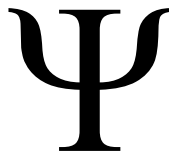




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



En sammenlignende analyse av psykopatologi, endringsmekanismer og terapeutiske handlinger i Intensiv dynamisk korttidsterapi og Mentaliseringsbasert terapi

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Sondre Haga

Peter Haugene

Høst 2019

Innholdsfortegnelse

Forord	III
Abstract	IV
Sammendrag	V
Introduksjon	1
<i>Felles teoretisk bakgrunn</i>	2
<i>Mentaliseringsbasert terapi</i>	2
<i>Intensiv dynamisk korttidsterapi</i>	3
<i>Endringsmekanismer</i>	4
Teoretisk redegjørelse	6
<i>ISTDP: patologi, endringsmekanismer og terapeutisk handling</i>	6
<i>MBT: psykopatologi, endringsmekanismer og terapeutisk handling</i>	13
Sammenlignende drøfting	24
<i>Psykopatologien</i>	24
<i>Endringsmekanismene</i>	27
<i>De terapeutiske handlingene</i>	35
Avsluttende diskusjon	42
<i>Epistemologisk grunnlag</i>	42
<i>Ontologiske forskjeller: Funksjonalistisk og strukturalistisk</i>	43
<i>Fortrengte følelser og umentalisert affekt</i>	44
<i>Intrapersonlig og interpersonlig orientering</i>	45
Sammenfatning	47
Referanser	49

Forord

Vi vil særlig takke kjærestene våre Ingrid Juul Molvær og Eirin Veseth for støtte og tålmodighet gjennom skriveprosessen. Vi retter også en stor takk til vår veileder, Helge Holgersen, for hans hjelp, kritiske spørsmål og kommentarer underveis i arbeidet. Vi ønsker også å takke Daniel Gunstveit og Ingrid Juul Molvær for korrekturlesning.

Veileder

Helge Holgersen

Institutt for klinisk psykologi

Abstract

We have conducted a theoretical comparison of contemporary theories of psychopathology, mechanisms of change and therapeutic action in the psychotherapeutic treatments Mentalization-based treatment (MBT) and Intensive Short-Term Psychodynamic Therapy (ISTDP), with emphasis on mechanisms of change. The models share a psychoanalytic inheritance; however, our comparison reveals considerable differences in theory. Ontologically, ISTDP adhere to a structural point of view of psychopathology and mechanisms of change, while MBT take a more functionalist viewpoint. In their understanding of the patient and the therapeutic process, the methods present rather different orientations; respectively as a closed intrapersonal system (ISTDP), and a reciprocal interpersonal system (MBT). The importance of experiences with significant others in early childhood is shared and inherent in their theories, and the models appear to agree in their view of psychopathology being rooted in something not sufficiently integrated in the patient's self. Nonetheless we find that the respective psychotherapists work not only differently, but also with different psychic material. The ISTDP-therapist works with specific techniques targeting repressed and conflicting feelings, while the MBT-therapist work according to general principles to increase the capacity to mentalize the unmentalized affect.

Keywords: Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy, Mentalization-based therapy, mechanisms of change, theory of psychopathology, therapeutic action.

Sammendrag

Vi har i denne oppgaven sammenlignet teorier om psykopatologi, endringsmekanismer og terapeutiske handlinger i de psykoterapeutiske behandlingsmetodene Mentaliseringsbasert terapi (MBT) og Intensiv dynamisk korttidsterapi (en. ISTDP), med særlig vekt på endringsmekanismer. Modellene deler en felles psykoanalytisk arv, men vi har i denne sammenligningen funnet det vi mener er vesentlige forskjeller i teori. Ontologiske forskjeller viser seg ved at ISTDP i større grad tar et strukturalistisk standpunkt i sin forståelse av psykopatologi og endringsmekanismer, mens MBT i større grad fremstår funksjonalistisk. Metodene synes å være ulikt orientert i sin forståelse av pasienten og den terapeutiske prosessen som henholdsvis et lukket intrapersonlig system (ISTDP) eller gjensidig, interpersonlig system (MBT). Erfaringer med tidlige signifikante personer i utviklingen av psykopatologi vektlegges i begge modellene, og metodene synes å enes i sitt syn på psykopatologi som å ha opphav i noe som ikke er tilstrekkelig integrert i pasientens selv. Vi finner imidlertid at de respektive terapeutene virker å arbeide på forskjellige måter med tilsynelatende ulikt psykisk materiale. ISTDP-terapeuten benytter seg av spesifikke teknikker mot fortrenge konflikthylte følelser, mens MBT-terapeuten tar i bruk generelle prinsipper for å øke evnen til mentalisering av umentalisert affekt.

Introduksjon

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) og Intensiv dynamisk korttidsterapi (en. ISTDP) er to former for psykoterapi som praktiseres i Norge i dag. Begge retningene har etablerte fagmiljøer i Norge og praktiseres av mange psykologer og andre helseprofesjoner. De har også institutter der det utdannes terapeuter i betydelig omfang. Institutt for mentalisering har siden 2008 utdannet omtrent 280 individualterapeuter og 170 gruppeterapeuter (S. Karterud, personlig kommunikasjon, 22. oktober, 2019). Norsk institutt for ISTDP har utdannet ca. 160 individualterapeuter, og har omtrent 100 personer i videreutdanning i dag (B. Langvasbråten, personlig kommunikasjon, 22. oktober, 2019). Til felles har MBT og ISTDP også at de er aktive terapier, med andre ord at terapeuten relativt ofte intervensjoner med for eksempel spørsmål, bekreftelser, tolkninger eller kommentarer. Begge er det vi vil kalle moderne psykoterapiformer.

Retningene har opphavet i psykoanalytisk teori til felles, men har videreutviklet seg til selvstendige retninger med sine egne teorier og metoder. Det er interessant å sammenligne MBT og ISTDP ettersom de fremstår som nokså forskjellige til tross for felles opphav. Sentrale forfattere og utviklere av metodene har, så langt vi har funnet, ikke referert til hverandres teorier eller begreper. Terapeuter fra hver av retningene vil sannsynligvis ha ulike oppfattelser og tanker om pasienters problemer og deres behov i behandling. Vi håper en sammenligning vil resultere i et klarere bilde.

Vi vil i denne oppgaven se nærmere på hva som forårsaker pasientens lidelse, hva som gjør at pasienten endrer måter å føle, tenke og handle på og dermed blir bedre, og hva man som terapeut forsøker å gjøre noe med i arbeid med mennesker i psykoterapi. Vi har derfor valgt å avgrense temaet til følgende problemstilling: *Hvordan skiller MBT og ISTDP seg i synet på psykopatologi, endringsmekanismer og terapeutiske handlinger?* Vi vil besvare spørsmålet med vekt på endringsmekanismer.

Felles teoretisk bakgrunn

MBT og ISTDP har sprunget ut av den psykoanalytiske tradisjonen. Begge retninger har herfra med seg teorier, begreper og måter å tenke på.

Psykoanalysen bygger på noen grunnleggende prinsipper. Blant disse er interessen for psykiske strukturer, mekanismer og dynamikker. Siden Freud har man også lagt mye vekt på det som skjer mellom pasient og terapeut. Freud innførte begrepene overføring og motoverføring, for å forstå og forklare hvordan indre psykiske dynamikker påvirker ytre relasjoner. Større interesse for relasjonen og dens potensiale for utforskning og endring har siden utviklet seg (Binder, Nielsen, Vøllestad, Holgersen, & Schanche, 2006). Dette innebærer blant annet objektreasjonsteorier, interpersonlig teori og tilknytningsteori. Tanken om det *ubevisste* ligger også som en grunnstein i psykoanalysen. I det ligger antagelsen om krefter, følelser og forestillinger vi ikke er oss bevisst, men som likevel påvirker atferd og psykisk liv.

Mentaliseringsbasert terapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en forholdsvis ny psykoterapeutisk behandlingsmetode, med opphav i Storbritannia ved Anna Freud-senteret på slutten av 90-tallet og begynnelsen av 00-tallet. MBT har teoretiske røtter til fransk psykoanalyse, hvor mentaliseringsbegrepet først ble konseptualisert som evnen til å danne mentale representasjoner av erfaringer, som dikotom motpol til somatisering (Marty & Luquet, referert i Bouchard & Lecours, 1997, s. 858-860). I dag legger MBT vekt på teorien om naturlig pedagogikk, og bygger særlig på John Bowlbys tilknytningsteori om barnets dannelse av indre arbeidsmodeller fra tilknytningserfaringer (Bateman & Fonagy, 2016). MBT sin oppdaterte tilknytningsmodell er informert av psykoanalytisk teori, særlig Winnicott og Bion, samt utviklingspsykologisk forskning på spedbarn og deres interaksjoner med omsorgsgiver (Bateman & Fonagy, 2016; Karterud & Bateman, 2010).

Historisk kan teorien og språket i MBT spores til en serie artikler publisert av Fonagy og Target på slutten av 90-tallet og tidlig 00-tallet, hvor kasus fra barneanalyser var utgangspunkt for å beskrive en ny teori om selvets utvikling (Fonagy & Target, 1996; 2000; 2007; Target & Fonagy, 1996). Kort tid etter publiseres den første studien med randomiserte kliniske forsøk som viser at MBT er en effektiv behandling for Borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 1999). Med boken *Affect Regulation, Mentalization and Development of the Self* (Fonagy, Target, Gergely, & Jurist, 2002) utbroderes mentaliseringsteorien med fokus på tilknytningsrelasjonens funksjon og betydning for affektregulering, selvutvikling og mentalisering. I 2004 kommer den første manualen for Borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2004). Siden har teorien og behandlingsprinsippene blitt tilpasset og anvendt på en rekke andre psykiske lidelser og problemområder: antisosial personlighetsforstyrrelse, unge mødre i risikozonen, spiseforstyrrelser, depresjon, traumer, rusavhengighet, emosjonelle vansker hos ungdom med gryende personlighetsproblematikk, familierapi og terapi med barn (Aasen & Fonagy, 2012; Allen, Lemma & Fonagy, 2012; Bateman & Fonagy, 2012c; Bateman & Fonagy, 2012d; Bateman & Fonagy, 2016; Bleiberg, Rossouw, Sharp, & Fonagy, 2012; Luyten, Fonagy, Lemma, & Target, 2012; Philips, Kahn, & Bateman, 2012; Skårderud & Fonagy, 2012; Suchman, Pajulo, Kalland, DeCoste, & Mayes, 2012).

Intensiv dynamisk korttidsterapi

Det finnes en rekke ulike varianter av psykodynamisk korttidsterapi. Disse har oppstått som følge av, blant annet, et ønske om å redusere tids- og ressursbruk i psykoterapi. I den klassiske formen for psykoanalyse slik den ble utført etter Freuds tid, økte stadig tiden pasienter gikk i analyse. Utviklingen av en mer fokusert form for psykoanalyse startet med Sandor Ferenczi og Otto Rank på 1920- og 30-tallet, fortsatte med Alexander og French, og har siden utviklet seg til å bli et felt med mange ulike former for psykodynamisk

korttidsterapi (Messer & Warren, 1995). Anerkjente former for psykodynamiske korttidsterapier som eksisterer i dag er blant annet Accelerated Experiential Dynamic Psychotherapy, Affect Phobia Therapy og ISTDP.

ISTDP ble utviklet av Habib Davanloo på 1970-tallet, med videreutviklinger gjennom 80 og 90-tallet. Davanloos metapsykologi er primært inspirert av Freuds struktur-, topografi- og driftsteori (Messer & Warren, 1995). Man finner med andre ord igjen mye av språket om *id*, *ego* og *superego*, *det ubevisste* og *det bevisste* (Malan & Della Selva, 2006), i tillegg til teorien om aggressive tendenser (morderisk raseri) i mennesket. Det relasjonelle aspektet utelukkes ikke, men kan sies å være langt mer nedtonet enn i andre former for psykodynamisk korttidsterapi (Bl.a. hos Luborsky, Weiss, & Sampson, og Strupp & Binder, se Messer & Warren, 1995).

Sammenlignet med andre psykodynamiske korttidsterapier fremstår Davanloos metoder å være mer konfronterende, i tillegg til å være særlig fokusert på pasientens følelser av sinne og raseri. I begynnelsen var det smale kriterier for hvem som kvalifiserte til denne formen for terapi, men Davanloo reviderte stadig metodene sine, noe som førte til at terapiformen kunne benyttes på en stadig større pasientpopulasjon. Abbass (2015) viser til at det er rundt 40 publiserte studier som taler for at metoden i dag kan anvendes på majoriteten av pasienter i psykisk helsevern med høy effektivitet symptommessig og kostnadmessig, og resultater som vedvarer i langtidsoppfølging. Coughlin (2017) trekker frem at metoden synes å være effektiv på tilstander der mange andre har dårligere resultater, eksempelvis behandlingsresistent depresjon, panikk lidelse, personlighetsforstyrrelser, somatiseringslidelser, medisinsk uforklarlige symptomer og konversjon.

Endringsmekanismer

En endringsmekanisme er en *mediator*, en mellomliggende variabel som kan bidra til å forklare relasjonen mellom psykoterapi (uavhengig variabel) og utfallet av dette (f. eks

symptomreduksjon) (avhengig variabel). Men en endringsmekanisme innebærer mer spesifikt de prosesser eller hendelser *inni* pasienten som er årsak til psykologiske og somatiske endringer (Johansson & Høglend, 2007; Kazdin, 2007). Eksempler på dette er bedre sosiale evner, kapasitet til å romme nye følelser, eller å tenke om eller prosessere informasjon på nye måter. Det kan metaforisk beskrives som det som sitter fast og som man forsøker å forløse; det som har gått i stykker og som man forsøker å sette sammen; eller som det som har gått tapt, som man forsøker å finne frem til igjen.

I en artikkel fra 2004 presenterer Jørgensen seks aktive ingredienser han mener er felles for alle former for psykoanalytisk forankret psykoterapi. Det han kaller *aktive ingredienser* ligger nært opp til eller er synonymt med det vi betegner som endringsmekanismer. Vi har brukt Jørgensens rammeverk til å identifisere og skille ut teoretiske endringsmekanismer i teoriene vi har undersøkt.

