychiatry 1999; 156: 1563–9.
17. Bateman A, Fonagy P. Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation. An 18-month follow-up. Am J Psychiatry 2001; 158: 36–42.
18. Gunderson J. Forord. I: Bateman A, Fonagy P, red. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization-based treatment. Oxford: Oxford University Press, 2004: v–vii.
19. Skårderud F. Eating one's words. Part I. «Concretised metaphors» and reflective function in anorexia nervosa. An interview study. Eur Eat Disord Rev 2007; 15: 163–74.
20. Skårderud F. Eating one's words. Part II. The embodied mind and reflective function in anorexia nervosa. Theory. Eur Eat Disord Rev 2007; 15: 243–52.
21. Skårderud F. Eating one's words. Part III. Mentalization-based psychotherapy for anorexia nervosa. An outline for a treatment and training manual. Eur Eat Disord Rev 2007; 15: 323–39.
22. Mehlum L, Jensen A. Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2946–9.
23. Sadler LS, Slade A, Mayes LM. Minding the baby: a mentalization-based parenting program. I: Allen J, Fonagy P, red. Handbook of mentalisation-based treatment. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 2006: 271–88.

Manuskriptet ble mottatt 11.9. 2007 og godkjent 25.2. 2008. Medisinsk redaktør Erlend Hem.