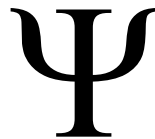




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier***

**HOVEDOPPGAVE**

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Marie Signe Garseth Ulvestad**

Vår 2012

Veileder:

Roar Solholm

### Forord

Først og fremst vil jeg takke veileder, Roar Solholm, for konstruktive og nyttige tilbakemeldinger på oppgaven. Jeg vil også takke Øygunn Garseth, Hildegunn Garseth Ulvestad og Lys Helene Haugstad Møller for gjennomlesning av oppgaven, samt Ragnhild Holm for gjennomlesning av abstract. Videre vil jeg takke Lys og Stine Jonassen for deres optimisme og gode humør i mørke stunder på lesesalen. Sist, men ikke minst, vil jeg takke min kjære samboer, Jon Espen Nitter Joranger, for all hjelp, støtte og omsorg gjennom denne prosessen.

### Abstract

Over the course of the last few years, the term mentalization has had an increasing influence on psychological theory and treatment. In this paper, the concept of mentalization is explained and relevant theory and research concerning mentalization, reflective functioning, neuropsychology, and attachment is addressed. The purpose of this paper was to identify and describe mentalization-based intervention programs for families and to clarify the research foundation for these programs. Two electronic searches were carried out. The first search identified 5 different mentalization-based intervention programs for families. The second search identified existing research related to these intervention programs. This paper also includes a discussion of whether mentalization-based intervention programs for families represent an important contribution to family-based treatment. It is concluded that mentalization-based intervention programs for families incorporate important theory regarding the caregiver – child relationship, but that the empirical foundation for the mentalization-based treatment of families is limited and that this is obviously still a young field. Despite the fact that several studies showed promising results, mentalization-based programs for families still need a wider research base in order to be classified as evidence-based treatment interventions.

### Sammendrag

Mentaliseringsbegrepet har i de senere år fått en økende betydning for psykologisk teoretisering og behandling. I denne oppgaven blir det redegjort for mentaliseringsbegrepet, samt teorier og forskning rundt mentalisering, reflekterende fungering, nevropsykologi og tilknytning. Formålet med oppgaven var å identifisere og beskrive mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier, samt kartlegge disse programmenes forskningsgrunnlag. Med dette som utgangspunkt ble det gjennomført 2 elektroniske søk. I det første søket ble det identifisert 5 ulike mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier. Det andre søket identifiserte forskning knyttet til de ulike intervensjonsprogrammene. I oppgaven diskuteres det hvorvidt mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier kan betegnes som et viktig bidrag til familiebaserte intervensjoner. Det konkluderes med at mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier tar tak i viktige teoretiseringer rundt relasjonen mellom barn og omsorgsgiver, men spesielt forskningsgrunnlaget for mentaliseringsbasert behandling av familier bærer fremdeles preg av at dette er et svært ungt felt. Til tross for at flere studier viste lovende resultater, ser mentaliseringsbaserte programmer for familier likevel ut til å trenge et bredere forskningsgrunnlag for å kunne klassifiseres som evidensbaserte behandlingsintervensjoner.

## Innholdsfortegnelse

Forord.....	3
Abstract.....	4
Sammendrag .....	5
Innholdsfortegnelse.....	6
Begrepsbruk .....	9
Hva er mentalisering? .....	10
Mentalisering som et multidimensjonalt begrep.....	10
Indre eller ytre basert. ....	11
Selv- eller andre-orientert. ....	11
Kognitiv eller affektiv mentalisering. ....	12
Eksplisitt eller implisitt mentalisering. ....	12
Beslektede begreper .....	13
Reflekterende fungering.....	14
Mentalisering som en aktiv prosess .....	15
Vellykket mentalisering .....	18
Utvikling av mentalisering.....	19
Tilknytning og mentalisering .....	23
Oppsummering.....	28
Metode .....	29
Elektronisk søk 1.....	29
Elektronisk søk 2.....	32
Manuelt søk.....	34
Resultater .....	35
Mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier .....	35

Short-term mentalization and relational therapy (SMART).....	35
Mentalization-based family therapy (MBFT).....	38
Minding the Baby. ....	42
Holding Tight.....	44
Child-Parent Psychotherapy (CPP).....	46
Empirisk forskning på mentaliseringsbaserte familieintervensjoner.....	47
Minding the Baby. ....	47
Holding Tight.....	48
CPP. ....	48
Diskusjon .....	49
Sammenligning av programmene .....	50
Forskjeller og likheter mellom mentaliseringsbasert behandling og andre behandlingsformer .....	53
Evidensbasert behandling .....	55
Begrensninger og styrker ved oppgaven.....	60
Konklusjon.....	61
Referanser .....	62
Appendiks .....	71
Tabell 3 .....	71
Tabell 4 .....	72
Tabell 5 .....	74

Mentaliseringsbegrepet refererer, kort fortalt, til vår forståelse av mentale tilstander som bakgrunn for atferd, hos både oss selv og andre (Bateman & Fonagy, 2012). Begrepet dukket først opp i psykoanalytisk litteratur på 1960-tallet (Allen & Fonagy, 2006), og har siden representert et alternativt, men også omdiskutert, rammeverk for tilnærmingen til forståelsen av mentale tilstander.

Mentaliseringsbegrepet har blitt anvendt og videreutviklet på flere områder. Blant annet har mentaliseringsbegrepet blitt inkludert i nevropsykologisk forskning (Frith & Frith, 2003) og Fonagy og hans kolleger har knyttet begrepet opp mot utviklingspsykologi og tilknytningsteori (Allen & Fonagy, 2006). Det har også blitt utviklet flere former for individualterapeutisk behandling med et mentaliseringsbasert utgangspunkt, blant annet behandling rettet mot diagnosen Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, Borderline-type (World Health Organization, 2000) og behandling av spiseforstyrrelser. I den senere tid har det i tillegg vært et økende fokus på mentaliseringsbasert behandling rettet mot familier (Bateman & Fonagy, 2012).

Forskning tilsier at foreldres evne til mentalisering er viktig for barnets tilknytningsstil (Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005) som igjen kan relateres til barnets senere psykososiale fungering (Sroufe, Carlson, Levy, & Egeland, 1999). Familiebaserte mentaliseringsprogrammer kan bli viktige for å sikre fokuset på, og arbeidet med, relasjonen mellom barn og omsorgsgiver. Slik kan disse programmene kanskje fremme gunstige utviklingsmessige utfall relatert til en positiv relasjon mellom foreldre og barn.

Denne oppgaven vil omhandle mentaliseringsbasert arbeid med familier og vil herunder ta for seg følgende problemstillinger:

- Hva har blitt utviklet av familiebaserte intervensjonsprogrammer med et mentaliseringsbasert utgangspunkt?



- Hva er evidensgrunnlaget for disse programmene?

Oppgaven vil åpne med en teoretisk gjennomgang av mentaliseringsbegrepet for så å belyse sammenhengen mellom mentalisering, tilknytning og nevropsykologi. Med utgangspunkt i to elektroniske søk vil oppgaven videre presentere ulike behandlingsprogrammer for mentaliseringsbasert arbeid med familier og forskningsgrunnlaget knyttet opp mot disse. Oppgaven vil til slutt ta opp diskusjonen rundt hvorvidt, og eventuelt hvordan, mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier representerer et viktig bidrag til familiebaserte intervensjoner.