Jørgensens aktive ingredienser er: (1) *emosjonell avreagering* (eller *katarsis*), (2) *eksponering, desensitisering og endring i pasienten fra passiv til aktiv aktør*, (3) *emosjonelt korrigerende erfaring og internalisering av den terapeutiske interaksjon*, (4) *utvikling av affektregulering*, (5) *utvikling av mentalisering og selvrefleksivitet* og (6) *nytt narrativ om selvet*. Vi inkluderer en syvende mekanisme, *epistemisk tillit*, ettersom denne endringsmekanismen ikke omfattes av rammeverket og er sentral del av siste revidering av mentaliseringsteori (Bateman & Fonagy, 2016).

Vi vil først presentere et omriss av hver metode med fokus på psykopatologi- og patogeneseteori, endringsforståelse og terapeutiske handlinger. Deretter går vi videre til sammenlignende drøftelse. Her går vi mer detaljert og utdypende inn deler av teoriene for tilstrekkelig å kunne drøfte mer komplekse forhold.

For å gjøre det enklere for både leseren og oss selv, har vi valgt en konsistent bruk av kjønnspronomen. Vi vil referere til terapeuten som *han*, og pasienten som *hun*.

Teoretisk redegjørelse

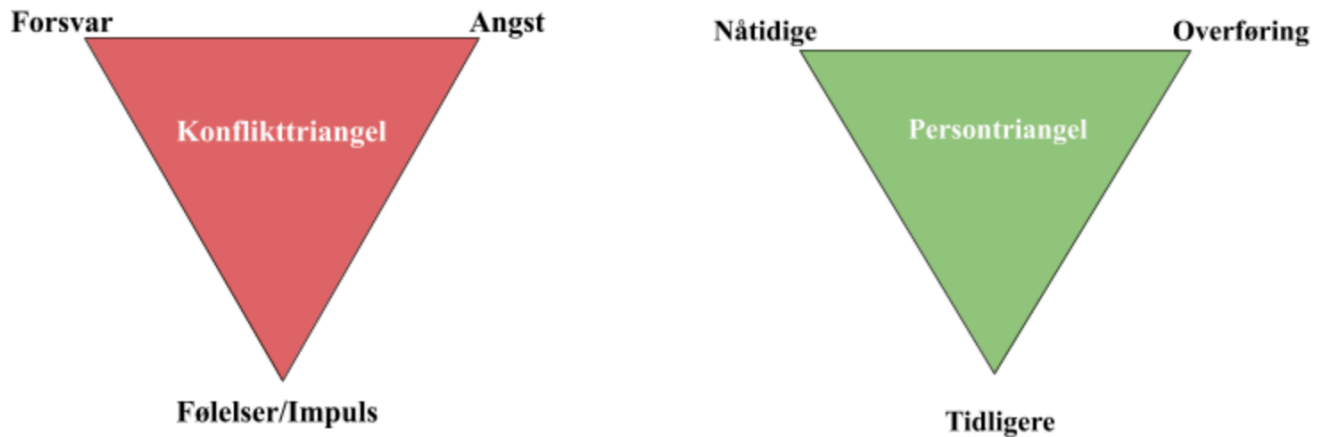
ISTDP: patologi, endringsmekanismer og terapeutisk handling

Psykopatogenese. I teorien om hvordan psykiske lidelser utvikles, ses forstyrrelser i tilknytning som den viktigste eksogene årsaken. Traumatiske opplevelser i relasjon til omsorgspersoner eller andre nære relasjoner (søsken, kjærester osv.), eller opplevelser av å bli forlatt er eksempler på dette (Davanloo, 2000). Når disse smertefulle hendelsene erfares kan personen reagere med sterke negative følelser mot personene de opplever er grunnen til disse erfaringene. Å håndtere disse følelsene og tilhørende fantasier kan være en vanskelig eller umulig oppgave. Jo tidligere det erfares, dess verre tenkes det at følgene vil være. De tidligste årene (0-4 år) tenkes å være en særlig sårbar periode. Mest typisk vil det ifølge teorien oppstå vansker i konflikt mellom følelsene sinne eller raseri, kjærlighet og skyldfølelse (Abbass, 2015). De følelsesmessige konfliktene vil når uutholdelige for ego bli fortrent (Davanloo, 1990; Freud, 1895). Ved fortrenning blir følelser og minner gjort ubevisst. Personen vil som en følge av dette ha deler av seg selv som er ikke er direkte tilgjengelige.

En ikke-optimal håndtering av følelser aktivert ved et større eller mindre tilknytningstraume vil altså være utgangspunktet for utvikling av psykisk lidelse. Davanloo (2000) hevder at personer med de mest alvorlige forstyrrelsene i voksen alder i alle tilfeller har opplevd alvorlige traumer eller serier med traumer i sine første leveår.

Konflikttriangelen og persontriangelen. Et tilknytningstraume vil bære i seg ubevisste følelser, ubevisst angst og ubevisste forsvar mot angsten. I terapisisituasjonen er det særlig potensiale for at denne kjeden av psykiske hendelser aktiveres. Terapeuten er for pasienten en person som tilbyr omsorg, bekreftelse og mulig tilknytning, og vil derfor kunne vekke tidligere begravde følelser fra tilknytningstraumer (Abbass, 2015). Konflikt -og

persontrianglerne (Malan, 1976; 1979, i Coughlin 2017, s. 20) illustrerer sammenhengene over:



Figur 1. Konflikt- og persontrianglerne.

Trianglerne er verktøy som skal hjelpe terapeuten med å holde oversikt og tenke om pasientens dynamikker. *Konflikttriangelet* hjelper terapeuten å navigere i hvor pasienten til enhver tid er i den terapeutiske prosessen. Når terapeuten utfordrer pasienten til å snakke om følelsene den har rettet mot en person i livet sitt, vil pasienten ifølge teorien: (1) svare direkte med følelser, (2) svare med forsvar eller (3) reagere med (økt) angst. De *følelser og impulser* det er snakk om er de som inngår i regulering av relasjoner og tilknytning, og overlevelse. I ISTDP regnes raseri, skyld, kjærlighet, smerte og sorg som de mest elementære. Avhengig av pasientens respons, har terapeuten ulike verktøy å møte pasienten med (Coughlin, 2017).

Konfliktdynamikken vil kunne reaktiveres med ulike personer i pasientens liv. *Persontriangelet* illustrer at psykiske konflikter med (1) *tidligere* personer kan reaktualiseres med (2) andre personer i pasientens liv *i dag*, inkludert (3) terapeuten (*overføring*) (Coughlin, 2017).

Ved hjelp av trianglene får terapeut og pasient hjelp til å forstå hva som skjer i pasienten, og hva som skjer i møte med mennesker i og utenfor terapirommet.

Diagnostikk: psykonevroser og skjør karakterstruktur. I ISTDP opereres det med egne diagnostiske kategorier og en egen fremgangsmåte for å sette diagnose. Dette innebærer at terapeuten, utover alle formelle hensyn knyttet til nasjonale og lokale retningslinjer for diagnostisering, tar utgangspunkt i diagnoser knyttet til egen teori.

Fremgangsmåten kalles *psykodiagnostisk vurdering* eller *psykodiagnostisk prosess* (Abbass, 2015). Prosessen er, i likhet med terapimetoden generelt, responsdrevet. Det vil si at det er pasientens ulike responser på terapeutens intervensjoner som informerer vurderingen (Coughlin, 2017). Terapeuten starter undersøkelsen med å fokusere på spesifikke, følelsesladete hendelser knyttet til pasientens problemer. Målet er at pasienten skal oppleve affekter som er knyttet til disse hendelsene og snakke videre om sine problemer mens hun er i følelsesmessig kontakt med seg selv. Hvor lett tilgjengelig affektene er sier noe om hvor alvorlig den psykiske lidelsen er.

Når terapeuten etterspør affektladet, konfliktfylt materiale vil pasienten oppleve en viss grad av *angst*. Angsten vil i sin tur oftest aktivere pasientens *forsvar*. Forsvaret sørger for at pasienten opprettholder avstand til følelsene (eller realiteten) og holder dem frakoblet opplevelsen her-og-nå. Et eksempel på dette er at pasienten unngår å snakke i første person eller holder fast ved en forståelse av at hennes psykiske vansker handler om ytre forhold (e.g. “det er X som er skyld i at jeg har det som jeg har det”). Forsvarene utgjør det som betegnes som pasientens *motstand*. Man kan si at pasienten utøver en viss motstand mot å snakke om kjernen av sine problemer. Det er *grad av motstand* og *hvordan pasientens angst manifesterer seg* som er avgjørende for den diagnostiske vurderingen (Abbass, 2015).

Ved siden av opplevelse av angst som en psykisk kvalitet eller følelse kan angst ifølge Abbass (2015) manifestere seg fysiologisk på ulike måter. Den kan vise seg i tverrstripet

muskulatur, glatt muskulatur og i det kognitivt-perseptuelle systemet. Henholdsvis kan vi som eksempler nevne anspenhet i brystmuskler, skuldre og kjeve, diaré og irritabel tarm-syndrom eller tåke- og tunnelsyn. Hvor den manifesterer seg har ifølge teorien å gjøre med hvor høy pasientens toleranse for opplevelse av angst er. Om angsten sitter i tverrstripet muskulatur indikerer dette *høy* toleranseterskel, i glatt muskulatur *lavere* terskel, i kognitivt-perseptuelt *svært lav* terskel. Hvor lav terskelen er sier noe om hvor *skjør karakterstruktur* pasienten har (Abbass, 2015).

I den psykodiagnostiske vurderingen finner man frem til grad av motstand og toleranseterskel for angst. Grad av motstand forteller oss om pasienten lider av psykonevrotiske forstyrrelser. Man har altså to diagnostiske kategorier i ISTDP; psykonevrose og skjør karakterstruktur. Disse diagnosene vil ofte sameksistere, og mer alvorlig psykonevrose fører som regel med seg skjørere karakterstruktur. Toleranseterskel og angsts plassering må kontinuerlig monitoreres også etter at psykodiagnostisk prosess er avsluttet.

Terapeutisk handling og endringsmekanismer. I et tilknytningstraume har en person man har kjærlighet til og er avhengig av voldet en store smerter, oftest ledsaget av sterke negative følelser (Abbass, 2015). Dette kan være smerten ved å bli forlatt, som deretter vil resultere i raseri mot tilknytningspersonen. Om følelsene er uhåndterlige vil de bli fortrent og liggende i det ubevisste, og ved hjelp av forsvar forhindret i å fremtre i sin opprinnelige form. Hvis følelsene senere blir reaktivert får de forvrengte uttrykk, ofte som det man i en klinisk sammenheng vil kalle symptomer. I ISTDP vil man derfor jobbe for å aktivere følelsene, bryte ned forsvaret som forhindrer direkte tilgang følelser, for så å validere, utforske og gjennomarbeide det psykiske materialet (følelser, impulser, forestillinger, minner) som trer frem i prosessen (Davanloo, 2000). Sentrale endringsmekanismer i ISTDP ligger i disse indre prosessene.

Overordnet og forenklet kan vi si at den viktigste endringsmekanismen i ISTDP er todelt; å gjenvinne tilgangen til følelser og følelsesuttrykk som på et tidspunkt dannet en psykisk konflikt og ble fortrent, og å lære seg og leve med et rikere følelsesregister og følgene av dette. Når pasienten oppnår dette vil hun bli mer eller mindre fri for psykisk lidelse (Coughlin, 2017). Terapeutisk sett består veien til denne endringen av mange del-mekanismer hjulpet frem av overveide terapeutiske handlinger.

Press. Først må pasienten oppfordres til å snakke om et følelsesmessig konfliktpreget tema. Når terapeuten gjør dette må han legge tilstrekkelig *press* på pasienten. Press er den viktigste terapeutiske handlingen i ISTDP og gjør pasienten engasjert og mobiliserer komplekse følelser (Davanloo, referert i Abbass, 2015, s. 69). Eksempler på press er å etterspørre hva pasienten føler eller hvordan følelsen oppleves i kroppen; press på å være spesifikk i beskrivelse av problemer, eller press på å holde seg til oppgaven om å utforske problemet. I de fleste tilfeller vil ikke pasienten få en direkte opplevelse av følelsene på dette stadiet i terapien. Aktivisering av følelser vil heller vekke angst, som i sin tur øker pasientens motstand. Motstanden blir tydelig når den utkrystalliserer seg i identifiserbare forsvar. Neste terapeutiske handling er så å påpeke forsvarene og de hemmende funksjonene disse har.

Avklaring og utfordring. Man skal *avklare* forsvarene som fremtrer, beskrive deres natur og den skadelige effekten de har. Dette skal hjelpe pasienten å se og forstå sin indre dynamikk (konflikttriangel) og stille seg opp mot sitt eget forsvar (Abbas, 2015). For de med lav til moderat motstand kan dette være nok til at de opplever et gjennombrudd til det ubevisste. Et *gjennombrudd til det ubevisste* betegner det som skjer når pasientens ubevisste følelser implisitt eller eksplisitt trer frem i den terapeutiske dialogen. Når dette ikke er nok må man samarbeide med pasienten om å *utfordre* de defensive mønstrene. Det er viktig at pasienten ikke opplever at terapeuten er imot *henne*, men imot forsvarene (Abbas, 2015).

Terapeuten må med andre ord sørge for å ha pasienten med seg i forståelsen av forsvarene før disse kan utfordres.

Frontkollisjon. Pasienter som utviser moderat til høy motstand krever at terapeuten fortsetter arbeidet med å hjelpe pasienten til å være emosjonelt tilstede og aktiv i sin egen terapi. Terapeuten vil i det som kalles en frontkollisjon med pasientens motstand bruke alle verktøy han har for å nå frem til pasientens følelser. Intervensjonene utføres raskt og effektivt for å hindre at pasienten setter seg selv i en hjelpeløs eller tilbaketrukket posisjon. Dette innebærer varierte intervensjoner fra press, avklaring og utfordring, påpekninger og presiseringer av hva som hemmer pasienten her-og-nå, ansvarliggjøring av pasienten og påminnelser om terapeutens begrensninger (Abbass, 2015).

