



Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep

KRONIKK | PSYKIATRI

ENGLISH

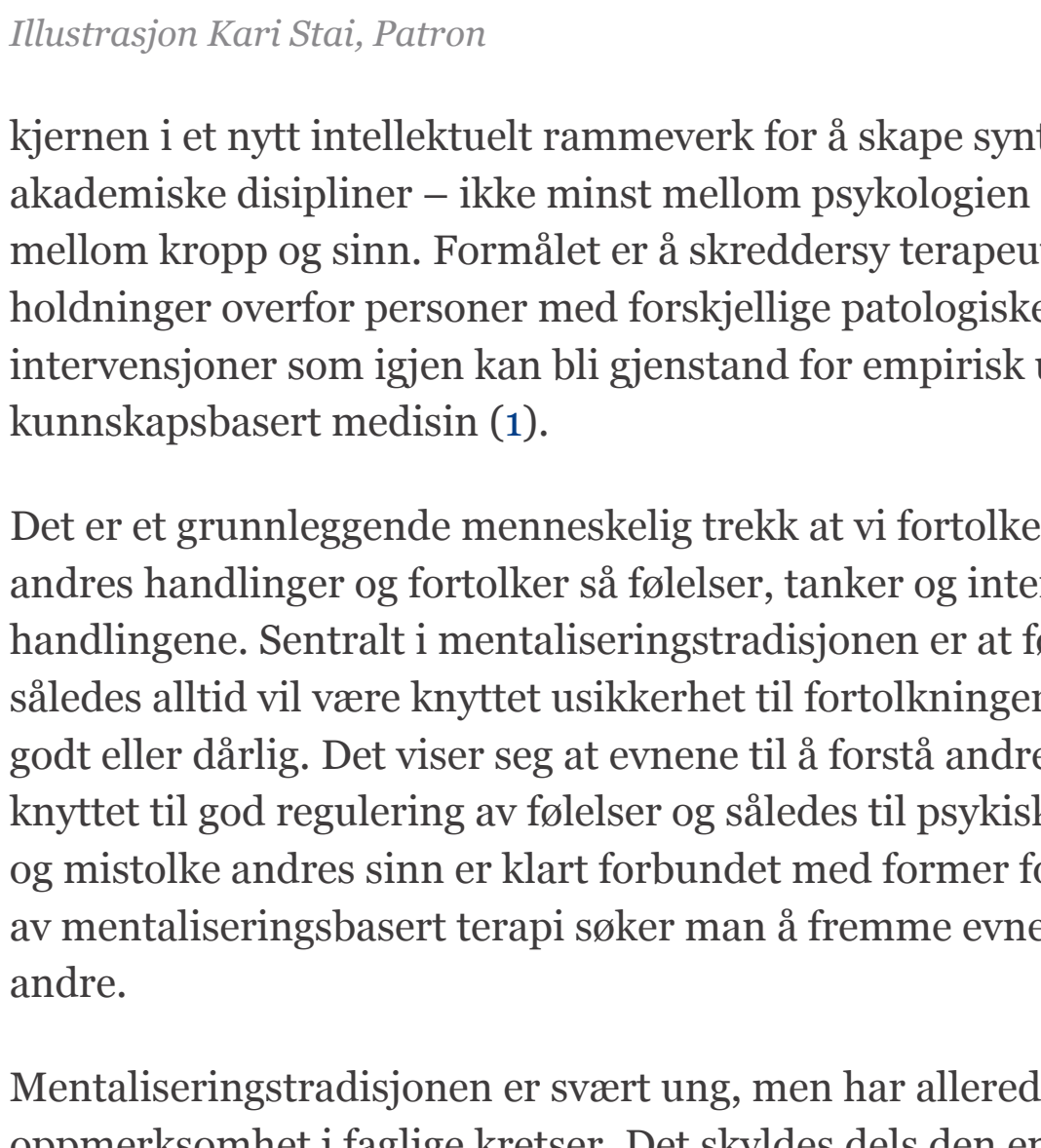
ARTIKKEL

Finn Skårderud, Bente Sommerfeldt *Om forfatterne*

LITTERATUR

KOMMENTARER (0)

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 følelserregulering. Den vitenskapelige tradisjonen 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.