### **Begrepsbruk**

Oppgaven vil benytte seg av begrepene mentalisere, mentalisering og mentaliserende som synonymt med de engelske begrepene *mentalize*, *mentalization* og *mentalizing*. Begrepet sinn vil bli brukt som en oversettelse av det engelske begrepet *mind* og begrepet mentale tilstander vil bli benyttet som oversettelse for den engelske termen *mental state*. *Mental state* refererer til alle mentale opplevelser som blant annet tanker, følelser, behov og intensjoner (Slade, 2006). Begrepet reflekterende fungering vil bli benyttet som oversettelse for det engelske begrepet *reflective functioning*. Reflekterende fungering (RF) er en operasjonalisering av mentaliseringsbegrepet, og begrepene mentalisering og reflekterende fungering blir ofte benyttet synonymt i forskningslitteraturen (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008), se for eksempel Söderström og Skårderud (2009). Noe av litteraturen benytter begrepet *mor* for å beskrive omsorgsperson i relasjonen mellom omsorgsgiver og barn. For å sikre en mest mulig korrekt gjengivelse av litteraturen vil denne oppgaven derfor benytte begrepet *mor* som synonymt med omsorgsgiver/omsorgsperson.

### **Hva er mentalisering?**

Mentalisering kan kort defineres som *”The capacity to perceive and interpret behavior in terms of intentional mental states...”* (Busch, 2008, p. xv). Å mentalisere innebærer med andre ord å forstå handlinger ut fra mentale tilstander som antagelser, følelser, ønsker, intensjoner og lignende (Bateman & Karterud, 2010). Mentalisering har slik sin bakgrunn i individets antagelse om at mentale tilstander påvirker menneskelig atferd (Bateman, Fonagy, Skårderud, & Karterud, 2007). Samtidig innebærer også mentalisering en implisitt eller eksplisitt anerkjennelse av at disse mentale tilstandene er representasjoner av ”virkeligheten” basert på et av mange mulige perspektiver. Slik blir anerkjennelsen av at vi ikke kan vite med sikkerhet hva som rører seg i den andres sinn viktig for vår evne til mentalisering (Allen et al., 2008).

### **Mentalisering som et multidimensjonalt begrep**

Mentalisering er et multidimensjonalt begrep og kan grovt sett deles inn i fire dimensjoner som gjensidig påvirker hverandre: 1) indre eller ytre basert, 2) selv- eller andre-orientert, 3) kognitiv eller affektiv og 4) eksplisitt eller implisitt (Bateman & Karterud, 2010). Inndeling er gjort på bakgrunn av nevrologiske forskningsfunn, som viser at de ulike dimensjonene er knyttet opp mot relativt distinkte nevralt systemer (Luyten, Fonagy, Mayes et al., 2011 omtalt i Bateman & Fonagy, 2012). Man kan se de ulike dimensjonene som bestående av to poler, der en dysfunksjon hos den ene polariteten kan manifestere seg som et overdrevet fokus på den andre (Bateman & Fonagy, 2012). For eksempel vil en dysfunksjon i mentaliseringen av andre kunne føre til et overdrevent fokus på egne mentale tilstander. Samtidig veksler individet mellom de ulike dimensjonene, da å integrere alle komponentene blir en krevende og tilnærmet umulig prosess (Bateman & Karterud, 2010).

**Indre eller ytre basert.** Dimensjonen indre versus ytre basert mentalisering viser til mentaliseringens fokus. Indre mentalisering refererer til et fokus på egen eller andres indre tilstand, mens ytre mentalisering refererer til mentale prosesser knyttet til ytre fenomener som ansiktsuttrykk eller atferd (Bateman & Karterud, 2010). For eksempel kan noen ha vansker med å oppfatte andre menneskers ønsker og behov, men samtidig være hypersensitive for emosjoner med bakgrunn i observasjoner av fysisk fremtoning, for eksempel ansiktsuttrykk. Andre, for eksempel personer med narsissistiske personlighetstrekk, viser en utmerket forståelse av andres mentale tilstander basert på indre referanser, men virker ute av stand til å forstå andres indre liv på bakgrunn av ansiktsuttrykk og nonverbale signaler (Bateman & Fonagy, 2012).

**Selv- eller andre-orientert.** Vi kan mentalisere rundt både våre egne og andres mentale tilstander (Allen & Fonagy, 2006). Mentalisering har slik både en interpersonlig og en selvreflekterende komponent. Evne til mentalisering har derfor stor betydning for vår opplevelse av oss selv som agenter i eget liv, i motsetning til å være drevet av eksterne hendelser som tilfeldigheter, instinkter eller sykdomsprosesser (Bateman & Karterud, 2010). Mentalisering blir med andre ord viktig for vår selvopplevelse, samt essensielt for vår evne til selvregulering. Vår evne til mentalisering påvirker også våre interpersonlige forhold (Allen et al., 2008). Å være oppmerksom på andres sinn muliggjør en effektiv interaksjon og er viktig for å kunne løse eventuelle interpersonlige problemer. En effektiv mentalisering gjør det også mulig å ta andres perspektiv og dermed også å se andres måter å tenke, føle og handle på. Slik kan vi lære og utvikle oss gjennom våre mellommenneskelige forhold (Allen & Fonagy, 2006).

Noen individer er svært oppmerksomme på andres sinn, mens andre har mer fokus på seg selv og egne opplevelser. En overdreven oppmerksomhet mot enten seg

selv eller andre kan lede til en ensidighet i sosiale interaksjoner i en slik grad at det vanskeliggjør individets sosiale fungering. For eksempel kan personer som er oversensitive for andres sinn underkaste seg det de tror andre forventer av dem, noe som igjen kan gå på bekostning av individets egne behov (Bateman & Karterud, 2010).

**Kognitiv eller affektiv mentalisering.** Dimensjonen kognitiv og affektiv mentalisering refererer til individets evne til integrasjon av både emosjonelle og kognitive aspekter ved mentalisering (Bateman & Karterud, 2010). Ulike former for psykopatologi kan være relatert til en dysfunksjon i den ene eller begge av polaritetene innenfor denne dimensjonen, noe som blant annet kan ses i sammenheng med dissosiasjon mellom de to polene eller vansker med integrering av kognitive og affektive aspekter ved det indre liv (Bateman & Fonagy, 2012).

Oftest er det nettopp emosjonelle tilstander vi søker å forstå, både i oss selv og andre (Allen & Fonagy, 2006). Dette innebærer at man ikke bare kan forholde seg kognitivt utforskende til emosjonelle opplevelser, men også emosjonelt utforskende til opplevde affekter. Videre medfører dette at vi kan oppleve emosjonelle responser, og emosjonelle vurderinger av, våre emosjoner. Man kan for eksempel oppleve å være redd for andres sinne for så å skamme seg over denne redselen (Allen et al., 2008). Begrepet mentalisert affektivitet ("mentalized affectivity") refererer til en evne til regulering av affekt samt en evne til å utforske den subjektive meningen bak egne affektive tilstander. Dette innebærer en forståelse av egne affekter som går utover det intellektuelle (Fonagy, Gergely, & Jurist, 2002).

**Eksplisitt eller implisitt mentalisering.** Mentalisering kan være både eksplisitt og implisitt. Eksplisitt mentalisering er en bevisst, intendert og reflektert prosess (Allen et al., 2008) der vi aktivt fokuserer på egne eller andres motiver eller

følelsetilstander (Bateman & Karterud, 2010). Språket blir ofte brukt i eksplisitt mentalisering og denne formen for mentalisering tar ofte form som narrative historier. Implisitt mentalisering er mer automatisk og intuitivt. Denne formen for mentalisering baserer seg på tidligere erfaringer som vi benytter som referansepunkter. Mentalisering i dagliglivet er som oftest implisitt, da eksplisitt mentalisering er en relativt krevende prosess (Bateman & Karterud, 2010).

Det er ofte vanskelig å skille klart mellom eksplisitt og implisitt mentalisering, og vi kan bevege oss hurtig mellom de to polaritetene (Allen et al., 2008). For eksempel vil et barn som uten forvarsel begynner å gråte under lek, ofte aktivere en eksplisitt mentalisering hos omsorgsperson. Slik kan mentaliseringen raskt gå fra en automatisk, implisitt modus, der mor oppfatter sitt barn som tilfreds i leken, til en mer aktiv og eksplisitt mentalisering der mor aktivt søker informasjon om bakgrunnen for barnets gråt (Bateman & Fonagy, 2012).