Rekapitulering og konsolidering. De terapeutiske handlingene som hittil er gjort rede for har til felles at de skal aktivere og motivere pasienten. For at pasienten bedre skal tåle og forstå det som kommer frem av angstreaksjoner, følelser, impulser og minner, må terapeuten hjelpe pasienten med regulering av angst, og tenke høyt om sammenhenger i psyken. Rekapitulering er i denne sammenhengen korte, men hyppige intervensjoner. Rekapitulering gjøres hyppigere jo skjørere karakterstruktur pasienten har, grunnet deres behov for regulering av angst som går over terskelen (Abbass, 2015). Konsolidering er mer omstendelig og utføres med større intervaller, gjerne på slutten av en time. I begge tilfeller benytter man seg av konflikt- og persontrianglerne og sammenhengene som kan trekkes med hjelp av disse (Abbass, 2015). Man påpeker gjerne hva som nettopp har foregått i timen: “vi snakker om hva du kjente på (følelse) i diskusjon med mannen din, og så snur du plutselig samtalen (angst) til å snakke nedsettende om deg selv (forsvar)”.

Rekapitulering og konsolidering brukes i tillegg til å regulere angst her og nå, til å øke den generelle toleranseterskelen for angst hos personer med skjør karakterstruktur. Økt toleranse for angst vil forhindre at angsten gir seg uttrykk i mageproblemer, eller problemer

med persepsjon og tenking. I denne prosessen utvikler pasienten gradvis de mer modne forsvarsmekanismene *isolasjon av affekt* og *intellektualisering* (Abbass, 2015).

Rekapitulering og konsolidering benyttes også alene for å øke pasientens innsikt i egne dynamikker.

Ubevisste prosesser. Det antas å være flere ubevisste aspekter i den terapeutiske prosessen. Terapeuten arbeider med å aktivere, identifisere og monitorere disse.

Et viktig aspekt er den *ubevisste terapeutiske alliansen* (Davanloo, 2000). Et mål i ISTDP er at terapeuten hele tiden skal kommunisere like mye med pasientens bevisste del som hennes ubevisste. Patricia Coughlin (2017) beskriver den ubevisste terapeutiske alliansen som en vekstfremmende kraft som kommer innenfra, lik et emosjonelt immunsystem. Den er noe annet enn det som er kalt “positiv overføring”, der pasienten kan assosiere terapeuten med andre velgjørende personer fra sin fortid. En positiv overføring er ikke utelukkende et gode, da denne har potensialet til å forstyrre terapeutisk allianse og for eksempel føre til regresjon i følge Coughlin (2017).

Den ubevisste terapeutiske alliansen gir seg til kjenne gjennom *hvisk fra alliansen*: samtidig som pasienten gjør motstand mot åpent å snakke om sine følelser, gir den ubevisste alliansen tilkjenne subtil kommunikasjon fra det ubevisste (Abbass, 2015). Et eksempel er gjennom *negasjon* (Freud, 1925/2010): “jeg er ikke sint på mannen min, men ...”. Dersom pasienten formidler dette er det sannsynlig at hun mener det motsatte, og man bør utforske følelser av sinne mot mannen. Andre ubevisste aspekter er *ubevisste, komplekse overføringsfølelser* og *opplåsning av det ubevisste*. Det første er en betegnelse på, som vi har vært inne på tidligere, smerte, raseri, skyld og kjærlighet tilknyttet tilknytningstraume(r). I *overføring* ligger det at følelsene oftest oppleves rettet mot terapeuten, før de siden assosieres med tilknytningspersoner. Opplåsning av det ubevisste, fullstendig eller delvis, betegner det som skjer når pasienten får direkte kontakt med nevnte følelser.

Fysiske impulser og morderisk raseri. Pasienten oppfordres til å fortelle om hvilke impulser og fantasier hun har når hun går gjennom følelser av raseri. Terapeuten oppfordrer til kjenne på hva den fysiske fornemmelsen av raseriet får henne til å ville gjøre i fantasien (Abbass, 2015; Davanloo, 2000). I de mest ekstreme tilfellene går pasienten gjennom fantasier om torturerende morderisk raseri, og forteller da detaljert om hvordan hun går frem for å torturere personen som i fantasien gjerne er den som påførte pasienten traumer. At man når frem til pasientens sterkeste former for ubevisst raseri er ansett som essensielt (Davanloo, 2000).

Emosjonelt korrigerende erfaring. Alexander og French var personene som i 1946 formulerte begrepet om en *emosjonelt korrigerende erfaring*, og beskrev det som en reeksponering, der pasienten under mer fordelaktige omstendigheter møter på emosjonelle situasjoner hun ikke kunne håndtere på et tidspunkt tidligere i livet. Pasienten må gå gjennom en korrigerende emosjonell erfaring, som har kvaliteten til å reparere traumatiske virkninger av tidligere erfaringer (sitert i Marmor, 1986, s. 43). Fenomenet er trukket frem som en endringsmekanisme i ISTDP av flere forfattere (Della Selva, 2004; Marmor, 1986; Rosenberg, 1988). Et eksempel på det er der man i den terapeutiske prosessen forsøker å redusere motstand gjennom *avklaring* og *utfordring* og ubevisste følelser får komme til uttrykk. Dette er følelser pasienten har fryktet. Optimalt sett vil terapeutens respons ikke være lik det pasienten hadde fryktet. Erfaringene trenger noen ganger å gjentas, og de kan finne sted i ulike deler av terapien (Della Selva, 2004).

MBT: psykopatologi, endringsmekanismer og terapeutisk handling

Hva er mentalisering? Mentalisering er den forestillende mentale aktiviteten som gjør det mulig for oss å oppfatte, tolke og gi mening til egne og andres handlinger og atferd ut fra *intensjonelle mentale tilstander* som behov, ønsker, følelser, oppfattelser, mål, hensikter og grunner (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Bateman & Fonagy, 2006). Mentalisering er

viktig for å kunne skille mellom fantasi og virkelighet, for å vite hvem man er, at man henger sammen psykisk, for å forstå hva som foregår mellom mennesker, for å kunne kommunisere godt med andre, for å kunne regulere egne og andres følelser, for å unngå misforståelser, og for å forstå at det er en sammenheng mellom handlinger og følelser, både hos seg selv og andre (Karterud & Bateman, 2010; Wallroth, 2011). Mentalisering er delt opp og beskrives i fire dimensjoner (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy, Bateman & Luyten 2012):

Implisitt og eksplisitt. Dimensjonen reflekterer hvorvidt man mentaliserer på en *automatisk* eller *kontrollert* måte. Kontrollert mentalisering er langsom, vanligvis verbal, og innebærer overveielse og refleksjon, intensjon, bevissthet og innsats. Automatisk mentalisering er mer refleksiv, krever lite eller ingen oppmerksomhet, intensjon og innsats, og foregår i stor grad ubevisst. Automatisk mentalisering dominerer i dagliglivet. I de fleste interpersonlige interaksjoner lener man seg på automatiske og ureflekterte antakelser eller oppfatninger om oss selv, om andre og om oss selv i relasjon til andre. Et høyt mentaliseringsnivå innebærer å være bevisst andres sinn, og adaptivt og fleksibelt bytte mellom eksplisitt og implisitt (Fonagy et al., 2012).

Indrefokusert og ytrefokusert. Dimensjonen reflekterer hva som er *mentaliseringens fokus*. Er utgangspunktet for ens forståelse av seg selv og andre mentale indre prosesser, som tanker, følelser og opplevelser? Eller baserer man sin forståelse av seg selv, andre eller ens interaksjon med andre på ytre, fysiske og synlige trekk som f. eks ansiktsuttrykk og atferd? Også her innebærer god mentalisering balanse mellom polene. Ved for stort ytre fokus vil man ikke kunne modifisere ens oppfatninger av andre ved hjelp av integrasjon av informasjon om deres indre (Fonagy et al., 2012).

Seg selv og andre. Dimensjonen handler om hva som er *mentaliseringens objekt*, andre eller en selv. Svekkelser og ubalanse i evnen til å reflektere over seg selv og andre er utbredt og situasjonsbetinget. Det er normalt å svinge mellom hvem som er objekt for

mentaliseringsprosessen, og de fleste vil være noe bedre på den ene eller andre polen. Ubalanse i form av overdreven oppmerksomhet på enten seg selv eller andre fører til ensidighet i mellommenneskelige forhold og vanskeliggjør gjensidig sosial interaksjon. Vår kapasitet langs denne dimensjonen er nært knyttet opp til selvutviklingen som skjer i samspill med våre tilknytningspersoner (Fonagy et al., 2012).

Kognitiv og affektiv. Dimensjonen omhandler mentaliserings *form*. I hvor stor grad vår forståelse av oss selv og andre er informert av kognitive eller affektive prosesser. Affektiv mentalisering reflekterer kapasiteten til å *erfare* emosjonelle reaksjoner når man observerer andre og når man selv erfarer noe. Kognitiv mentalisering reflekterer kapasiteter til *fortolkning*; rolletaking, å tilpasse seg eller tillate seg og ta en annens psykologiske synspunkt og å antyde eller tolke andres affektive og kognitive mentale tilstander. Det er velkjent at enkelte utilbørlig vektlegger enten kognitive eller affektive aspekter i sin forståelse av seg selv og andre (Allen et al., 2008; Fonagy et al., 2012).

God mentalisering innebærer fleksibilitet og balanse mellom og innad i dimensjonene.

Normalutvikling. Evnen til å mentalisere er genetisk fundert, men må virkeliggjøres gjennom utviklingen med “gode nok” erfaringer med tilknytningspersonene. Dette innebærer blant annet at interaksjonen mellom omsorgsgiver og barn er preget av markert speiling. Markert speiling vil si at den voksne representerer barnets emosjonelle tilstand på en måte som formidler forståelse, samtidig som man kommuniserer at affekten er håndterbar, snarere enn at man reflekterer tilbake barnets rå affekt i sitt fulle uttrykk (Fonagy et al., 2002).

Epistemisk tillit. Mentaliseringskapasiteter erverves gjennom utviklingen med tilknytningspersonene, men forutsetter at barnet forblir i en posisjon hvor det har *epistemisk tillit* til sine tilknytningspersoner. Epistemisk tillit er å ha tiltro til autenticiteten og den personlige relevansen til interpersonlig overført informasjon. Har barnet epistemisk tillit, åpner det sitt sinn for verden slik at det tar inn ny relevant sosial kunnskap. At barnet

oppretholder sin medfødte disposisjon til epistemisk tillit, avhenger av de samme gode erfaringene med tilknytningspersonene som mentalisering avhenger av (Fonagy & Allison, 2014; Sperber et al., 2010).

Selvutvikling og affektregulering. Et tilknytningsforhold preget av markert speiling har en betydelig effekt på barnets selvutvikling. Speilingen gir umiddelbar affektregulering, samtidig som den støtter utviklingen av uavhengig affektregulering hos barnet. Gjennom en internaliseringsprosess tar barnet opp i seg det bildet av seg selv det finner i tilknytningspersonens sinn, og på denne måten kommer en gradvis erkjennelse av seg selv (Fonagy et al., 2002).

Psykopatologi i MBT. Utvikling av personlighetsforstyrrelser, eller forstyrrelser i selvet, knyttes til aversive sosiale erfaringer i oppveksten, med konsekvenser for epistemisk tillit, affektregulering, tilknytning og mentalisering. Man tenker at den voksne pasienten er plaget av epistemisk mistillit og årvåkenhet, svekkede mentaliseringskapasiteter tilbøyelige til brist under aktivering (særlig med tilknytningspersoner), og med manglende kontinuitet og fremmede elementer i sin selvopplevelse (Bateman & Fonagy, 2012c; 2016).

Mentaliseringsbaserte behandlingstilnærminger brukes også for nevrotiske eller konflikt-forankrede lidelser som depresjon og traumer. I disse lidelsene finner man også mentaliseringsproblemer, men her forstår man mentaliseringsproblemer som en konsekvens av patologien, snarere enn det som forårsaker patologien. De svekkede mentaliseringsfunksjonene leder videre til problemer med affektregulering, realitetstesting, oppmerksomhet, selvkontroll, interpersonlige problemer m.m. (Bateman & Fonagy, 2012a, s. xvii).

Psykopatogenese ved selvforstyrrelser

Epistemisk mistillit. Barnet, og senere den voksne pasienten, kan lukke kanalene for sosial læring om det utsettes for aversive sosiale erfaringer med omsorgsgivere (Sperber et al.,

2010). Erfaringene som medfører epistemisk mistillit kan være dramatiske, som ved vold, overgrep, eller alvorlig forsømmelse. De kan også være mer subtile, som når barnet ikke gis gode nok erfaringer med markert speiling i samspillet med sin omsorgsgiver.

Utviklingsmessig fører dette til at disse individene forskanser seg eller blir fastlåst i en tilstand av generell usikkerhet og permanent epistemisk årvåkenhet og mistillit. I denne posisjonen vil de avvise informasjon som er inkonsistent med deres eksisterende antakelser og virkelighetsoppfatninger (Bateman & Fonagy, 2016).

Denne måten å lukke seg selv av fra sosial relevant informasjon vil skape en tilsynelatende rigiditet eller vegring for endring man kjenner igjen hos personer med omfattende selvforstyrrelser. Man kan få inntrykk av at de er “vanskelige å nå” og at de “hører, men ikke lytter”. Det disse pasientene imidlertid gjør, er simpelthen å åpenlyst vise oss sin fornuftige tilpasning til et sosialt miljø hvor informasjon fra tilknytningsfigurer er bemerket som “muligens misledende” (Bateman & Fonagy, 2016, s. 26). De har problemer med å legge merke til andres forsøk på å hjelpe, og ignorerer lett bevis på samarbeid og støtte, og fortsetter å føle seg forlatt, sviktet og ikke støttet. Den utviklingsmessige nedbrytelsen av tillit til sosial kunnskap anses i kontemporær mentaliseringsteori som en nøkkelmekanisme i patologisk personlighetsutvikling (Bateman & Fonagy, 2016, s. 26).

Mentaliseringssvikt. Mentaliseringssvikt er når mentalisering feiler. Man faller da tilbake til tidligere måter å representere sine psykologiske erfaringer på, som var forløperne til en fullverdig forståelse av mentale tilstanders natur. Disse har fått navnene *psykisk ekvivalens*, *forestillingsmodus* og *teleologisk forståelse* (Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy et al., 2012, Fonagy & Target, 2000).

Forestillingsmodus. Når en person operer i forestillingsmodus brytes tankenes og følelsenes forbindelse til virkeligheten. Personen kan, på samme måte som et barn som leker, skape en mental modell av verden de befinner seg i som er helt frakoblet virkeligheten, frem

til en situasjon utenfor, eller terapeuten bryter med modellen. I sin mest ekstreme form kan dette føre til sviktende orientering eller dissosiasjon. En mildere form er *intellektualisering*, der man distanserer seg fra den faktiske virkelighet gjennom abstrakt tenkning (Bateman & Fonagy, 2016, s. 17).