Illustrasjon Karl Stai, Patron

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 trykninger av indre liv, eksempelvis behov, ønsker, følelser og formuft. Det utgjør

kjernen i et nytt intellektuelt rammeverk for å skape syntese mellom en rekke akademiske disipliner – ikke minst mellom psykologi 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 evnen til å forstå andre – 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 mislyk 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 uskrevne 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).

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

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 aktivisering 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, «fulte følelser» (12), og at denne kapasiteten til å kjenne, utover genetik og biologi, oppstår og utvikles gjennom samhandling med omsorgsgiveren via en speilingsprosess. Selvet utvikles ved å observere seg selv via andre. Barnet «finder igjen seg selv» i foreldrenes eller omsorgsgivernes oppmerksomhet. Barnet gråter fordi det er ubekvemt. 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 *spiler* 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 mentaliseringstradisjonen, at de voksne viser barnet både en likhet og en forskjell. Barnet blir bekreftet i, noe som er felles, dvs. følelsen, samtidig som det erfarer noe grunnleggende om separate sinn og følelsesmessige forskjeller. Ved å møte slik oppmerksomhet fra andre og selv utvikler ikke bare barnet sitt sinn, det lærer altså at vi har forskjellige og atskilte sinn. Barnet lærer således at sinnet ikke spiller verden, men at det *tolker* den.

Sikker tilknytning fremmer evnen til mentalisering – en åpen nysgjerrighet overfor 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 situasjoner oppleves som påtrengende og udiskutable virkeligheter her og nå. Rommet for refleksjon, ettertanke og undring virker lukket. De fleste leger vil kjenne igjen pasienten som raser, utagerer eller demonstrerer dypt fortvilelse gjennom selvskadning eller suicidalitet.

Den mentaliserende kapasitet kan bli hemmet midlertidig eller mer omfattende som svar på konflikter eller mangler i følelsesmessige 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 tilknytningsmønstre er prediktorer for mental helse (13).

Regulering av følelser

Hemmede mentaliseringsevner og forskjellige former for psykopatologi er forbundet nettopp gjennom redusert regulering av følelser. Følelsene er i praksis ute av kontroll ved de fleste former for psykisk sykdom. Dette kommer svært tydelig til uttrykk ved stemningslidelser. Og ikke minst gjelder det personlighetsforstyrrelser, som høytlig er mentaliseringstradisjonens fremste felt for teoretisk, klinisk og vitenskapelig virksomhet. Også traumer kan beskrives innenfor 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 erfaringsmessig begrep som hjelper oss til å se noen forskjeller mellom sunt og friskt, mellom nærvære og ubehag, mellom mentale 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 implisitt 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 samtalen går glatt, blir det gjerne med det. Om det derimot blir en vanskelig dialog, kan vi ty til den mer eksplisitte mentaliseringen. 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. Betrakninger om mentalisering og etik 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, avvisning, overbeskyttelse, maktmisbruk og symptomomkning (2). Eller – om vi beveger oss inn i det psykopatologiske handlingsrommet – rus, selvskadning, spiseforstyrret atferd eller voldelig utagering.

Fonagy-tradisjonen etablerer to grunnleggende former for mentaliseringsvikt, 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 uttrykk seg.

Den andre grunnformen av mentaliseringsvikt, «forestillingsmodus», svarer i et utviklingspsykologisk perspektiv til en alternativt 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 mellom tenåringer og voksne viser dette begrepet til «disosiering», 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 mangente klare referanser til pasientens aktuelle situasjon tog 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 være i flere år og tilsynelatende handle om viktige psykologiske temaer, uten at det skjer avgjørende endringer (2). Forestillingsmodus er *for uirkelig*, 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 mentaliseringsvikt 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 mentaliseringsvikt ikke er en stabil egenskap. Mentaliseringsevnene er sterkt avhengige 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 blinde. 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 former – 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, opplatthet av eget og andres sinn og undring er kjerneelementene i en mentaliserende terapeutisk holdning. Den terapeutiske holdningene 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 selvoppfatninger, lav selvfølelse og psykopatologiske 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 som psykiateren. I en mentaliseringsbasert tilnærming er ikke en ny og mer livsgegn 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 sentral 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. Ellers kan man si det med andre og velkjente ord – prosessen 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 innleggelsler og mindre medikamentbruk, suicidalitet og selvskadning. 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 ved 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. Behandlerne bidrar selv til misforståelser og konflikter. En viktig terapeutisk intervensjon er således bruken av ordet «unnskyld».