Problemer i mentaliseringen oppstår gjerne dersom den har et overdrevent fokus på enten den eksplisitte eller implisitte polariteten av mentaliseringen. Dersom man for eksempel kun har en forståelse av andre gjennom en automatisk prosess, kan dette bli for ensidig og individet kan få vansker med å endre sine oppfatninger gjennom en eksplisitt, reflektert prosess (Bateman & Fonagy, 2012).

### **Beslektede begreper**

Mentaliseringsbegrepet har flere likhetstrekk med, men er også forskjellig fra flere andre psykologiske konsepter. Blant disse finner vi blant annet begrepet ”Theory of mind” (Premack & Woodruff, 1978), som fokuserer på barns kognitive utvikling i forhold til å kunne tolke atferd som et uttrykk for indre mentale tilstander. Denne kognitive utviklingen danner grunnlaget for barns mentaliseringsevne, men mentaliseringsbegrepet innbefatter også emosjonelle aspekter i tillegg til kognitive.

Theory of mind-forskning fokuserer i tillegg hovedsakelig på tolkning av andres indre liv, mens mentalisering innebærer ikke bare å kunne forstå andre, men også seg selv. I tillegg kan man se Theory of mind som et produkt av en utvikling, mens mentalisering kan ses som en aktivitet som man også bedriver gjennom denne utviklingsperioden. Med andre ord benytter man sitt Theory of mind rammeverk i mentaliseringsøyeblikket, men å mentalisere kan også fremme utviklingen av Theory of mind (Allen et al., 2008).

Andre begreper beslektet med mentalisering inkluderer blant annet metakognisjon, eller å tenke på å tenke. Begrepet metakognisjon refererer hovedsaklig til individets opplevelse av egen tenkning, mens mentaliseringsbegrepet inkluderer tenkning rundt både en selv og andres tanker. Empati er også et begrep som kan ses i sammenheng med mentaliseringsbegrepet, men i motsetning til empati, som primært er sentrert rundt andres mentale tilstander, inkluderer mentalisering både fokus på eget og andres sinn (Allen et al., 2008).

**Reflekterende fungering.** Reflekterende fungering er en operasjonalisering av mentaliseringsbegrepet (Bateman & Karterud, 2010), der ”Reflective-functioning scale” (Fonagy, Target, Gergely, & Jurist, 1998) benyttes for å måle kvaliteten av mentalisering ut fra ”Adult Attachment Interview” (AAI; George, Kaplan, & Main, 1984 omtalt i Vrieze, 2011). AAI tar utgangspunkt i tilknytningsforhold i barndommen og refleksjoner rundt disse (Ammaniti et al., 2006). RF kan også måles mer direkte gjennom ”The Parent Development Interview Revised” (PDI-R; Slade, Aber, Bresgi, Berger, & Kaplan, 2004 omtalt i Vrieze, 2011), da gjennom foreldres beskrivelse av sine barn og deres refleksjoner rundt det pågående forholdet mellom dem og barnet (Slade, 2005). RF skalaen måler tilknytningsrelatert mentalisering og skårene rangeres fra negativ RF til eksepsjonell RF på en skala fra -1 til +9 (Bateman

& Karterud, 2010). En høy RF-skåre innebærer først og fremst at individet utviser en forståelse for at mentale tilstander er bakenforliggende for atferd, hos både en selv og hos andre. Videre innebærer en høy RF-skåre kunnskap om at affekter kan variere i intensitet, og at denne intensiteten kan endres over tid. En høy RF-skåre impliserer også en forståelse for at emosjoner kan være skjulte eller uobserverbare, samt at de kan deles, benektes, forvrennes eller være i konflikt med andre mentale tilstander. En lav RF-skåre derimot innebærer liten grad av forståelse for andres mentale tilstander, og mødre med en lav RF-skåre kan til tider fremstå som uvitende om at barnet har egne følelser og tanker som er unike for ham/henne (Slade, 2005).

### **Mentalisering som en aktiv prosess**

Selv implisitt mentalisering forutsetter å rette oppmerksomheten mot relevante aspekter ved interpersonlige fenomener (Bateman & Karterud, 2010). Å mentalisere blir slik noe vi gjør, en mental aktivitet der flere kognitive operasjoner som blant annet oppmerksomhet, gjenkjennelse, respondering, tolkning og forklaring gjør seg gjeldende. Slik blir det å mentalisere en relativt krevende aktivitet (Allen et al., 2008). Spesielt krevende blir det å ta andres perspektiv da vi ofte tenderer til egosentrisme, altså tar vi utgangspunkt i at andre deler våre perspektiver, kunnskap og holdninger (Decety, 2005 omtalt i Allen et al., 2008). Slik forutsetter mentalisering av andre en inhibering av dette egosentriske perspektivet, samtidig som man retter oppmerksomheten mot den andres perspektiver. Dette krever mye av våre eksekutive funksjoner da man må kunne holde begge perspektiver i arbeidsminnet samtidig (Allen et al., 2008).

Frith og Frith (2003) har oppsummert nevropsykologiske forskningsfunn knyttet opp mot mentalisering, og funnet at mentaliseringsoppgaver gir en økt aktivitet i temporallappene bilateralt, med mest aktivitet i venstre temporallapp.

Forfatterne hevder at denne hjerneregionen er ansvarlig for dannelsen av en bredere semantisk og emosjonell kontekst for en aktuell situasjon. Mentaliseringsoppgaver trigger også aktivitet i posterior superior temporal sulcus (STS), et område viktig for blant annet registreringen av bevegelse (Frith & Frith, 2003). Samtidig har Bonda, Petrides, Ostry og Evans (1996) funnet at amygdala aktiveres av emosjonelt ekspressive bevegelser, en aktivering forfatterne antar at har sammenheng med en emosjonell opplevelse hos individet som et resultat av observert atferd.

Frith og Frith (2003) identifiserer også det de kaller ”den mentaliserende region”: et relativt stort område av den mediale prefrontale cortex (MPFC) inkludert en del av anterior cingulate cortex (ACC). MPFC aktiveres av mentaliseringsoppgaver, både når oppmerksomheten er rettet mot egne og andres mentale tilstander. Denne aktiveringen kan ha sammenheng med individets forståelse av at mentale tilstander kan skilles fra eksterne hendelser. Slik blir MPFC medvirkende til at tanker, følelser og oppfatninger representeres som distinktivt atskilt fra ”virkeligheten” (Frith & Frith, 2003). Samtidig oppsummerer Allen et al. (2008) forskning som tilsier at MPFC og ACC blant annet regulerer oppmerksomhet i vanskelige sosiale situasjoner som krever konstant tilpasning. Slik blir disse områdene viktige for evnen til sosial interaksjon, som krever forståelse for egen og andres emosjonelle tilstand og tilpasning av atferd deretter. ACC og MPFC blir dermed viktige komponenter i mentaliseringsprosessen (Allen et al., 2008).

Dersom individet opplever en situasjon som tilstrekkelig aktiverende kobles hjernens ”fight or flight”-modus inn. Når ”fight or flight”-modus aktiveres deaktiveres samtidig individets mentaliserende modus. Dette skjer ved at hjernens fungering skifter fra fleksibilitet til automatikk, altså endres aktiveringen fra de relativt sent fungerende eksekutive funksjonene i prefrontale cortex til en mer



subkortikal aktivering som er ansvarlig for en mer instinktiv atferd. Med andre ord blir mentaliseringsprosessen ”slått av” parallelt ved at defensive responser ”slås på”. Denne responsen på truende situasjoner har nok vært, og kan fremdeles være, adaptiv ved å sikre en rask og effektiv reaksjon hos individet. Samtidig kan denne automatiske responsen bli en belastning i mellommenneskelige situasjoner, da en kompleks emosjonell fungering vil være nyttig ved interpersonlig stress (Allen et al., 2008).