Psykisk ekvivalens. Når en person er i psykisk ekvivalens likestilles den mentale virkeligheten med den ytre. Tankene oppleves som ekte og sanne, hvilket gjør at subjektive erfaringer kan bli svært skremmende. Innholdet i sinnet mister sin "som om"-kvalitet. Dette gir seg ofte utslag i konkretistisk tenkning og skråsikkerhet (Bateman & Fonagy, 2016, s. 16).

Teleologisk forståelse. Når en person opererer i teleologisk modus trekkes slutninger om sinnstilstand og intensjon ut ifra handlingers faktiske, konkrete konsekvenser. Eksempelvis forstår man ikke at noen bryr seg om en, med mindre man fysisk kjærtregnes, får en gave, blir gitt en tjeneste e.l. Personer som under mentaliseringssvikt faller tilbake på teleologisk forståelse kan uttrykke dette gjennom utagering, oppføre seg dramatisk eller gjennom selvskadende handlinger (Bateman & Fonagy, 2016, s. 17).

Det fremmede selvet. Selvet bygges og utvikles først i interaksjon med omsorgsgiverne våre, og senere av en utvidet sosial verden. Internalisering av omsorgsgiverens bilde av barnet *som et intensjonelt vesen* er sentral for selvutviklingen. Barnets gryende selvrepresentasjon vil kun la seg feste ved det primære eller konstitusjonelle selvet (barnets *opplevelse av sin faktiske væren* eller *selvet som det er akkurat i øyeblikket*) dersom omsorgsgiver er oppmerksom, sensitiv og tilgjengelig for barnet (Bateman & Fonagy, 2004). For barnet oppleves den rå, umentaliserte og umøtte affekten som et sterkt press, og det er dermed et press på barnet til å utvikle en representasjon for de indre tilstandene. Barnet søker en tilknytningsperson som kan hjelpe det å finne et uttrykk. Dersom barnets tilstand ikke speiles vil barnet sannsynligvis internalisere omsorgsgiverens tilstand som en del av dets egen selvstruktur (Winnicott, 1971). F. eks dersom barnet konfronteres med en skremmende,

rasende eller redd omsorgsgiver tar barnet opp som deler i seg selv omsorgsgiverens sinne, hat eller frykt og omsorgsgiverens bilde av barnet som skremmende eller uhåndterlig (Fonagy & Target, 1995). Dette smertefulle bildet må så *eksternaliseres* for at barnet skal oppnå en håndterlig og sammenhengende selv-representasjon nettopp fordi det som eksternaliseres er fremmed. Denne inkoherensen og manglende kontinuiteten i selvstrukturen kalles "*fremmed selv*" (Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy & Target, 2000).

Mentaliseringssvikt avslører manglende kontinuitet i selvstrukturen. Dette skjer fordi narrativet vi alle kontinuerlig lager om oss selv avhenger av tilgjengelig mentalisering. Når et mentaliseringsbrudd forekommer, vil "hullene" eller den manglende kontinuitet i selvrepresentasjonen fremstå mer tydelige og truende. Når dette skjer kan helhet og følelsen av koherens gjenvinnes ved at man attribuerer eierskap av de uønskede og fremmede delene av selvet til en annen person (projektiv identifikasjon). Konsekvensene for interpersonlige relasjoner, og affektregulering som følger med dette er omfattende og ødeleggende (Bateman & Fonagy, 2016).

Endringsmekanismer. I MBT anses den primære endringsmekanismen å være *økt evne til mentalisering*. En handling er terapeutisk dersom den øker pasientens evne til mentalisering. Mentalisering hevdes å være tilstede som endringsmekanisme i alle effektive former for psykoterapi (Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy & Allison, 2014) I behandling hvor pasienten også har alvorlig selvforstyrrelser er gjenvinning av epistemisk tillit en sentral endringsmekanisme. Disse krever langtidsterapi som er høyt mentaliserende og rik på såkalte "ostensive cues". Ostensive cues er meningsformidlende signaler med intensjon om å kommunisere, som for eksempel øyekontakt, presis turtaking og nøyaktig inntoning, som barnet er evolusjonært betinget til å respondere med epistemisk tillit og åpenhet til (Bateman & Fonagy, 2016). Psykoedukasjon, og at terapeuten klarer å formidle en modell for å forstå pasientens sinn i, som pasienten kan forstå, gjenkjenne og identifisere seg med, er sentralt her.

Dette øker den epistemiske tilliten, og muliggjør for pasienten å ta lærdom av og gripe de mulighetene terapi gir for å øke mentaliseringsevnen. Mentalisering i psykoterapi er en generisk måte å etablere epistemisk tillit mellom pasient og terapeut på, en måte som hjelper pasienten å løsne opp i rigiditeten som karakteriserer individer med vedvarende vansker. Å gjenlære fleksibilitet tillater pasienten å videre gå inn i sosiale situasjoner og lære fra nye erfaringer, å oppnå endringer i sin forståelse av sosiale relasjoner og sin egen atferd og handlinger (Bateman & Fonagy, 2016).

Hva er de terapeutiske handlingene i MBT?

Kartlegging og kaususformulering. Kartlegging og oppstartsfasen i MBT skal forberede pasienten på behandlingen som kommer. I tillegg til formell diagnostisering i henhold til nasjonale retningslinjer, vil man som MBT-terapeut også kartlegge og danne seg et inntrykk av pasientens mentaliseringsfunksjon langs de ulike dimensjonene, hennes helhetlige fungering og tilknytningsstil. Kartleggingen bunner ut i en kaususformulering som deles med pasienten. Dette forberedende arbeidet innebærer at pasientene vet hva metoden innebærer, hva som er fokus og hva som venter dem når de skal forsøke å adressere sine problemer (Karterud & Bateman, 2010).

Generelle behandlingsprinsipper

Å ha en mentaliserende holdning. En mentaliserende holdning er det overordnede terapeutiske ståstedet, og den generelle teknikken i MBT. Dette innebærer å være ikke-vitende, støttende og empatisk. Holdningen bør formidle (1) ydmykhet knyttet til en ikke-vitende posisjon, (2) tålmodighet med å identifisere forskjeller i terapeutens og pasientens perspektiv, (3) aktiv spørring om detaljerte beskrivelser av erfaringer og (4) nøye oppfølging av terapeutens behov for å forstå det som fortøner seg som uklart eller meningsløst (Bateman & Fonagy, 2012b; Karterud & Bateman, 2010).

Stimulere til mentalisering. Ettersom det å mentalisere er den primære endringsmekanismen er den primære terapeutiske oppgaven å stimulere til mentalisering når mentalisering svikter, og fremme mer nyansert mentalisering når mentaliseringen er operativ (Karterud & Bateman, 2010). I MBT etterstreber man en felles betraktning av, og *nysgjerrighet* på underliggende prosesser, snarere enn å påstå at man vet noe om dem. Man utforsker deler av tankeprosessen heller enn å sokratisk påpeke deres ugyldighet eller unøyaktighet. Fokus rettes mot følelser for å hjelpe pasienten til og legge merke til dem og kjenne etter på dem, snarere enn å navngi dem for pasienten. Man fokuserer på prosessen snarere enn innholdet i tanker og følelser. Man ber også pasienten bevisst rette oppmerksomheten mot disse prosessene både i eget og i andres sinn, og opprettholde denne under egne emosjonelle svingninger (Bateman & Fonagy, 2012b; Karterud & Bateman, 2010).

Balansering av emosjonell nærhet og avstand. I MBT tilbyr terapeuten seg som tilknytningsperson for pasienten. Terapeuten søker å komme emosjonelt nær og i kontakt med pasienten, men har samtidig med seg i bakhodet tilknytningsbåndets potensielt destabiliserende effekt på pasientens mentaliseringsevne. Terapeuten beveger seg nær pasienten, men ikke lengre enn at pasienten er på kanten til tap av mentalisering. I det øyeblikket det skjer, trekker terapeuten seg tilbake og øker emosjonell avstand til pasienten, i den hensikt å redusere emosjonell aktivering (Bateman & Fonagy, 2012b; Karterud & Bateman, 2010).

Motsatte bevegelser. Som terapeut forsøker man hele tiden å bevege seg i motsatt retning i forhold til hvor pasienten befinner seg. Dersom pasienten er selv-orientert bør spørsmålene være mer andre-orienterte. Fremstår pasienten sikker, bør terapeuten være uvitende og motsatt. Dersom pasienten distanserer seg emosjonelt bør terapeuten bevege seg

nærmere osv. Motsatte bevegelser reflekterer balansen mellom selv og andre som er iboende i mentaliseringsbegrepet (Bateman & Fonagy, 2012b).

Intervensjonsprosessen. Med manualiseringen av MBT har en intervensjonsprosess blitt nedfelt i en trinnvis prosedyre. Manualiseringen skapte debatt i fagmiljøet, da man ikke ønsket at prosedyren skulle komme til å bli fulgt på en mekanisk måte (Bateman & Fonagy, 2012b; Bateman & Fonagy, 2016; Karterud & Bateman, 2010).

Identifisering av mentaliseringsbrudd. Terapeuten er våken for tegn på sårbar mentalisering, indikert ved psykisk ekvivalens, forestillingsmodus og teleologisk forståelse. Bruddene viser hvor pasientens mentalisering er sårbar og markerer hvor og når terapeuten bør intervenere for å styrke prosessen (Karterud & Bateman, 2010). Når pasienten opererer i disse ikke mentaliserende modusene er det tegn på at pasienten er høyt aktivert (Bateman & Fonagy, 2012b).

Stopp og spol tilbake. Teknikken anvendes når pasienten er i ferd med eller har mistet mentaliseringsevnen. Man ber pasienten spole tilbake til øyeblikket før det begynte å bli for mye, gå for fort e.l. I de tilfeller hvor pasienten ikke får til dette kan terapeuten hjelpe med å påpeke når han mente å registrere en forandring (Bateman & Fonagy, 2012b).

Utforsk nåværende emosjonell kontekst. Den følelsesmessige sammenhengen hvor mentaliseringsbruddet oppsto utforskes. Terapeuten nyttiggjør seg av de aktuelle følelsene som var i sving i behandlingsrelasjonen og forsøker å identifisere de umiddelbare og øyeblikkelige emosjonelle tilstandene som var aktivert i relasjonen (Bateman & Fonagy, 2012b).

Eksplisitt identifiser eget bidrag. Terapeuten identifiserer og vedkjenner seg eget bidrag til mentaliseringsbrudd. På denne måten fremstår terapeuten også som en god rollemodell som modellerer mot og ærlighet for pasienten. Dette har i seg selv en nedregulerende effekt (Bateman & Fonagy, 2012b).

Mentalisering av overføringen. De overnevnte stegene er nødvendige for at terapeuten skal kunne lykkes i sine forsøk på å hjelpe pasienten til å forstå hva som i øyeblikket foregikk implisitt i pasientens sinn og i forholdet til terapeuten (Bateman & Fonagy, 2012b).

Spesifikke teknikker. Bateman og Fonagy (2012b) oppgir spesifikke intervensjoner som terapeuten benytter seg av under intervensjonsprosessen i tillegg til å forsøke å etterstrebe de generelle prinsippene.

Støttende og empatisk oppklaring. Når pasienten opererer i ikke-mentaliserende moduser som psykisk ekvivalens, forestillingsmodus og teleologisk modus er dette indikatorer på at pasienten er høyt aktivert. For å restimulere til mentalisering bør terapeuten intervensjonere spesifikt med *empatisk og støttende validering* av pasientens perspektiv og den mentale tilstanden, før han går videre til å undersøke hva som utløste mentaliseringsbruddet (Bateman & Fonagy, 2012b).

Utfordring. Utfordring er en høy-risiko-intervensjon som kan brukes for å utfordre nonmentaliseringen før den eskalerer til katastrofale utfall som skadelig atferd rettet mot seg selv eller andre, eller ukontrollerbar emosjonell overveldelse. Lavt mentaliserende, uberettigede antakelser er eksempler på utsagn som bør utfordres. Målet med utfordring er at det skal stimulere til mentalisering ved at terapeuten introduserer noe uventet inn i dialogen som "setter terapeuten og terapeutens sinn inn i pasientens sinn" (Bateman & Fonagy, 2012b, s. 74). Humor og selv-avskriving som elementer i utfordringen er nyttig, ettersom målet er å avspore pasientens mentale prosess og etablere et "vindu" hvor mentaliseringsprosessen kan restartes. Dersom utfordringen lykkes er det viktig at terapeuten umiddelbart stopper opp og retter fokus sammen med pasienten på hva som har skjedd (Bateman & Fonagy, 2012b; Karterud & Bateman, 2010).

Fokus på følelser. Teknikken retter fokus på den nåværende affekten som deles av pasienten og terapeuten på et hvilket som helst punkt i timen. Den delte affekten fluktuerer og

ligger ofte like utenfor bevisstheten til begge. Terapeutens oppgave er å identifisere den og uttrykke den slik at den blir tilgjengelig for delt arbeid. Terapeuten bruker seg selv som verktøy for å identifisere følelsesfokuset (Bateman & Fonagy, 2012b; Karterud & Bateman, 2010).

Mentalisering av overføringen. Overføring anses som en arena for å øve opp mentaliseringsevner i økende intim interaksjon med terapeuten som tilknytningsperson, snarere enn et vindu til pasientens erfaringer fra tidligere relasjoner. Teknikken handler om å oppfordre pasienten til å tenke om relasjonen de er i, i øyeblikket. Målet er å rette oppmerksomheten til pasienten på terapeutens sinn og hjelpe dem i å kontrastere deres egen persepsjon av seg selv med hvordan de oppfattes av andre. Poenger er ikke å vinne “innsikt”, men at pasienten skal bli bevisst fenomener som trenger tenking og betraktning, og dermed blir nysgjerrig og bruke sine mentaliseringskapasitet i emosjonelt krevende tilstander (Bateman & Fonagy, 2012b).

Bruk av motoverføring. Terapeutens underliggende følelse kan være et nyttig terapeutisk verktøy dersom den uttrykkes åpent og er tydelig *markert*. Den eies av terapeuten for å forsikre at pasienten ikke overveldes av emosjonelt ansvar. Hensikten med teknikken ligger i å bevisstgjøre pasienten om at deres mentale prosesser har en effekt på andres mentale prosesser, som igjen påvirker interaksjonens retning. Håndtering og bevisstgjøring av egne motoverføringsreaksjoner er viktig også for å kunne identifisere mentaliseringsbrudd, ettersom ulike former for non-mentalisering ofte vekker sterke reaksjoner som får utslag i atferd hos terapeuten (Bateman & Fonagy, 2012b).