Individer varierer i sin toleranse for stress og hvor mye som skal til før man blir ikke-mentaliserende. Denne terskelen påvirkes blant annet av eksponering for tidlig stress eller traume, og individer med tilknytningstraumer kan oppleve å ha en lav terskel for å skifte til ”fight or flight”-modus. Slik finnes det både inter- og intraindividuelle variasjoner i terskelen for skiftet mellom eksekutiv og automatisk respondering, da terskelen for når man går ut av en mentaliserende modus også vil variere på tvers av situasjoner og relasjoner. Individets evne til mentalisering blir med andre ord situasjons- og relasjonsspesifikk og individet kan variere i sin evne til å mentalisere seg selv eller andre. Mentalisering er slik knyttet til nåtiden, til nåværende mentale tilstander. Samtidig kan man reflektere rundt tidligere mentale tilstander, dette blant annet for å kunne dra lærdom fra tidligere erfaringer. Man kan også mentalisere rundt egne eller andres fremtidige mentale tilstander. For eksempel kan man ha forventninger rundt hvordan ektefellen vil respondere i en gitt situasjon. Mentalisering rundt fortiden eller fremtiden vil likevel være knyttet til vår nåværende mentale tilstand. Det kan for eksempel være vanskelig å mentalisere rundt en tidligere hendelse der man var svært emosjonelt aktivert, dersom man i nå befinner seg i en tilstand av lav emosjonell aktivering (Allen et al., 2008). Evnen til å mentalisere er med andre ord ikke en statisk egenskap hos individet, men en prosess eller en evne

som i større eller mindre grad kan være aktiv i en gitt situasjon (Allen & Fonagy, 2006).

### **Vellykket mentalisering**

Asen og Fonagy (2012) nevner flere trekk ved vellykket mentalisering blant annet fleksibilitet i synspunkter, evne til å løse konflikter ved å skifte mellom eget og andres perspektiv, beskrive egen opplevelse fremfor å definere andres opplevelse eller intensjon, se seg selv som agent for egen atferd fremfor å hevde at det "bare skjedde", samt å vise nysgjerrighet og lekenhet i forhold til egne og andres mentale tilstander. God mentalisering blir slik ikke bare ens evne til å nøyaktig kunne lese andres mentale tilstander, men også en forventning om at ens egne tanker og følelser kan bli påvirket, belyst og endret som et resultat av ens forståelse av andre (Asen & Fonagy, 2012). Bateman og Fonagy (2006 omtalt i Asen & Fonagy, 2012) understreker også at en anerkjennelse av at man aldri med sikkerhet kan fastslå andres mentale tilstander, en forståelse for hvordan egne tanker, følelser, ønsker og handlinger kan påvirke andre, samt en ansvarlighet i forhold til for egne handlinger er viktige aspekter ved en vellykket mentalisering.

Fearon et al. (2006) beskriver fire generelle vansker med mentalisering: 1) konkret forståelse ("Concrete understanding"), 2) kontekstspesifikk tap av mentalisering ("Context-specific loss of mentalizing"), 3) pseudomentalisering ("Pseudo-mentalizing") og 4) misbruk av mentalisering ("Misuse of mentalizing"). Konkret forståelse refererer til vansker med å kunne rette oppmerksomheten mot og gjenkjenne følelser hos både seg selv og andre. Dette inkluderer også en manglende forståelse av den gjensidige påvirkningen mellom situasjon, tanker, følelser og atferd, samt en manglende forståelse for hvordan egne tanker, følelser og atferd påvirker andre. Et eksempel på konkret forståelse kan være dersom foreldrene reagerer

spesifikt på barnets atferd, fremfor å anerkjenne og ta hensyn til de mentale tilstandene som hos barnet som er bakenforliggende for atferden. Slik kan foreldre reagere inadekvat i forhold til barnets indre opplevelse, for eksempel ved å reagere med sinne i situasjoner der barnet egentlig har behov for trygghet og trøst.

Kontekstspesifikk tap av mentalisering er vansker med mentalisering grunnet situasjonelt stress. En emosjonelt intens situasjon, tanke eller følelse kan lede til midlertidige vansker med mentalisering, blant annet ved at uriktige, ondskapsfulle intensjoner tillegges andre. Terskelen for kontekstspesifikt tap av mentalisering kan variere på tvers av individ, relasjon og situasjon. Pseudomentalisering refererer til en kronisk og generalisert form for vanske der mentalisering tilsynelatende forekommer, men ved nærmere ettersyn mangler det viktige aspekter ved mentalisering. Dette kan for eksempel være å uttrykke kunnskap om andres tanker og følelser, men uten å anerkjenne uvissheten i egen opplevelse av den andres sinn. Dette kan blant annet vise seg gjennom en overaktiv og unøyaktig mentalisering, der man bruker mye energi på å tenke på og snakke om hvordan den andre har det, uten at dette nødvendigvis relaterer seg til eller reflekterer den andres reelle opplevelse. Misbruk av mentalisering er når mentale tilstander attribuert til andre er nøyaktige, men denne kunnskapen blir benyttet på ondskapsfulle og sårende måter. For eksempel kan foreldre benytte kunnskap om barnets emosjoner som ammunisjon i en ekteskapelig konflikt (Fearon et al., 2006).

### **Utvikling av mentalisering**

Utviklingen av mentaliseringen følger et mønster med flere fikseringspunkt. Etter fylte 6 måneder begynner barnet å konstruere kausale relasjoner, altså knytter det handlinger både til den ytre verden og til intensjoner hos aktør (Fonagy & Target, 2006). Dette er bakgrunnen for forståelsen av dem selv som teleologiske agenter, altså

forståelsen av at de selv kan nå sine mål ved å velge mellom en rekke alternative strategier (Csibra & Gergely, 1998). På dette stadiet blir handlinger forstått innenfor rammen av den ytre, fysiske verden og barnet forventer at aktører skal opptre rasjonelt med utgangspunkt i situasjonens fysiske forutsetninger og aktørens åpenbare mål (Gergely & Csibra, 2005 omtalt i Fonagy & Target, 2006).

I sitt andre leveår utvikler barnet en forståelse av andre som intensjonelle agenter hvis handlinger er knyttet til forutgående mentale tilstander (Fonagy & Target, 2006). For eksempel kan 18 måneder gamle barn skille mellom en aktørs intenderte mål og tilfeldige konsekvenser av en handling (Meltzoff, 1995). Barn i denne alderen ser likevel ikke ut til å kunne representere mentale tilstander uavhengig av den fysiske realiteten (Flavell & Miller, 1998). Med andre ord opplever barnet fremdeles en psykisk ekvivalens, altså må det som eksisterer der ute også eksistere i barnets indre og omvendt. For eksempel vil et barn som er redd monstret under sengen være overbevist om dets eksistens. Når barnet tror det finnes monstre oppleves det også som en ytre realitet. Slik blir utviklingen av en "forestillingsmodus" viktig for barnet, og barnet forstår tidlig at under lek har ikke indre tilstander implikasjoner for den ytre verden (Fonagy & Target, 2006).

Fra tre til fireårsalder begynner barnets forståelse av seg selv som en forestillende agent å utvikles. Denne utviklingen skjer vanligvis gjennom barnets opplevelse av at egne mentale tilstander blir reflektert av omsorgsperson, oftest gjennom lek som fremmer integrasjonen mellom forestillingsmodus og psykisk ekvivalensmodus. Omsorgsgiver kan for eksempel demonstrere en forskjell mellom den ytre og den indre verden ved å legge frem alternative perspektiver enn barnets egne. Barnet forstår dermed at ytre representasjoner og indre tilstander ikke alltid er samsvarende og utvikler slik en mentaliserende eller reflekterende modus (Fonagy &

Target, 2006). Videre forstår barnet i denne perioden at man kan ha andre emosjoner enn de som vises utenpå, samt at man kan oppleve emosjonelle reaksjoner som ikke bare er et resultat av ytre hendelser, men som også påvirkes av humør eller tidligere emosjonelle responser på lignende hendelser (Flavell & Miller, 1998). De fleste barn utvikler også en forståelse av at atferd påvirkes av forbigående mentale tilstander som blant annet følelser og tanker, i tillegg til stabile karakteristika som blant annet personlighet (Flavell, 1999). Dette skaper bakgrunnen for et gryende selvkonsept hos barnet (Fonagy & Target, 2006).

I det sjette leveår utvikler barnet en forståelse for at man kan oppleve motstridende emosjoner og at forventninger kan påvirke våre tolkninger av hendelser. Barnet utvikler også en forståelse for at man kan ha en feiloppfatning av noen andres mentale tilstand og at man kan utføre subtile former for sosialt bedrageri, for eksempel ved å fortelle hvite løgner (Fonagy & Target, 2006).

Vår forståelse av andre er med andre ord ikke en medfødt egenskap, men en evne som utvikles i løpet av de første leveår (Fonagy et al., 2002). Fonagy og Target (2006) hevder at mentalisering utvikles i konteksten av våre tidlige sosiale erfaringer og tilnytningsrelasjoner, samt at utviklingen fra et teleologisk til et mentaliserende utgangspunkt er avhengig av kvaliteten på de interpersonlige interaksjoner mellom omsorgsperson og barnet. Slik påvirker familien og familiens interaksjonsmønster barnets tilegnelse av mentaliseringsevnen. Når omsorgsgiver tilskriver barnet mentale tilstander med utgangspunkt i atferd, altså behandler barnet som en mental agent, konkluderer det med at egen atferd må være meningsfull med utgangspunkt i egne opplevelser og ønsker. Denne konklusjonen gir blant annet barnet muligheten til å danne mentale modeller om kausalitet, og fremmer også utviklingen av et kjerneselv. Slik utvikles evnen til å gi mening til psykologiske opplevelser som et resultat av vår

oppdagelse av intensjonalitet bak handlinger, noe som igjen utvikles optimalt i en relativt trygg sosial kontekst (Fonagy & Target, 2006).

Når mor reflekterer, eller speiler, barnets emosjoner organiserer dette barnets opplevelse slik at det blir oppmerksomt på egne emosjoner. Dermed blir omsorgsgivers evne til å gjenkjenne barnets signaler, samt å forstå, respondere på og regulere disse, viktig for både barnets evne til selvregulering. Mors speilinger blir også viktige for utviklingen av barnets forståelse av affektive tilstander hos andre (Fonagy et al., 2002). Viten om at affekter kan manipuleres, gjenkjennes og deles danner igjen basisen for affektregulering og impuls kontroll hos barnet (Fonagy, Gergely, & Target, 2007). For at barnet skal forstå at omsorgspersons speiling er en representasjon av barnets emosjoner, og ikke omsorgsgivers egne emosjoner, må speilingen være ”markert”, altså litt overdrevet eller forvrengt. En speiling er forventet å feile dersom den enten er for nær eller for fjern fra barnets opprinnelige opplevelse. Et eksempel på feil i mentaliseringen kan være at speilingen av affekten blir for nøyaktig eller reell, altså at mor for eksempel responderer på barnets frykt ved å selv være redd. Slik får ikke barnet re-representert sine emosjoner, og får heller ikke mulighet til å kontrollere dem (Fonagy et al., 2002). Affekter som ikke blir tatt tak i av mor, eller som blir misforstått eller forvrengt, kan forbli diffuse og skremmende for barnet, noe som igjen kan lede til utviklingen av psykopatologi (Slade, 2005). Forstyrrelser i nære relasjoner vil med andre ord kunne påvirke utviklingen av mentaliseringsevnen og skape en sårbarhet knyttet til sosial fungering. Slik kan brudd i affektive bånd forstyrre utviklingen av evner som er essensielle for normal sosial utvikling (Fonagy & Target, 2006).

### **Tilknytning og mentalisering**

Tilknytning dreier seg om hvordan barn fra fødselen av knytter seg til og danner relasjoner til andre. Med utgangspunkt i barns ulike tilknytningsatferd har det blitt postulert fire ulike tilknytningskategorier: Trygg tilknytning, usikker – avvisende, usikker – motvillig og usikker – disorganisert (von Tetzchner, 2008). En trygg tilknytningsklassifisering hos barnet predikerer en rekke positive utviklingsmessige, relasjonelle og sosiale utfall. Sroufe et al. (1999) viser til flere studier der man ser at personer med en trygg tilknytningshistorie i mindre grad attribuerer fiendtlige intensjoner til uklare sosiale situasjoner, har større sannsynlighet for å løse konflikter og ser seg selv i større grad som knyttet til andre, da spesielt familiemedlemmer. Forfatterne konkluderer med at forstyrrelser i tidlige tilknytningsforhold kan legge grunnlaget for forstyrrelser i utviklingsprosesser, noe som igjen kan lede til psykopatologi hos individet.

Bowlby (1998) postulerte at tilknytningsstil ble overført fra en generasjon til den neste og van IJzendoorn (1995) har funnet at foreldre med en trygg tilknytning har tre til fire ganger større sannsynlighet for å få trygt tilknyttede barn. Samtidig som man har dokumentert et forhold mellom mors representasjon av eget tilknytningsforhold og tryggheten i tilknytningen hos hennes barn, kan man likevel ikke med sikkerhet si hvorfor og hvordan dette fenomenet forekommer. Det at man kun har en delvis forklaring på hvordan tilknytning blir overført fra mor til barn blir ofte referert til som et ”transmission gap” (van IJzendoorn, 1995).

Fonagy, Steele, Moran, Steele og Higgitt (1991) fant at høy grad av reflekterende fungering hos foreldre, målt gjennom AAI, var signifikant korrelert med en trygg tilknytning hos barna. Forskerne teoretiserte at høy RF hos foreldrene, altså at foreldrene reflekterte barnas emosjoner og mentale tilstander på en tilpasset måte,

førte til at barna opplevde sine indre tilstander som ivaretatt, noe som igjen la grunnlaget for en trygg tilknytning.

Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy & Locker (2005) har funnet at mors RF målt i barnets 10. måned var relatert til barnets tilknytningsstil ved 14 måneder. Høyere nivå av RF hos mor var assosiert med en trygg tilknytning hos barnet, mens et lavere nivå av RF var knyttet til en usikker tilknytning. Mødre av barn med en disorganisert tilknytning viste seg å ha de laveste nivåene av RF. Forskerne fant også at når RF ble kontrollert for, forsvant forholdet mellom foreldre og barns tilknytningsstatus. Slik ble det teoretisert at mors RF kan tenkes å være en sentral mekanisme i overføringen av tilknytningsstil fra en generasjon til den neste.

Slade og Grienenberger et al. (2005) fant videre at mors egen tilknytningsstil var sterkt relatert til hennes evne til reflekterende fungering. Mødre med en trygg tilknytning viste høyere grad av RF enn mødre med en usikker tilknytning, som igjen hadde høyere grad av RF enn mødre med en disorganisert tilknytningsstil. Fonagy et al. (2007) postulerer at en trygg tilknytningshistorie hos mor gir henne en evne til å utforske eget og andres sinn. Bevisstheten rundt egne mentale tilstander blir brukt i forståelsen av barnet, uten at det skjer i en så utstrakt grad at mors egne mentale tilstander forstyrrer forståelsen av barnet som et intensjonelt individ. Det å se barnet som et intensjonelt individ reduserer slik frekvensen av atferder hos mor som ville undergravd utviklingen av barnets egen forståelse av seg selv (Fonagy et al., 2007). Grienenberger, Kelly og Slade (2005) fant at mødre med lav RF-skåre oftere utviste brudd i affektiv kommunikasjon i samspill med sine barn, da gjennom blant annet feil i inntoning, frykt, aggresjon, fiendtlighet eller tilbaketrekning. Mødre med en lav RF-skåre hadde oftere barn med en unnvikende eller disorganisert tilknytningsstil.