Sammenlignende drøfting

Psykopatologien

I ISTDP ligger metodens egen psykodiagnostiske vurdering til grunn for forståelsen av psykopatologi. Om, og hvordan behandling eventuelt skal utføres er avhengig av om

pasienten havner innenfor de diagnostiske kategoriene psykonevrose eller skjør karakterstruktur, samt alvorlighetsgrad. Formelle diagnoser, satt ut fra Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer (ICD) eller Diagnostisk og statistisk manual for mentale forstyrrelser (DSM), blir satt hvis det finnes ytre krav om dette, men har ingen funksjon eller anvendelse i terapien. Under behandlingen benytter terapeuten seg av prosessdiagnoser. Pasientens responser på intervensjoner underveis i terapien monitoreres kontinuerlig og kan føre til endring i den psykodiagnostiske vurderingen.

I MBT brukes de formelle diagnosene aktivt i terapiprosessen. De innlemmes i kasusformuleringen og tenkes å ha psykoedukativ verdi for pasienten. Eksempelvis ved behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse benyttes den formelle diagnosen til et pedagogisk formål ved at pasienten lærer om sine symptomer og reflekterer omkring disse i forhold til seg selv i en gruppesetting. Utover dette kan vi finne igjen en egen teori om hva psykopatologien består av, noe som kan minne om tilnærmingen i ISTDP.

For MBT er psykopatologi mentaliseringsvansker: *for* hyppig tilbakefall til de ikke-mentaliserende modusene, eller *for* stor ubalanse i mentaliseringsdimensjonene. Underveis i prosessen forsøker terapeuten å monitorere disse formene for funksjon, og de informerer han i hans intervensjoner. Her kan vi se at behandlingsmetodene er like. Begge har sine egenutviklede taksonomier med tegn og symptomer, som benyttes både til det vi kan kalle idiosynkratiske diagnosebeskrivelser og kontinuerlig observasjon i den terapeutiske prosessen.

Begge metodene synes å skille mellom to nivåer av psykopatologi. Det første er det diagnostiske, det neste er hva psykopatologien teoretisk sett består av "under overflaten". I ISTDP er ubevisst psykisk konflikt (konfliktfylte ubevisste emosjoner som vekker angst) en kjerne i psykopatologi (Abbass, 2015; Davanloo, 1978). Dette bygger på et tradisjonelt

psykoanalytisk syn (Freud, 1895/2010; Gullestad & Killingmo, 2013). Et annet viktig aspekt er angsttoleranse. Jo lavere toleranseterskel, dess mer omfattende somatiske, immunologiske, kognitivt-perseptuelle symptomer, som diaré, ryggmerter, utmattelse og tåkesyn (Abbass, 2015). I MBT er psykopatologi manglende evne til å mentalisere tilstrekkelig i ulike kontekster. Dårlig mentalisering forstås som årsak og opprettholdende faktor i psykisk lidelse, inkludert psykosomatiske plager.

I en nærmere sammenligning av psykopatologi velger vi å se nærmere på teoriene om de psykosomatiske uttrykkene. En belysning av dette aspektet egner seg godt for å illustrere en grunnleggende forskjell i teoriens forståelse av psykopatologi.

Psykosomatiske plager. Måter å forstå somatiske symptomer som uttrykk for psykisk problemer har en sentral plass i begge teoriene. Men heller enn å beskrive psykosomatiske plager som angst fra en truende psykisk konflikt, slik man gjør i ISTDP, forstår man disse som et resultat av umentaliserte indre tilstander i MBT. Somatisering anses som et uttrykk for fungering i psykisk ekvivalensmodus som er et resultat av ubalanse, hvor affekt dominerer kognisjon. I mangel på indre-fokusert mentalisering blir psykologiske opplevelser for ekte og overveldende. Da faller man tilbake på konkret tenking hvor psykisk smerte likestilles og erfares som kroppslig smerte (Luyten, Fonagy, Lemma, & Target, 2012). Det vi har funnet er et ontologisk skille, altså et ulikt svar på hva psykosomatisk lidelse *er*. Svarene er angst *eller* affekt, som i begge tilfellene får subjektivt metamorfe uttrykk.

Vi har altså å gjøre med en forståelse av psykopatologi basert på ubevisste konflikter og angst *eller* psykopatologi som svekkede mentale funksjoner, og affektregulering.

Fellestrekkene på tvers av behandlingsmodellene er at pasienten sliter med en indre tilstand hun ikke er seg tilstrekkelig bevisst, eller som er vanskelig å oppleve slik den er. Hun kan være seg bevisst sin depresjon, sin utmattelse, sine stadige turbulente forhold til andre mennesker, og akkompagnerende hodepiner, men dette er ikke det egentlige; det er

symptomer på noe annet. Det egentlige er noe indre, som ikke er tilstrekkelig integrert i personens væren, selvopplevelse eller selvforståelse.

Psykopatogenesen. Hva kommer psykisk lidelse av? Den klareste likheten i synet på utvikling av psykisk lidelse i de to teoriene, mener vi å finne i tilknytningsrelasjonenes påvirkning. I MBT og ISTDP deles synet på tilknytningsrelasjonene som sfæren der erfaringers potensiale for skade er størst. På den andre siden finner vi i mentaliseringsteori også vektlegging av et positivt motstykke. Her vektlegges tydelig og detaljert tilknytningsrelasjonenes positive påvirkningspotensiale på resiliens, selvstruktur, epistemisk tillit og kreativitet (Bateman & Fonagy, 2016).

I mentaliseringsteorien finner vi også langt mer komplekse beskrivelser av skadepotensialet i disse relasjonene. Her finner man beskrivelser av finmaskede interaksjoner, som markert og umarkert speiling, som kan bidra til forstyrret selvopfatning, og som videre kan føre til psykiske forstyrrelser. I ISTDP brukes et mer generelt språk om traumatiske opplevelser. Her omtales et spekter av traumer, fra mildere til mer omfattende traumer. Man finner eksempler som det å få et søsken, å ha tilknytningspersoner som er lite responsive i det sosiale samspillet, og å bli utsatt grov vold og seksuelt misbruk (Abbass, 2018; Davanloo, 2000; Hickey, 2017). Forskjellene mellom teoriene som er beskrevet i dette avsnittet, synes å ligge i teoretisk fokus, eller teoretisk omfang, snarere enn i en markert uenighet.

Endringsmekanismene

Emosjonell avreagering. Katarsis er knyttet til en eldre psykoanalytisk forståelse om at fortrenge eller uttrykte følelser fører til psykologiske symptomer og plager. Når de fortrenge følelsene får komme til uttrykk, forsvinner de psykiske plagene (Jørgensen, 2004).

I ISTDP anses katarsis som et viktig ledd i en sammensatt terapeutisk prosess med varig endrende effekt. I en slik prosess hjelpes pasienten til å se forsvarernes negative innvirkning, og vil som følge av den emosjonelle avreageringen ofte vinne spontan innsikt,

som i sin tur er med på å gi mening til livet på nye måter (Malan & Della Selva, 2006).

Deretter forsøker terapeuten å hjelpe pasienten til å holde fokus på opplevelsen og utforsker denne. Fokuset på å åpne opp for fortrenkte følelser på en effektiv måte tidlig i terapiforløpet er kanskje det som særpreger ISTDP mest sammenliknet med andre psykoanalytiske terapier.

Det er vanskelig å få øye på noe i mentaliseringsteori som ligner katarsis. Det “emosjonelle gjennombruddet” som en åpner for innsikt i et patogent kompleks synes å ha blitt forlatt i mentaliseringsteorien.

Mentalisering av følelser, verbalisering, organisering og representasjon av følelser, og regulering av affekt er sentralt, men vi finner ingen referanser til avreagering av fortrenkte eller blokkerte følelser i MBT. Følelsesfokuset i MBT dreier seg ikke om å få tak i noe fortrenkt, men å hjelpe pasienten til mer tilpasningsdyktige måter å representere og mentalisere sine følelser slik de oppstår i situasjoner i dag. Fokuset er på kvaliteten ved representasjonen, ikke på å få tak i en eventuell bakenforliggende konflikt.

Eksponering, desensitisering, og fra passiv til aktiv aktør. Eksponering og desensitisering er teknikker som stammer fra atferdsterapi. Med disse teknikkene konfronteres pasienter systematisk og gjentakende med en stimulus de har angst for, i en trygg kontekst, enten i fantasi eller in vivo. Ifølge teorien vil angstreaksjonen som følge av eksponeringen gradvis reduseres. Systematisk desensitisering er en hierarkisk metode å organisere eksponeringen på. En annen følge av intervensjonen er at pasienter gradvis erstatter hjelpeløsheten og passiviteten de utviser i møte angst og symptomer, med en aktiv holdning og en opplevelse av mestringstro (Jørgensen, 2004). Til forskjell fra MBT anerkjennes eksponering og desensitisering som en endringsmekanisme ISTDP (Della Selva, 2004, s. 28).

For ISTDP-terapeuten er angst, sammen med forsvar og følelse eller impuls, i forgrunnen (konfliktriangelet). Angstens objekt er følelsene (fobi). Et godt eksempel er terapeutens arbeid med personer med skjøre karakterstrukturer, hvor man finner metodiske

fremgangsmåter som ligner systematisk desensitisering (Della Selva, 2004). Denne fremgangsmåten er kalt *gradert format*. Terapeuten må i disse tilfellene danne seg en forståelse av hva som vekker pasientens angst, samt når og hvordan den går over toleranseterskel (manifest i glatt muskulatur eller kognitivt-perseptuelt). Deretter må terapeuten hjelpe pasienten å nærme seg følelsene som vekker angst gradvis, ved å stadig skifte fokus mellom det nære (følelser og terapirelasjonen) og det fjerne (relasjoner utenfor terapien, kropp og tanker). Det er en møysommelig prosess, med alternering mellom intervensjonene *press*, *utfordring* og *rekapitulering*. Når den fryktede følelsen erfares uten de fryktede konsekvensene, endrer pasientens oppfatninger seg, og hun opplever mestringserfaring. Dette følges gjerne opp av en følelse av dyp lettelse, en ny forståelse av seg selv og en følelse av nærhet og varme overfor terapeuten, som alle forsterker opplevelsen (Della Selva, 2004). I ISTDP er man også tydelige på at pasienten inntar en passiv og reaktiv posisjon overfor sine plager, og at metoden bidrar til å myndiggjøre pasienten, ved at hun tar en mer aktiv, agerende rolle mot eget forsvar og egne følelser (Della Selva, 2004).

Denne endringsmekanismen er mindre tydelig i MBT. Måten man jobber aktivt med å holde pasienten fokusert på ulike deler av mentaliseringsdimensjonene har imidlertid visse likheter til teknikken knyttet til eksponering og blokkering av unngåelsesatferd. Det blir imidlertid ikke riktig å si at eksponering er en endringsmekanisme i MBT, ettersom man i teorien inntar et ontologisk standpunkt angående psykopatologi som er uforenelig med denne endringsmekanismen. Det grunnleggende i den mentaliseringsbaserte psykopatologiforståelsen er ikke angst, hverken i fobisk eller i ubevisst form. Pasienten vil ved god nok MBT-behandling få en endring i form av å bli en større aktør i eget liv, men endringen tilskrives bedre mentalisering. Dette poenget lar seg godt illustrere i Allens (2006) drøfting av behandlingen han gjorde av en traumepasient, hvor han brukte

eksponeringsbaserte teknikker spesifikt i arbeidet med pasienten, men attribuerer den underliggende endringsfremmende effekten til mentalisering snarere enn eksponering:

I would characterize my therapeutic intervention as an exposure-based procedure, but I now prefer to conceptualize the process as assisting the patient to mentalize rather than merely “desensitizing” him, an unduly passive concept. Desensitization entails new learning: the patient becomes desensitized by virtue of engaging in the active work of mastery through mentalizing. (Allen, 2006, s. 4).

Vi vil presisere at sitatet ovenfor gjør det tydelig at eksponering *skjer* i mentaliseringsbasert terapi. Noe annet ville vært usannsynlig. Forskjellen i hva som er en endringsmekanisme befinner seg her på et teoretisk plan.

Emosjonelt korrigerende erfaring og internalisering av den terapeutiske interaksjonen. En emosjonelt korrigerende erfaring er en reeksponering, der pasienten under mer fordelaktige omstendigheter møter på emosjonelle situasjoner hun ikke kunne håndtere på et tidspunkt tidligere i livet. Pasienten går gjennom en korrigerende emosjonell erfaring, som har kvaliteten til å reparere traumatiske virkninger av tidligere erfaringer (Alexander & French, referert i Marmor, 1986, s. 43). En betydelig terapeutisk faktor er at den emosjonelt korrigerende erfaringen skjer i en faktisk relasjon til en betydningsfull annen (en rolle terapeuten får) og at terapeuten reagerer forskjellig fra hvordan tidlige betydningsfulle andre reagerte. I egopsykologi, objektrelasjonsteori, interpersonlig teori finner man igjen denne tankegangen med et annet språk, man snakker da om at pasienten internaliserer de erfaringer de får i interaksjon med terapeuten (Jørgensen, 2004).

Fonagy og kollegaer (2002) skriver at barnet, gjennom en internaliseringsprosess, tar opp i seg det bildet av seg selv det finner i tilknytningspersonens sinn og på denne måten

kommer til en gradvis erkjennelse av seg selv. Slik utvikles selvets unike egenskaper; opplevelse av subjektivitet, opplevelse av å være adskilt fra andre, og utgangspunktet for å kunne være eier av egne handlinger, tanker og følelser (Karterud & Bateman, 2010). Den terapeutiske prosessen i MBT beskrives som en parallell til denne utviklingen.

Fonagy og kollegaer (2002) tenker at emosjonelt korrigerende erfaringer bidrar til å bygge “mentalisert affektivitet” hos pasienten. Terapeuten tilbyr pasienten emosjonelt korrigerende erfaringer og representasjonelle erfaringer gjennom emosjonsregulerende, markerte eksternaliseringer av pasientens affekt, i form av speilende tolkninger og uttrykk (Fonagy et al., 2002). Det er med andre ord tydelig at internalisering av den terapeutiske interaksjonen og emosjonelt korrigerende erfaringer er ansett som endringsmekanismer i MBT.