Slik ser forskerne en sammenheng mellom brudd i affektiv kommunikasjon og tilknytningsstil hos barnet.

Mentalisering virker å spille en avgjørende rolle for overføringen av trygg tilknytning fra forelder til barn, og høy RF hos mor ser ut til å fremme en trygg tilknytning hos barnet. Samtidig virker også en responsiv mentalisering fra omsorgsperson, innenfor et trygt tilknytningsforhold, å fremme barnets evne til mentalisering (Allen et al., 2008). I en studie av Fonagy, Steele, Steele og Holder (1997) ble barn på 5 ½ år bedt om å predikere hvordan en karakter ville føle seg, da basert på barnets kunnskap om denne karakterens oppfatninger. Undersøkelsen viste at 82 % av barna klassifisert som trygt tilknyttet ved 12 måneder bestod denne oppgaven, mens 46 % av barna som ble klassifisert som usikker tilknyttet ikke kunne predikere karakterens følelser (Fonagy et al., 1997 omtalt i Fonagy et al., 2007). Dette impliserer at sammenhengen mellom mentalisering og trygg tilknytning sannsynligvis ikke er en kausal sammenheng, men det kan antas at det finnes delte aspekter ved omsorgspersons atferd som fasiliterer dem begge (Fonagy et al., 2007).

Bartels og Zeki (2004) har demonstrert at aktivering av områder i hjernen relaterte til tilknytning undertrykker aktivitet i hjerneområdene assosiert med mentalisering. Blant annet deaktiveres aktiviteten i temporallappen, amygdala og medial prefrontale cortex ved aktivering av tilknytningssystemet. Dette er områder som blant annet knyttes opp mot vår evne til sosial vurdering og opplevelsen av negativ affekt. Forskerne postulerer muligheten for at når vi kjenner oss knyttet til noen, reduseres også vårt behov for å vurdere hans eller hennes sosiale validitet. Slik finnes det kanskje altså en nevrologisk forklaring på hvorfor "kjærlighet gjør blind" (Bartels & Zeki, 2004).

Vårt tilknytningssystem antas å være designet for å aktiveres av frykt, da oftest assosiert med tap eller beskyttelse av nære tilknytningsperson (Bowlby, 1998). En uforutsigbar og usikker relasjon mellom omsorgsgiver og barn vil sannsynligvis medføre større grad av utrygghet enn en mer forutsigbar relasjon (Fonagy et al., 2007). Dette kan igjen føre til at barn med en trygg tilknytning vil ha mindre behov for og oppleve færre situasjoner som involverer en aktivering av tilknytningssystemet, enn barn med usikker eller disorganisert tilknytning. Med utgangspunkt i Bartels og Zekis (2004) forskning vil barn med en trygg tilknytning ha andre forutsetninger for utviklingen av mentalisering, med utgangspunkt i at hjernens mentaliseringssystem sjeldnere blir deaktivert. Dette medfører også at barn med trygg tilknytning vil ha flere muligheter til å ”øve på” mentalisering i samspill med nære omsorgsperson (Fonagy & Target, 2006). Denne antagelsen støttes av blant annet av Thompson (2000) som påpeker at barn med trygg tilknytning utviser en bedre forståelse for negative emosjoner enn barn med usikker tilknytning.

Fonagy og Target (1997) hevder at en trygg tilknytning danner et psykososialt grunnlag for forståelsen av indre tilstander. Barn med en trygg tilknytning kan trygt attribuere mentale tilstander til omsorgsgiver med utgangspunkt i omsorgsgivers atferd. Ved å kunne attribuere mentale tilstander til andre kan barnet gjøre andres atferd meningsfull og slik også forutsigbar. Når barnet forstår andres atferd kan de også, med bakgrunn i tidligere erfaring, respondere på denne atferden på en adaptiv måte som er tilpasset den interpersonlige konteksten. Å utforske meningen bak andres atferd blir viktig for å kunne forstå egne opplevelser og handlinger, noe som igjen er underliggende for evnen til affektregulering, impuls kontroll, selvobservasjon og opplevelsen av seg selv som agent. Dermed blir barnets evne til mentalisering viktig for selvorganiseringen (Fonagy & Target, 1997).

Det usikker – avvisende barnet unngår i stor grad andres mentale tilstander, mens det usikker – motvillige barnet har fokus på egen aktivering (Fonagy & Target, 1997). Barn med en disorganisert tilknytning blir ofte tvunget til å fokusere på mentale tilstander i omsorgsgiver som truer med å undergrave barnets selvopplevelse, fremfor å se etter representasjoner av egne mentale tilstander i den andre sinn. Slik hevder Fonagy og Target (2006) at disse barna blir dyktige til å lese omsorgsgiver, da under gitte omstendigheter, men også dårlige til å lese og forstå egne mentale tilstander. Spesielt tilfeller av alvorlig omsorgsvikt vil gjøre det vanskelig for barnet å håndtere omsorgsgivers perspektiver, da grunnet omsorgsgivers manglende forståelse av barnet og eventuelt også fiendtlighet hos omsorgsgiver. Dette kan igjen føre til en ikke-mentalisierende tilnærming til sosiale situasjoner hos barnet, noe som igjen er relatert til alvorlig psykopatologi blant annet ved personlighetsproblematikk (Fonagy et al., 2002).

Strassberg (1997) påpeker viktigheten av mors forståelse av barnet for barnets psykososiale utvikling. Han fant at mødre til aggressive barn i større grad tilskrev barnet fiendtlige hensikter, enn mødre av gjennomsnittlig aggressive barn. Dette mønsteret viste seg ikke bare ved de mest alvorlige tilfellene av ulydighet hos barnet, men på tvers av en rekke situasjoner. Strassberg (1997) postulerer muligheten for en ”mor-effekt” (”the mother effect”) der mor opprettholder, eller til og med fremmer, den aggressive atferden hos barnet. Han understreker at når barnets positive atferd blir oppfattet som et aggressivt uttrykk av mor, er dette en logisk brist i mors forståelse. Slik ser vi at selv om mor tilsynelatende mentaliserer barnet kan hun gjøre dette feil, noe som igjen kan påvirke barnets psykososiale tilpasning (Sharp & Fonagy, 2008). Allen et al. (2008) påpeker at en trygg tilknytning kan knyttes til både

tilstedeværelsen av mentaliseringsatferd, samtidig som det må være et fravær av ikke-mentaliserende atferd eller feil i mentaliseringen.

Mors grad av reflekterende fungering har også vist seg å være relatert til utvikling av psykopatologi hos barnet. Lav grad av nøyaktighet i mors mentalisering, målt gjennom mors prediksjon av barnets attribusjonsstil under en stressende sosial situasjon, var relatert til høyere grad av både selvrapportert depresjon og foreldrerapportert psykopatologi hos barnet. Mors nøyaktighet ble også funnet å predikere barnets psykososiale tilpasning, også når eventuelle effekter av IQ nivå og kjønn hos barnet var kontrollert for. Samtidig fant man at moderat nøyaktighet hos mor var tilstrekkelig for en normalutvikling, og at kun lav nøyaktighet virket å være en risikofaktor for dårlig psykososial tilpasning hos barnet (Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006).