Emosjonelt korrigerende erfaringer er som tidligere nevnt en anerkjent endringsmekanisme i ISTDP. Trianglene i ISTDP fungerer som verktøy for effektiv og direkte håndtering av overføring og motstand. Når terapeuten bryter gjennom pasientens motstand, gir terapeuten pasienten mulighet til å få en emosjonelt korrigerende erfaring (Malan & Della Selva, 2006). Å oppleve og uttrykke de fryktede følelsene, uten å møte på de forventede negative konsekvensene, er en potent korrigerende erfaring i seg selv. Målet med dette arbeidet er at pasienten reduserer bruk av maladaptive forsvar, samtidig som den terapeutiske alliansen styrkes for det videre arbeidet (Della Selva, 2004).

Utvikling av affektregulering. Jørgensen (2004) bruker Fonagy og kollegers (2002) beskrivelse av affektregulering når han presenterer denne endringsmekanismen. Affektregulering beskrives som prosessen: “by which individuals influence which emotions they have, when they have them, and how they experience and express these emotions” (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002, s. 93).

Som tidligere påpekt står affektregulering sentralt i MBT, både i teorien om utvikling og i teorien om terapi. Affektregulering utvikles i en dyadisk interaksjon. Gjennom terapeutens mentalisering utspilles en prosess parallell til den mellom det emosjonelt dysregulerte barnet og omsorgsgiver. Gjennom romming og markert speiling hjelper terapeuten pasienten å regulere følelser og til å tilegne seg relevante verbale representasjoner av indre tilstander, følelser og måter å relatere seg til terapeuten på i her-og-nå-øyeblikket (Fonagy, Target, & Gergely, 2000).

Vi finner ikke affektregulering som endringsmekanisme like eksplisitt omtalt i ISTDP. Det er likevel klart at regulering av følelser er en integrert del av teorien om hva som skaper endring. Pasienten i ISTDP frykter sine egne følelser og impulser, som gjør at aktivering av følelser fører til angst heller enn håndtering av følelsene på hensiktsmessige måter som ikke skaper symptomer. Hva som er essensielle bestanddeler i affektregulering er dog noe ulikt beskrevet i de to teoriene. Malan og Della Selva (2006) skriver at: "our efforts to increase patients' conscious awareness of their feelings, grounding them in the physical experience of core emotions, can only increase their adaptability and enhance life experience" (s. 52). For ISTDP er et viktig steg i reguleringen altså den fysiske erfaring av de grunnleggende følelsene, noe vi ikke har funnet vektlagt i MBT.

Utvikling av mentalisering og selvrefleksivitet. I MBT er økt mentalisering ansett som en grunnleggende endringsmekanisme. Ifølge Bateman og Fonagy (2012a) vil enhver psykoterapeutisk prosess på en eller annen måte bidra til utvikling av mentaliseringsevnen. Dette skjer ved at terapeuten representerer pasienten som intensjonell og mentaliserende aktør med forståelige og akseptable tanker, følelser og ønsker. Dermed gjenoppdager og gjenkjenner pasienten seg selv i terapeutens sinn, og så internaliserer terapeutens representasjon av henne som en signifikant del av hennes utviklende selv.

Vi finner ingen referanser til mentalisering i ISTDP-litteraturen. Vi kan derimot se at intervensjoner som øker pasientens mentaliseringsevner er tilstede i ISTDP. Man kan si at terapeuten inntar en radikalt aksepterende posisjon overfor pasientens følelser, da alle forsøk fra pasienten på å stenge ute følelser (motstand) blir møtt med en slags “empatisk fordømmelse”. Med dette mener vi at terapeuten tar pasienten og hennes følelsers side mot de hemmende forsvarerne som fordømmes. Pasienter i ISTDP kan som følge av den terapeutiske prosessen komme til å fortelle om følelser og fantasier om morderisk eller torturerende raseri som oppstår i timen. Alle følelser speiles tilbake som normale fra terapeuten, noe som hjelper pasienten til å akseptere og eie sine følelser. En følge av dette må tenkes å kunne være at pasienten kan tenke og føle klarere om seg selv og dermed mentalisere seg selv bedre.

En sentral oppgave for ISTDP-terapeuten er å alltid være interessert i pasientens indre dynamikker (press), å holde fokus på hva som foregår i pasienten (press), og å tenke høyt om hva han tenker om pasientens indre dynamikker (rekapitulering). Disse prosedyrene må kunne sies å ha tydelige mentaliseringfremmende elementer, selv om det undrende og ikke-vitende ved mentaliseringen synes å være lite uttalt i de formaliserte terapeutiske handlingene.

I MBT finner man intervensjoner som skal oppfordre pasienten til å mentalisere om både seg og andre (f.eks balansering av selv - andre- dimensjonen). Denne typen intervensjoner finner vi ikke i ISTDP. Ved anvendelse av persontriangelen hjelpes pasienten til å se hvordan relasjonelle mønster gjentar seg i relasjon til terapeuten, tidligere relasjoner og nåtidige relasjoner, men fokuset forblir her på pasientens følelser, atferd og tanker. Vi vil presisere at vi her snakker om de formaliserte teknikkene.

Epistemisk tillit. Epistemisk tillit ble introdusert som endringsmekanisme i MBT med den reviderte manualen for behandling av personlighetsforstyrrelse som kom i 2016. Således er mekanismen ikke drøftet i Jørgensens redegjørelse fra 2004. Å åpne opp for epistemisk tillit har terapeutisk effekt gjennom å muliggjøre for pasienten og ta i bruk den subjektive

opplevelsen av å bli mentalisert, lære å mentalisere andre, og så igjen anvende og utvikle disse erfaringene i dagliglivet. Gjenåpning av pasientens epistemiske tillit foreslås nå av sentrale skikkelser bak MBT som fellesfaktor i alle behandlingsformer med effekt på borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman, Campbell, Luyten, & Fonagy, 2018).

Vi finner ikke epistemisk tillit eller nærliggende fenomener omtalt i ISTDP-litteraturen. Dette kan handle om epistemisk tillits relative nyhet som endringsmekanisme i psykoterapifeltet å gjøre, men ettersom ISTDP i all hovedsak vektlegger klassisk psykoanalytiske endringsmekanismer anser vi dette som usannsynlig. I MBT forstås pasienter som tilsynelatende er “vanskelige å behandle” å ha problemer forankret i epistemisk mistillit. ISTDP har dokumentert effekt på denne pasientpopulasjonen, men endringen tilskrives blant annet de overfornevnte endringsmekanismene.

Nytt narrativ om selvet. At pasienten i terapi skaper et nytt narrativ om seg selv foreslås som en sentral endringsmekanisme i psykodynamiske terapier av Jørgensen (2004). Vi finner at erfaringer som bidrar til å knytte sammen fortid, nåtid og fremtid på nye meningsfulle måter vektlegges i både ISTDP- og MBT-litteraturen.

Som følge av gjennombrudd til det ubevisste får pasienter i ISTDP ofte større tilgang til fortrenge minner som kan hjelpe dem å forstå deres erfaringer og utvikling. I etterkant av et gjennombrudd tar ISTDP-terapeuten initiativ til en kognitiv analyse av hva som har skjedd i prosessen (konsolidering). Denne prosessen vil i følge Malan og Della Selva (2006) tillate pasienten å gi mening til sine erfaringer og skape et koherent livsnarrativ. Som endringsmekanisme fremstår det å skape et nytt narrativ som *forsterkende* til den korrigerende emosjonelle erfaringen og emosjonell avreagering.

Et narrativt fokus, i samspill med stimulering til økt mentalisering anses som en nøkkel i den terapeutiske prosessen i MBT (Fonagy & Bateman, 2016, s. xiii). Sviktende og ubalansert mentalisering kan tenkes å bidra til og skape rigide narrativer om en selv og ens

erfaringer. Kontekstualisering av (traumatiske) livshendelser i et sammenhengende narrativ om ens egne erfaringer over tid er viktig, men dette er sannsynligvis ikke tilstrekkelig i seg selv for å medføre endring (Bateman & Fonagy, 2004). Mentaliseringssvikt forstås å oppstå nettopp fordi det intensjonelle narrative vi alle bevisst skaper rundt oss selv avhenger av tilgjengelig mentaliseringskapasitet (Bateman & Fonagy, 2016, s. 22). Økt evne til mentalisering er den vektlagte endringsmekanismen, som igjen vil kunne åpne for alternative og sidestilte narrativer, som ikke bare er forskjellig i innhold, men også i kvalitet.

Det synes som at dannelsen av et koherent narrativ er felles endringsmekanisme i metodene, men at den tillegges begrenset vekt.

De terapeutiske handlingene

Teorien som verktøy og terapeuten som verktøy. Vi kan tenke at teorier om terapeutiske handlinger fungerer som kart og kompass for terapeuten. I denne metaforen er pasienten terrenget terapeuten skal navigere seg i med hjelp av disse to verktøyene. Kartet er en forenklet modell som kan formidle holdepunkter for hvor pasienten fra øyeblikk-til-øyeblikk befinner seg, mentalt og emosjonelt. Kompasset er et verktøy som terapeuten stadig må holde et øye med for å ikke miste retningen i terapien. Kompasset er den subjektive og intersubjektive informasjonen terapeuten anvender seg av, som forteller han noe om hvor relasjonen er og hvor han selv er.

Terapeuten i MBT prøver å forholde seg ikke-vitende og mentaliserende. Dette er hans kompass. Når terapeuten merker at han har gått seg vill, mistet egen mentaliseringsevne, eller går seg fast i møte med pasientens sviktende mentalisering, gir den ikke-vitende holdningen terapeuten retning ut av det vanskelige terrenget igjen. I ISTDP har man ikke tilsvarende teoretisk vektlegging av et kompass som i MBT. Terapeuten i ISTDP lar i mindre grad subjektiv informasjon gi retning til valget av terapeutisk handling. Abbass (2015) påpeker imidlertid at ISTDP-terapeuten må være oppmerksom på egne angster og følelser, og

kjenne på egen motoverføring for å unngå negative konsekvenser. Vi kan forenklet sagt si at når ISTDP-terapeuten “mister pasienten”, eller “mister retningen” er det kartet og ikke kompasset som leder han tilbake på rett spor.

Kartet til ISTDP-terapeuten er konflikt- og person-trianglene og de ulike måtene å kartlegge angstmanifestasjon på. Enhver observerbar handling pasienten foretar seg tenkes å ville kunne la seg kategorisere i en av trianglenes poler. Trianglene veileder terapeuten i hvordan å intervensere fra øyeblikk-til-øyeblikk, ettersom metoden foreskriver en rekke spesifikke teknikker som skal anvendes for å skape bevegelse ved de ulike polene i trianglene. Avhengig av hvordan angsten manifesteres vet terapeuten om han skal legge ytterligere press på følelser eller jobbe med å regulere pasienten.

I MBT er kasusformuleringen, non-mentaliseringsmodusene og mentaliseringsdimensjonene terapeutens kart. På samme måte som i ISTDP gir kartet verdifull informasjon for å forstå pasientens tilstand fra øyeblikk-til-øyeblikk. Men kartet gir ikke på tilsvarende måte umiddelbar informasjon til terapeuten om hvilken intervensjon han skal benytte. En likhet mellom metodene er altså at valget av hvilken handling eller intervensjon terapeuten gjør informeres av pasientens atferd øyeblikk-for-øyeblikk. En vesentlig forskjell mellom metodene ligger imidlertid i at ISTDP-terapeuten har en rekke ting han *skal* gjøre, mens MBT terapeuten har flere ting han *kan* gjøre så lenge han holder seg til de generelle prinsippene i metoden.

Dette kan illustreres gjennom et klinisk eksempel: En ung kvinne presenterer depressive plager, og fremstår tynget og emosjonelt avflatet. I ISTDP ønsker man tidlig å komme inn på et følelsesmessig konfliktpreget tema ved å bruke teknikken press: *“Hvilket indre problem ønsker du å se på her og nå sammen med meg?”*. I konflikttriangelet har terapeuten nå lagt press på følelsepolen (F) og vil nå være opptatt av å se etter tegn på angst (A) for å monitorere toleranseterskelen til pasienten. Pasienten svarer: *“Ting er bare*

vanskelig for tiden, med jobben, med familien, med alt. Det er så mye problemer. Jeg er utslitt og orker ingenting. Jeg får ikke støtte av noen, og jeg er helt alene". ISTDP-terapeuten forstår dette som vaghet, forklart som taktisk forsvar (Abbass, 2015; Della Selva, 2004), for å unngå å svare på følelsen. Han ville så intervenert mot forsvarspolen av konfliktriangelet, gjennom avklaring: *"Ser du at du bruker generelle beskrivelser og ikke svarer på hva ditt indre problem er"*. Om ikke pasienten snur seg mot sine forsvar vil terapeuten utfordre: *"Ser du hvordan det å være vag gjør at du unngår følelsene dine?"* og avklare igjen: *"Hvis du fortsetter å unngå følelsene dine med å være vag, vil vi ikke komme til bunns i dine problemer"*. Dette fører en suksessivt nærmere et gjennombrudd til det ubevisste (Abbass, 2015). Eksempelet illustrerer en dynamisk intervensjonssekvens (Malan & Della Selva, 2006) som ISTDP-terapeuten, skal etterstrebe å følge.

I MBT er handlingsrommet for hvordan å intervenere etter pasientens uspesifikke utsagn mindre fastsatt. Utsagnet er lavt mentaliserende og kan forstås som uttrykk for psykisk ekvivalens. Med denne pasienten ville terapeuten bemerket seg den lave graden av mentalisering, samt at det er ubalanse i retning implisitt, ytre- og andre-fokusert og affektiv dimensjon. MBT-terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til å gjenvinne mentaliseringen. Dette kan gjøres på flere måter. Terapeuten kan benytte seg av en støttende og validerende intervensjon som bekrefter den følelsesmessige opplevelsen, men ikke sannheten i tanken: *"Det høres vondt ut å kjenne på manglende støtte"*. Terapeuten kan også bevege seg i motsatt retning langs dimensjonene og benytte en utfordrende intervensjon: *"Dette er ikke helt klart for meg. Hvordan vet du at ingen støtter deg?"*. Dette utsagnet er ikke-vitende og tvinger pasienten til å ta stilling til sin følelsesmessige indre overbevisning om hva som er årsaken og intensjonen til at andre behandler henne som de gjør. Lykkes man ikke med å få pasienten over i en mentaliserende modus kan man stoppe og spole tilbake, gjerne til før timen begynte: *"Hvis vi spoler tilbake - når i dag var det du først fikk disse følelsene av å være utslitt?"*.