**Oppsummering.** Det virker å være et viktig samspill mellom foreldrenes mentalisering av barnet, barnets evne til mentalisering og barnets tilknytningsstil. En trygg tilknytning hos foreldre er korrelert med høy grad av mentaliseringsatferd hos foreldre i relasjon til egne barn. Vi ser også at foreldrenes mentalisering av barnet ser ut til å fremme trygg tilknytning. En trygg tilknytning virker igjen å stimulere utviklingen av mentaliseringsevnen hos barnet selv (Sharp & Fonagy, 2008). Både barnets evne til mentalisering og tilknytningsstil er igjen korrelert med barnets psykososiale tilpasning. Slik tilsier forskning at mentalisering er nært knyttet opp mot barnets tilknytning og slik også barnets senere fungering.

Slade og Grienberger et al. (2005) påpeker at dersom RF hos foreldrene viser seg å være nøkkelen til barns sosioemosjonelle tilpasning må kliniske intervensjoner adressere nettopp utviklingen av RF hos foreldre. Man bør også ta resultatene til etterretning i utviklingen av potensielle intervensjoner for å fremme

trygg tilknytning hos barn i utfordrende oppvekstvilkår (Arnott & Meins, 2007). Allen (2008) hevder at parterapi, familieterapi og gruppeterapi utgjør en naturlig arena for å fremme vår evne til å mentalisere andre, ved å nettopp utforske og utvikle vår mentaliseringsevne i relasjonelle samspill. Familiebaserte intervensjonsprogrammer kan slik bli viktige for å sette fokus på omsorgsgivers mentalisering av barnet. Ved å fokusere på utvikling av RF hos omsorgsperson kan disse intervensjonene kanskje bidra til å fremme en trygg tilknytningsstil hos barn i risikogrupper, og slik de kan også tenkes å virke preventivt i forhold til utviklingen av eventuelle psykososiale vansker. Intervensjonsprogrammene kan også tenkes å ha en positiv effekt i forhold til å fremme barnets egen evne til mentalisering.

### **Metode**

Det ble gjort to separate, men relaterte elektroniske søk for å kunne besvare problemstillingene i oppgaven.

#### **Elektronisk søk 1**

For å undersøke forekomsten av mentaliseringsbasert behandling av familier ble det gjort ett elektronisk søk i databasene PsycINFO, Web of Science, Pubmed, Embase og The Cochrane Library. Se tabell 1 for en skjematisk oversikt over søkeordene.

Tabell 1

*Oversikt over søkeord, søk 1*

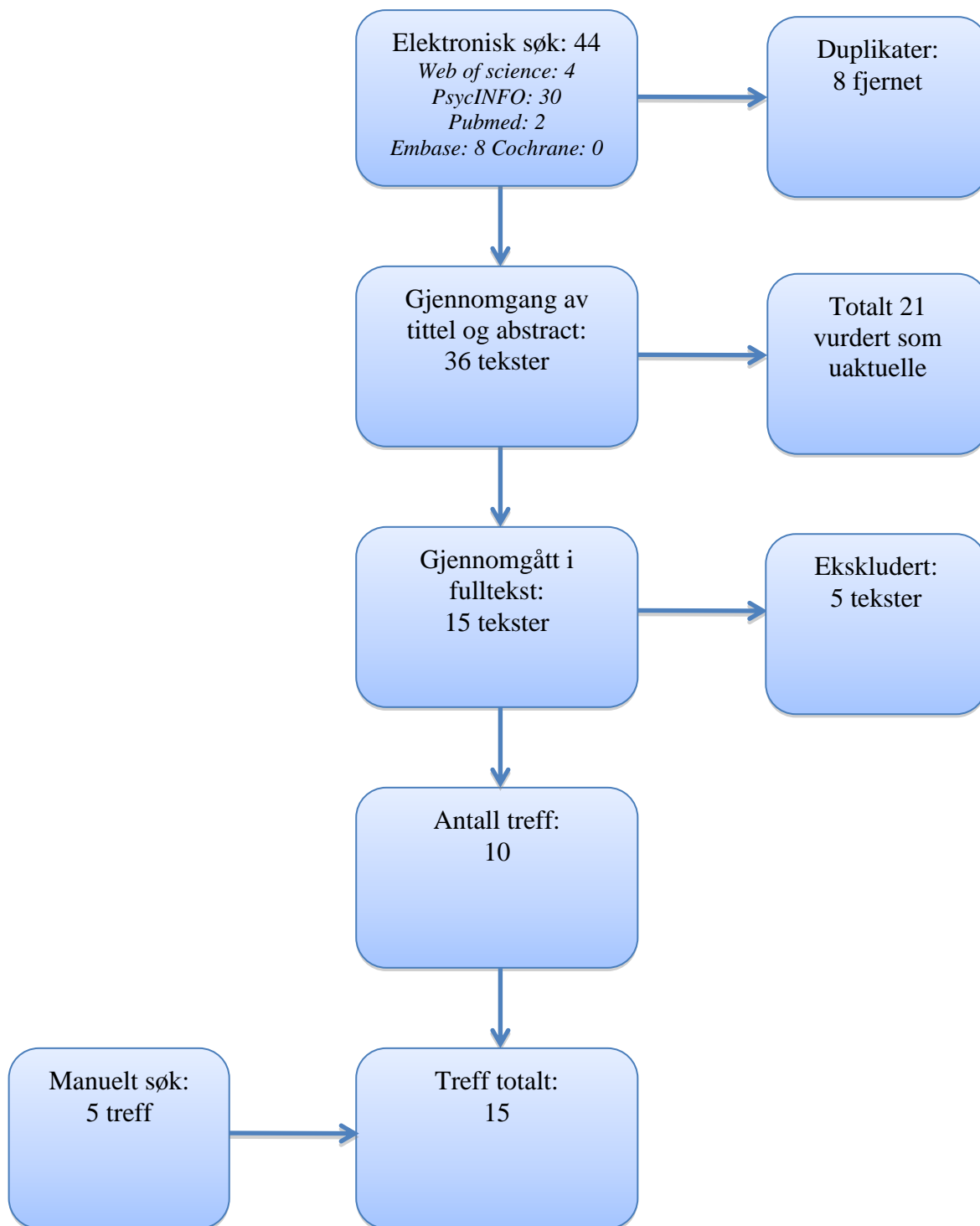
Kategori 1	Kategori 2
Mentaliz*	"Family therap*"
Mentalis*	Family therapy som subject heading (Psycinfo og Embase)
"Reflective function*"	"Family treatment"
	"Family intervention"
	"Parenting program*"

*Note:* Søkeordene innenfor hver kategori ble kombinert med "OR". Kategoriene ble så samlet sett kombinert med "AND".

Søket ble først gjennomført i januar 2012 og oppdateringer ble avsluttet 1. mars 2012. Dette søket ga 44 treff. Blant resultatene ble det identifisert åtte duplikater. Søket ga dermed 36 treff. Se Figur 1 for flytdiagram over søk 1.

Kriterier for inklusjon var at teksten måtte være på skandinavisk eller engelsk. Videre måtte teksten omhandle et program for foreldre og barn der intervensjonene hadde bakgrunn i mentalisering eller reflekterende fungering. Behandlingen måtte være rettet mot en spesifikk familie over tid, altså ble "dropp inn" grupper, workshop eller individualterapi for mor ekskludert.