Det synes å være en forskjell i hvilken grad terapeuten benytter seg selv og relasjonen eller teorien som verktøy for å bestemme hva som er riktig handling i øyeblikket. ISTDP-terapeuten sjekker stadig kartet i forhold til terrenget. Pasientens responser sjekkes mot de objektive kategoriene gitt av trianglene og de ulike manifestasjonene av angst, og terapeuten handler så etter de foreskrevne korresponderende teknikkene. MBT-terapeuten bruker også sitt kart for å forstå terrenget, og kartet kan gi informasjon om mulige spesifikke MBT-teknikker terapeuten kan ta i bruk. Den vesentlige forskjellen er at MBT-terapeuten systematisk sjekker ut kompasset før valget tas. Han sjekker inn med seg selv og relasjonen. Vi kan si at MBT handler i større grad *med* pasienten, mens ISTDP i større grad handler *på* pasienten.

Enhver psykoterapeutisk modell vil innebære en viss forenkling og objektivisering av pasienten. Det synes å være en gradsforskjell i hvordan metodene forholder seg til pasienten som subjekt eller objekt.

Spesifikke faktorer og fellesfaktorer. Metodene skiller seg i hvilken grad de tilskriver terapeutisk endring til det man i psykoterapiforskningen kaller spesifikke- eller fellesfaktorer i terapi (Wampold, 2015). En spesifikk faktor har teoretisk eller empirisk støttet effekt i behandling av spesifikke problemer eller lidelser. Spesifikke teknikker, intervensjoner og strategier kan defineres som spesifikke faktorer i den grad de anses som *nødvendige* eller med en særlig verdi i behandlingen av visse lidelser (Garfield, sitert i Jørgensen 2004, s. 520). Fellesfaktorer omhandler de elementer som er tilstede i alle terapiformer, og som antas å ha en effekt på terapiens utfall (Wampold, 2015). Davanloo (1990) er tydelig på at spesifikke teknikker er ansvarlige for ISTDPs effektivitet:

I believe that dynamic psychotherapy can be not merely effective but uniquely effective, that therapeutic effects are produced by specific rather than nonspecific

factors, and that the essential factor is the patient's experience of his true feelings about the present and the past (s. 108).

I MBT inntar en i større grad motsatt posisjon, hvor endring i pasienten tilskrives enhver teknikk eller terapeutisk faktor som øker pasientens epistemiske tillit og mentaliseringsevne. Dette innebærer at enhver intervensjon som på en vellykket måte adresserer og øker mentaliseringsevne er valid i MBT. Bateman og kollegaer (2018) skriver:

Effective treatments (...) create the conditions for the reopening of epistemic trust, an essential component in therapeutic change, as it enables the individual to use the experience of being mentalized, to learn mentalizing of others, and then apply and develop these experiences in day-to-day life, which is the basis for meaningful therapeutic change (s. 1).

Det vesentlig i MBT er ikke metoden, eller de spesifikke teknikkene, men at terapeuten er har en mentaliserende og ikke-vitende holdning og en struktur i timen som retter fokus på pasientens mentalisering.

Frem til nå har teoriene fremstått som representanter for ytterpunkter i debatten om evidensbaserte spesifikke metoder kontra felles-faktor-bevegelsen (Wampold, 2015). Etter de siste årenes revideringer i MBT vektlegges de spesifikke teknikkene og deres betydning for terapeutisk utfall i større grad enn tidligere. Hvorvidt MBT fortsatt kan sies å være en holdningsbasert terapiform er debattert innad i MBT-miljøene (Bateman, 2019).

Teknikk og terapeutisk handling i relasjonen

Overføring og relasjon. Overføring blir i psykoanalysen forstått på ulike måter. En mellomposisjon i denne tradisjonen er at overføring er et fenomen der pasienten gjentar måter

å forholde til terapeuten på som gjenspeiler aspekter ved tidligere og nåtidige betydningsfulle relasjoner (Sandler, Dare, & Holder, 1975). I ISTDP forstås motstand og forsvar som aspekter ved overføringen (Abbass, 2015). Terapeuten benytter seg gjerne av trianglene for å påpeke overføringsdynamikk som introduseres av pasienten i timen. Overføringsaspekter forstås som hindringer for det terapeutiske arbeidet, og kommer i veien for at pasienten oppnår optimal kontakt med sine følelser. Om terapeuten merker at han får en spesifikk rolle av pasienten (f. eks. som streng og straffende), altså overføring i tradisjonell forstand, tas dette opp umiddelbart, og terapeuten påpeker hva som foregår for å deaktivere pasientens overføring.

Til forskjell fra ISTDP, hvor overføring er et onde som skal brytes igjennom, forstås dette i MBT som en mulighet for læring for pasienten. I MBT anses overføringen som en arena for å øve opp mentaliseringsevner i økende intim interaksjon med terapeuten som tilknytningsperson, snarere enn et vindu til pasientens erfaringer fra tidligere relasjoner (tradisjonell forståelse) (Bateman & Fonagy, 2012b). Overføring adresseres i den hensikt om å oppfordre pasienten til å tenke og reflektere rundt relasjonen de er i, i øyeblikket. Målet er å rette pasientens oppmerksomhet mot terapeutens sinn og å hjelpe henne i å kontrastere sin egen oppfattelse av seg selv med hvordan hun oppfattes av andre. Poenget er ikke å vinne "innsikt", men at pasienten skal bli bevisst fenomener som trenger tenkning og undring, med det resultat at hun blir dermed blir nysgjerrig på å bruke sine mentaliseringskapasitet i emosjonelt krevende tilstander (Bateman & Fonagy, 2012b, s.77).

ISTDP-terapeuten observerer og bruker tekniske begreper på relasjonelle aspekter, mens MBT-terapeuten forsøker sammen med pasienten å stille seg undrende over hva som foregår. I tråd med dette skriver Bateman og Fonagy (2012b) at arbeid med mentalisering av overføring like gjerne kunne ha blitt kalt mentalisering av relasjon. MBT har i større grad forlatt den klassisk psykoanalytiske forståelsen av arbeid i relasjon med overføring.

Som diskutert i sammenligningen av endringsmekanismer er relasjonsarbeidet helt sentralt for endring i begge metodene. I det relasjonelle arbeidet synes imidlertid metodene å vektlegge ulike aspekter ved terapeut-rollen. I ISTDP har terapeuten primært en rolle som behandler, en ekspert, som fra øyeblikk-til-øyeblikk bryter de relasjonelle prosessene ned i kategorier som han intervenserer mot. Denne rollen får MBT-terapeuten også, men den balanseres med den ikke-vitende posisjonen.

Utfordring som teknikk. Begge metodene har utfordring som spesifikk teknikk. Teknikkene konseptualiseres imidlertid ulikt og får dermed et annet fokus og uttrykk i terapirommet. Dette har sannsynligvis sammenheng med vektleggingen av forskjellige endringsmekanismer å gjøre. I MBT er det uberettigede antakelser (“det eneste som vil gjøre meg noe godt er å få uføretrygd”), som ofte er et resultat av non-mentaliserings, som utfordres. Hensikten er å introdusere noe uventet inn i dialogen som får pasienten ut av sin fastlåste posisjon, over til å begynne å mentalisere terapeuten igjen (Bateman & Fonagy, 2012b, s. 73).

Dette står i kontrast til utfordring i ISTDP. Som ISTDP-teknikk brukes utfordring sammen med press i forsvarsarbeidet. Til forskjell fra press, som oppfordrer pasienten til å gjøre noe godt for seg selv, er hensikten med utfordring å oppmuntre pasienten til og stoppe defensiv atferd som er skadelig for henne (Abbass, 2015). Teknikken skal kun benyttes med pasienter på motstands-spekteret, som utkrystalliserer sin motstand i overføringen (Abbass, 2015).

I begge metodene utfordres pasienten til å ta stilling til noe. Likheten ligger i at teknikkene tvinger pasienten til introspeksjon. Utfordringens *form*, bruksområdet og timing synes imidlertid å være forskjellig. I det tidligere nevnte eksempelet utfordret MBT-terapeuten den deprimerte kvinnen med: “*Dette er ikke helt klart for meg. Hvordan vet du at ingen støtter deg?*”, mens ISTDP-terapeuten utfordret med: “*Ser du hvordan det å være vag*

gjør at du unngår følelsene dine?''. I MBT er det pasientens *posisjon* av skråsikkerhet og viten som utfordres. I ISTDP er det utsagnets defensive *funksjon* som utfordres.

Bekreftelse/støtte og validering. I sin velkjente artikkel om implikasjoner for teknikk i arbeid med konflikt- og mangelpatologi argumenterer Killingmo (1989) for behovet for *støttende og bekreftende* intervensjoner i arbeid med pasienter med alvorlig traumbakgrunn fra barndommen. Spor av denne tankegangen finner vi igjen i MBT hvor støttende og validerende utsagn anses som sentralt for å kunne bevege pasienten fra en ikke-mentaliserende modus over til mentalisering igjen. Støttende utsagn av denne typen synes ikke å ha samme plass i ISTDP. Vi har ikke funnet referanse til validering eller bekreftelse som formalisert terapeutisk teknikk i ISTDP-litteraturen. Det betyr imidlertid ikke at pasienten ikke støttes av ISTDP-terapeuten. Malan og Della Selva (2006) skriver at en emosjonelt støttende relasjon er nødvendig for at pasienten skal klare å komme seg gjennom de sterke emosjonelle opplevelsene i terapien. I den formaliserte teknikken synes rekapituleringer og konsolideringer å ha en støttende form.

Avsluttende diskusjon

Epistemologisk grunnlag

Metodene synes å ha anvendt klinisk ervervet kunnskap og kunnskap fra grunnforskning i ulik grad når deres respektive teorier har blitt utformet. Mentaliseringsteorien fremstår med en solid mengde kunnskap fra begge kilder. Fonagy og Targets kliniske arbeid med barn i psykoanalyse var utgangspunktet for utviklingsteorien om de ikke-mentaliserende måtene å forholde seg til verden på; psykisk ekvivalens og forestillingsmodus. Kontemporær mentaliseringsteori er sterkt informert av spedbarns- og utviklingspsykologisk forskning. Davanloos metode fremstår for oss som en i hovedsak klinisk fundert teori. Med det mener vi at vi i tidsskrifter, artikler og bøker om ISTDP finner et fokus på eksperimentering med nye teknikker, kliniske kasus, stadig revidering av teknikk,

pasientens dynamikk i timene (et her-og-nå fokus), og fokus på opprettholdende mekanismer, heller enn årsak, utvikling og den-gang-da.

Teori om utvikling. Som påpekt i sammenligningen av teori om psykopatogenese har MBT, til forskjell fra ISTDP, en fullverdig utviklingsteori. Studier av barns utvikling og teorier om utvikling (og forstyrret utvikling) har vært en sentral del av MBT sitt fokus siden begynnelsen. Tilsvarende teoretisk fokus på utviklingsteorier basert på empiri finner vi ikke i ISTDP.

Da kan vi stille oss spørsmålet om mangelen på utviklingsteoretisk forståelse gjør ISTDP-terapeuten fattigere eller mindre rustet i møte med pasienten? Påvirker det å ha, eller ikke ha en fyldestgjørende utviklingsteori terapeuten i vesentlig grad? Tilfører det en positiv dimensjon, som er å regne som en vesentlig mangel der man ikke har det? Dette er empiriske spørsmål som ikke vil bli besvart i denne oppgaven.

Ontologiske forskjeller: Funksjonalistisk og strukturalistisk

Noen av forskjellene vi har funnet i teoriene om psykopatologi og endringsmekanismer kan forklares av at den ene teorien er, slik vi ser det, utpreget strukturalistisk (ISTDP), den andre utpreget funksjonalistisk (MBT).

Strukturalistiske og funksjonalistiske forskjeller synliggjøres særlig i metodenes teorier om psykopatologi. Psykisk forstyrrelse i ISTDP er beskrevet med begreper som skjør karakterstruktur og konflikt. Den emosjonelle konflikten finner sted i møtet mellom strukturene det bevisste og det ubevisste, eller mellom id, ego og superego. Opphavet til enhver psykisk forstyrrelse kan i ISTDP spores tilbake til en eller flere traumatiske erfaringer, som rammet pasienten som spedbarn, barn eller voksen. Traumene som rammer tidlig i livet tenkes å ramme både strukturen i seg selv og konflikten mellom strukturene hardere. Når man jobber med å heve terskel for angsttoleranse jobber man med å styrke egoet, ved å la pasienten utvikle mer modne og fleksible forsvarsmekanismer (Coughlin, 2017). Som en

følge av sterkere egostruktur skal pasienten bli i stand til å takle følelser fra det ubevisste bedre.

I MBT legges det derimot vekt på sinnsevner eller -funksjoner. Pasienter med skjøre karakterstrukturer synes å overlape med det MBT kaller selvforstyrrelser. I MBT anses forstyrrelser i selvopplevelsen å ha opphav i erfaringer som lukker individet av fra verden og dens muligheter (epistemisk mistillit), hvilket medfølger svekket potensial til god nok utvikling av mentaliseringsfunksjon og evne til differensiering mellom selv og andre; tanker og følelser; indre og ytre. MBT har imidlertid også strukturelle referanser, men da til selvet og ikke til ego. Selvets koherens og kontinuitet avhenger av mentaliseringens organiserende funksjon.

Det er vektleggingen av det funksjonalistiske og strukturalistiske som skiller metodene. Metaforisk sett kan vi si at i ISTDP jobber man med å bryte ned eller bygge opp indre strukturer, i MBT jobber man med å skape og utvikle funksjoner og evner. Når teorier om sinnet er preget av strukturer, vil man naturligvis finne flere strukturalistiske svar og forklaringer, og ditto for de funksjonalistiske.

Fortrengte følelser og umentalisert affekt

Et spørsmål som melder seg i sammenheng med metodenes ulikheter både i syn på psykopatologi og vektlegging av endringsmekanismer er om ISTDP- og MBT-terapeuter jobber med det samme.

Som vi har redegjort for ovenfor, forstås lidelse i ISTDP som fortrengte følelser. I arbeidet som var forløper til dagens mentaliseringsteori, argumenterer Fonagy (1991) for at mentalisering, evnen til mental representasjon, er en forutsetning for utvikling av fortrenging som forsvarsmekanisme. Det fortrengte må altså ha blitt mentalisert for å kunne fortrenge. I MBT forstås "kaos", angst og symptomer som konsekvenser av dårlig mentalisering, eller umentaliserte affekter og indre tilstander. Affektene som leder til plager er altså ikke

nødvendigvis fortrenget. I MBT behandler man noe som ikke er blitt mentalisert, i ISTDP jobber man (i følge mentaliseringsteori) med noe som allerede er mentalisert (fortrenget). Altså psykisk materiale med, teoretisk sett, ulik kvalitet. Det metodene synes å være enige om i forståelsen av psykopatologi er at det har opphav i noe som ikke er umiddelbart tilgjengelig eller tilstrekkelig integrert i personens væren, selvopplevelse eller selvforståelse.

Gitt de til tider uforenlige teoretiske standpunktene metodene påberoper seg som “sannheter”, kan det således virke paradoksalt at metodene har dokumentert effekt på behandling av samme diagnosegrupper. Her vil vi presisere at vi med sannhet, ikke mener absolutt sannhet, men den sannhet som medfølger enhver behandlingsmetode som konseptualiserer sine endringsmekanismer og teknikker ut fra et (ontologisk) realistisk perspektiv, med mål om å identifisere “objektive” faktorer i terapi (Jørgensen, 2004; Wampold, 2015). Davanloo (1990) hevder at han har utviklet unike metoder (spesifikke faktorer) for å nå inn til det han forstår som patologiens kjerne, som ligger i det å effektivt åpne opp for ubevisste følelser. Det følger derfor at dersom Davanloo har rett, vil ikke andre terapier, som MBT, ha tilsvarende effekt på samme pasientpopulasjon. Fonagy og Bateman inntar en posisjon som er mer forenelig med fellesfaktor-bevegelsen, når de konseptualiserer to nye underliggende generelle endringsmekanismer, mentalisering og epistemisk tillit, som de hevder er de aktive ingrediensene i enhver virksom terapi.

Intrapersonlig og interpersonlig orientering

Metodenes ulike psykopatologisyn, og vektlegging av ulike endringsmekanismer tydeliggjør en grunnleggende forskjell mellom metodene, slik vi ser det. Den grunnleggende forskjellen ligger i terapeutisk orientering og handling.

Vi finner i ISTDP det vi kan kalle en *intrapersonlig* forståelse av psykisk lidelse. Her sliter pasienten med problemer som er situert mellom *indre krefter og strukturer*. I drøftingen av endringsmekanismer fant vi at ISTDP i stor grad vektlegger tradisjonelle psykoanalytiske

mekanismer som emosjonell avreagering og korrigerende emosjonelle erfaringer. Dette er mekanismer som primært har sin effekt på pasienten gjennom intrapersonlig forandring. Pasienten tenkes å komme ut av terapien med et styrket ego og mindre indre konflikter. Terapeuten i ISTDP behandler pasienten med teknikker rettet mot å bryte ned barrierene for vekst som finnes *i henne* (Malan & Della Selva, 2006, s. 294). Han sørger for å gjøre henne ansvarlig for å ta tak i sine indre emosjonelle problemer, og oppfordrer henne til å slutte med den selvdestruktive atferden som forsvarene hennes utgjør. Han legger imidlertid ikke skylden på pasienten for at hun har det som hun har det, men kontekstualiserer det blant annet gjennom å peke på hvordan tidligere (tilknytnings-) relasjoner har innvirket på dagens emosjonelle problemer (persontriangelen), noe som gjør sammenhengende mer forståelige og håndterlige for pasienten.

I MBT, som har bygget sine psykoterapeutiske teorier på nyere utviklings- og tilknytningspsykologisk forskning med vektleggingen av mentalisering og epistemisk tillit, har vi det som kan beskrives som en mer *interpersonlig* orientering. Patologien er situert i følingen og tenkningen rundt *du, jeg og oss*. Som ISTDP tenkes økt evne til selv-mentalising og affektregulering å ha en intrapersonlig bedrende effekt på pasienten. Men vektleggingen av mentalisering av andre, regulering gjennom andre og epistemisk tillit, synliggjør et tydelig fokus på *interpersonlige* effekter av terapi. Pasienten tenkes å komme ut av terapien med både en bedre evne til å organisere seg selv, i tillegg til å til å relatere seg til andre, og benytte seg av de mulighetene for videre intra- og interpersonlig endring og læring som det sosiale miljøet tilbyr.

Diskusjonen vi er inne i har tilknytning til sammenligningen av de terapeutiske handlingene betegnet billedlig som “kart og kompass”. Teoretisk kan terapeuten i MBT med sin interpersonlige orientering sies å se på pasienten som en del av et dyadisk “pasient-terapeut system”. Vi tenker at pasienten i MBT i sterkere grad vil tre frem som et subjektivt

og intersubjektivt objekt for terapeuten. Om vi skal forsøke å kontrastere denne anskuelsen i ISTDP, kan den intrapersonlige orienteringen vi finner her tenkes å bidra til at terapeuten i større grad ser på seg selv og pasienten som to relativt lukkede systemer. Pasienten trer *forholdsvis* mer frem som et objekt observert utenfra.

Sammenfatning

I denne oppgaven har vi belyst sentrale forskjeller i teori om psykopatologi, endringsmekanismer og terapeutiske handlinger i to moderne psykodynamiske terapiformer som ikke har blitt sammenlignet på tilsvarende måte før.

Det foreligger i teoriene i Mentaliseringsbasert terapi og Intensiv dynamisk korttidsterapi ulikt dominerende ontologi. I den første et utpreget funksjonalistisk syn på hva mennesker med psykiske lidelser sliter med, i den andre et strukturalistisk. Kunnskapen om psykopatologi og endringsmekanismer i MBT er sammensatt av grunnforskning og klinisk ervervet kunnskap. Kunnskapen i ISTDP synes å i all hovedsak være bygge på klinisk forskning. I mentaliseringsteori har man en utviklingsteori som mangler motstykke i ISTDP-teorien. Det virker til å eksistere en teoretisk uoverensstemmelse om hva som kan defineres som ubevisst, og dermed om man i MBT tar sikte på å behandle en annen form for psykisk utilgjengelig (umentalisert) materiale enn i ISTDP. I MBT orienterer terapeuten seg om pasientens subjektive opplevelser av seg selv og av terapeuten i terapisisituasjonen. Han er også opptatt av hva som foregår i relasjonen mellom pasienten og seg selv. Terapeuten i MBT kan sies å være særlig intersubjektivt orientert. Terapeuten i ISTDP er orientert om pasientens indre bevegelser og dynamikker, han er særlig oppmerksom på psykiske forsvar som er destruktive eller belastende, og på fremme uttrykkelse av vitaliserende følelser.

Terapeuter som utdanner seg innen disse retningene vil, etter vår vurdering, sitte igjen med en delvis kompatibel forståelse av hva som leder til utvikling av psykiske lidelser.

Samtidig vil de imidlertid sitter igjen med svært ulike og lite kompatible måter å møte pasientene på, og med ulike rasjonaler for valg av terapeutisk intervensjon.

Referanser

- Abbass, A. (2015). *Reaching through resistance: Advanced psychotherapy techniques*. Kansas City, MO: Seven leaves press.
- Abbass, A. (2018, april). Kurs med videoundervisning. *Intensiv dynamisk korttidsterapi i arbeid med komplekse traumetilstander*. Forelesning på 6. Norske fordypningsseminar i ISTDP, Drammen, Norge.
- Asen, E., & Fonagy, P. E. (2012). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347-370. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x>
- Allen, J. G. (2006) Mentalizing in practice. I J. G. Allen & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of Mentalization based Treatment* (s. 3-31). John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J. G., Lemma, A., & Fonagy, P. E. (2012). Trauma. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 419-444). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.
- Allen, J. G., Fonagy, P. E., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Pub.
- Bateman, A. W. (2019, desember). *Mentalizing: Where did we start? Where are we? What have we changed our minds about?* Heldagsseminar med professor og psykiater Anthony W. Bateman i regi av Solli DPS, Bergen.
- Bateman, A. W., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. E. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. [abstract]. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>

- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders, 18*(1), 36-51. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
- Bateman, A. W., Fonagy, P. E. (2006). *Mentalization Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012a). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Association Publishing, Inc.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012b). Individual Techniques of the Basic Model. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 67-80). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012c). Borderline Personality Disorder. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 273-288). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2012d). Antisocial Personality Disorder. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 289-308). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (2016). *Mentalization-based treatment for personality: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Binder, P. E., Nielsen, G. H., Vøllestad, J., Holgersen, H., & Schanche, E. (2006). Hva er relasjonell psykoanalyse? Nye psykoanalytiske perspektiver på samhandling, det ubevisste og selvet. *Psykologtidsskriftet, 43*(9), 899–908.
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2006/09/hva-er-relasjonell-psykoanalyse-nye-psykoanalytiske-perspektiver-pa-samhandling>
- Bleiberg, E., Rossouw, T., Sharp, C., & Fonagy, P. E. (2012). Adolescent Breakdown and Emerging Borderline Personality Disorder. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.),

- Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 463-509). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, assessment, and application in the treatment of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(9), 1127-1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Coughlin, P. (2017). *Maximizing effectiveness in dynamic psychotherapy*. New York, NY: Routledge.
- Davanloo, H. (1978). Evaluation, Criteria for Selection of Patients for Short-Term Dynamic Psychotherapy: A metapsychological Approach. I H. Davanloo (Red.), *Basic Principles and Techniques in Short-Term Dynamic Psychotherapy* (s. 9-34). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Davanloo, H. (1990). *Unlocking the Unconscious*. New York, NY: Wiley.
- Davanloo, H. (2000). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: selected papers of Habib Davanloo*. England: John Wiley & Sons Inc.
- Della Selva, P. (2004). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: theory and technique*. London: Karnac Books.
- Fonagy, P. E. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, *72*, 639-656. <https://www.pep-web.org/document.php?id=IJP.072.0639A>
- Fonagy, P. E., & Target, M. (1995). Towards understanding violence: The use of the body and the role of the father. I R. Perelberg (Red.), *Psychoanalytic Understanding of Violence and Suicide* (s. 53-72). London: Routledge.
- Fonagy, P. E., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, *77*, 217-233.

<https://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.077.0217a>

Fonagy, P. E., & Target, M. (2000). Playing with reality: III. The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81(5), 853-

873. <https://www.pep-web.org/document.php?id=IJP.081.0853A>

Fonagy, P. E., & Target, M. (2007). Playing with reality: IV. A theory of external reality rooted in intersubjectivity. *International Journal of Psychoanalysis*, 88, 917-937.

<https://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.088.0917a>

Fonagy, P. E., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1),

103-122. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70146-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70146-5)

Fonagy, P. E., Target, M., Gergely, G., & Jurist, E. L. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*. London: Other Press.

Fonagy, P. E., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 3-42). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.

Fonagy, P. E., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380.

<https://doi.org/10.1037/a0036505>

Freud, S. (2010). Negation. *Complete Works (PDF-versjon)*. Hentet fra:

https://www.valas.fr/IMG/pdf/Freud_Complete_Works.pdf (Originalt verk publisert 1925).

Freud, S. (2010). Studies on hysteria. *Complete Works (PDF-versjon)*. Hentet fra:

https://www.valas.fr/IMG/pdf/Freud_Complete_Works.pdf (Originalt verk publisert 1895).

- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2013). *Underteksten: psykoanalytisk terapi i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hickey, C. (2017). *Understanding Davanloos intensive short-term dynamic psychotherapy: a guide for clinicians*. London: Karnac Books.
- Johansson, P., & Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *14*(1), 1–9.
<https://doi.org/10.1002/cpp.514>
- Jørgensen, C. R. (2004). Active Ingredients in Individual Psychotherapy: Searching for Common Factors. *Psychoanalytic Psychology*, *21*(4), 516–540.
<https://doi.org/10.1037/0736-9735.21.4.516>
- Karterud, S., & Bateman A. W. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*(1), 1–27.
doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432.
- Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: Implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, *70*, 65- 79.
<https://www.pep-web.org/document.php?id=IJP.070.0065A>
- Lecours, S., & Bouchard, M. A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, *78*, 855-875.
<https://www.pep-web.org/document.php?id=IJP.078.0855A>
- Luyten, P., Fonagy, P. E., Lemma, A., & Target, M. (2012). Depression. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 385- 417). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.

- Malan, D., & Della Selva, P. C. (2006). *Lives transformed: a revolutionary method of dynamic psychotherapy*. London: Karnac Books.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: a comparative approach*. New York: The Guildford Press.
- Marmor, J. (1986). The Corrective Emotional Experience Revisited. *International Journal Of Short-Term Psychotherapy*, 1(1), 1-57.
- Philips, B., Kahn, U., & Bateman, A. W. (2012). Drug Addiction. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 445-462). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.
- Rosenberg, P. E. (1988). Transference in Psychoanalysis and Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy. *International Journal Of Short-Term Psychotherapy*, 3(1), 1-76.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1975). *Psykoanalysens grunnbegreper: fra Freud til den moderne jegpsykologien*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Skårderud, F., & Fonagy, P. E. (2012). Eating Disorders. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 347-384). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.
- Sperber, D., Clément, F., Heintz, C., Mascaro, O., Mercier, H., Origgi, G., & Wilson, D. (2010). Epistemic vigilance. *Mind & Language*, 25(4), 359-393.
<https://doi.org/10.1111/j.1468-0017.2010.01394.x>
- Suchman, N., Pajulo, M., Kalland, M., DeCoste, C., & Mayes, M. (2012). At-Risk Mothers of Infants and Toddlers. I A. W. Bateman & P. E. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (s. 309-346). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, Inc.

- Target, M., & Fonagy, P. E. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 459-479. <https://www.pep-web.org/document.php?id=ijp.077.0459a>
- Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsboken*. Oslo: Arneberg.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The Great Psychotherapy Debate*. New York, NY: Routledge.
- Winnicott, D. W. (1971/2005). Mirror-role of mother and family in child development. I D.W. Winnicott (Red.), *Playing and reality* (s. 1-25). London: Routledge.