**Figur 1.** Flytdiagram over søk 1



Etter gjennomgang av tittel og sammendrag (abstract) ble seks tekster ekskludert på bakgrunn av språk og 15 tekster ekskludert på bakgrunn av sammendraget. Seks av disse ble ekskludert på grunnlag av et manglende mentaliseringsbasert utgangspunkt. Andre omhandlet arbeid med ”dropp inn” grupper eller hadde fokus på arbeid med spesifikke individer/grupper fremfor familie. For en oversikt over ekskluderte artikler og bakgrunn for ekskludering, se tabell 3 i appendiks. Slik var det 15 tekster fra det elektroniske søket som var gjenstand for en grundigere gjennomgang. Etter denne gjennomgangen ble ytterligere fem tekster ekskludert. Jones (2006) omhandlet erfaringer med bruk av video i behandlingssituasjonen og Klonoff, Koberstein, Talley og Dawson (2008) omhandlet en modell for forståelsen av pårørendes reaksjoner ved hjerneskade, og var slik ikke en modell for mentaliseringsbasert behandling. Suchman, DeCoste, Castiglioni, Legow og Mayes (2008) omhandlet mentaliseringsbasert individualterapi rettet mot mor med det formål å bedre interaksjonen mellom mor og barn, mens Bleiberg (2004) omhandlet mentaliseringsbasert individualterapi der familien kunne være delaktig, uten at dette blir omfattende behandlet eller diskutert. Allen og Fonagy (2006) ble også ekskludert fra funnlisten, da denne bokens relevante kapitler dukket opp som selvstendige treff. Etter gjennomgangen gjenstod 10 artikler/tekster som dannet grunnlaget for oversikten.

### **Elektronisk søk 2**

For å identifisere empiriske studier ble det gjort ett søk i databasene PsycINFO, Web of Science, Pubmed, Embase og The Cochrane Library. Se tabell 2 for en skjematisk oversikt over søket.



Tabell 2

*Oversikt over søkeord, søk 2*

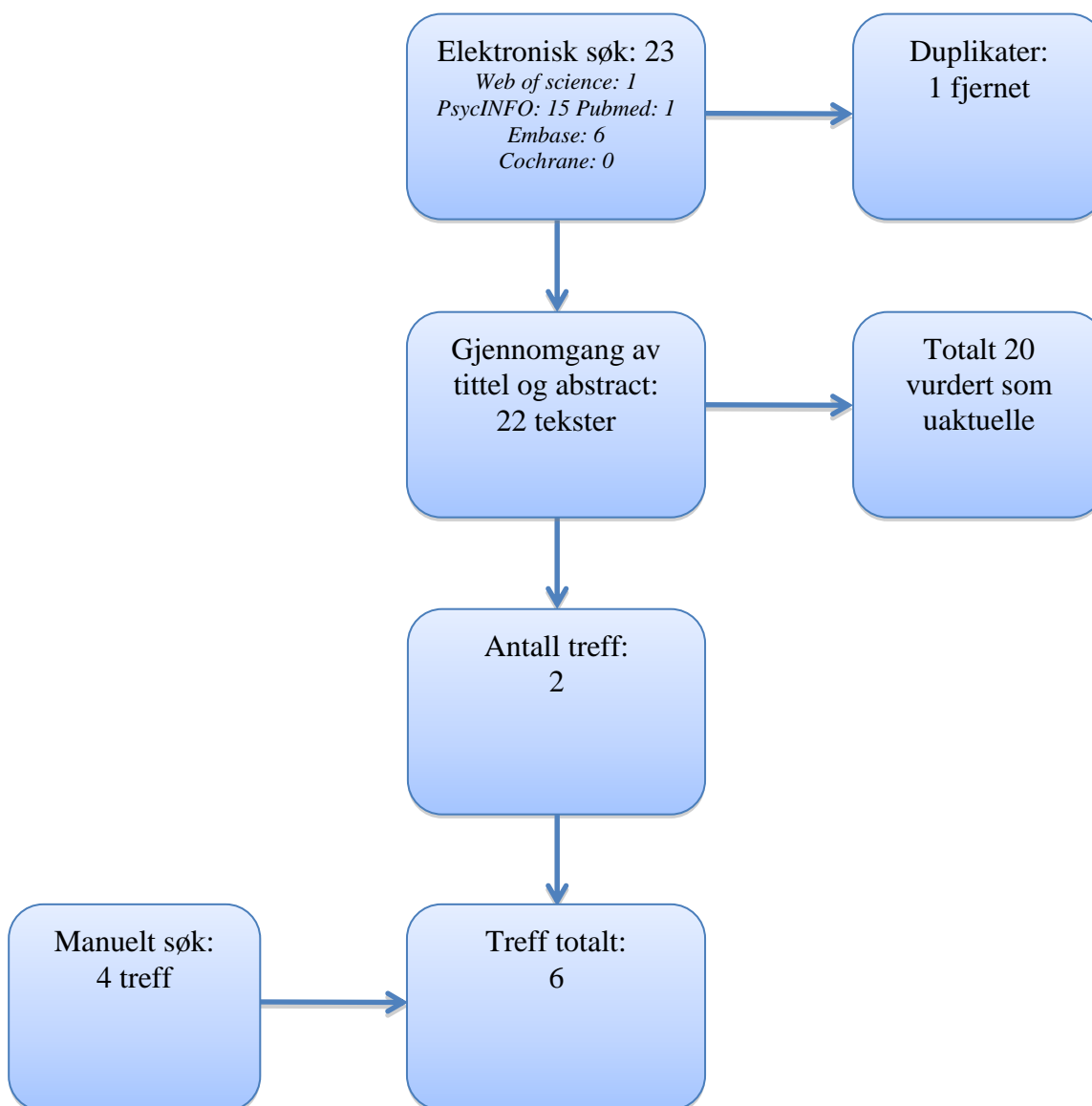
Kategori 1	Kategori 2	Kategori 3
Mentaliz*	"Family therap*"	Evaluat*
Mentalis*	Family therapy som subject heading (Psycinfo og Embase)	Research
"Reflective function*"	"Family treatment" "Family intervention" "Parenting program*"	Outcome* Effect*

*Note:* Søkeordene innenfor hver kategori ble kombinert med "OR". Kategoriene ble så samlet sett kombinert med "AND".

Søket ble gjennomført i januar 2012, og oppdateringer avsluttet 1. mars 2012. Dette søket ga 23 treff. Ett av funnene var duplikat, og slik gav søket i alt 22 treff. Se figur 2 for flytdiagram over søk 2.

Inklusjonskriteriene var identiske med søket over, men de inkluderte tekstene måtte i tillegg omhandle empirisk forskning på området. Studiene måtte videre benytte seg av reflekterende fungering, eller et annet mål på mentalisering, som variabel. Både kasestudier og kvalitativ forskning ble i utgangspunktet inkludert, men kasebeskrivelser og kaseillustrasjoner som var en del av andre funn ble ikke inkludert.

To artikler ble ekskludert på bakgrunn av språk. Etter gjennomgang av sammendrag, samt med bakgrunn i tidligere gjennomgang av artikler, ble ytterligere 18 tekster ekskludert. Flere av tekstene ble ekskludert da de kun var teoretiske beskrivelser av intervensjoner, og ikke empiriske studier. Andre var empiriske studier med bakgrunn i individualterapi heller enn familierterapi. Slik gav søket i alt to treff.

**Figur 2.** Flytdiagram over søk 2

### Manuelt søk

Manuelt søk ble gjennomført ved gjennomgang av referanselister, samt gjennomgang av artikler som hadde sitert funn hos andre. Med bakgrunn i den begrensede mengden litteratur, ble det manuelle søket gjort på tvers av de elektroniske søkene. Slik ble for eksempel forskningsfunn lokalisert i intervensjonstekster inkludert som funn gjennom manuelt søk. Ved gjennomgang av ett bokfunn ble det registrert et kapittel som oppfylte inklusjonskriteriene. Kapitlet ble

lag til og bokfunnet fjernet fra funnlisten. Det ble totalt gjort fem tilleggsfunn til søk nummer 1 og fire tilleggsfunn til søk nummer 2. I tillegg ble det registrert enkelte arbeider som kunne være relevante, blant annet upubliserte manualer knyttet til programmene "Minding the Baby" og "Child-Parent Psychotherapy" (CPP), men da disse viste seg vanskelig å oppdrive med utgangspunkt i oppgavens omfang og tidsramme ble de ikke inkludert i resultatene.

## Resultater

### Mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier

På bakgrunn av søk nummer 1 ble det identifisert fem ulike mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier. Det ble gjort ett funn som omhandlet "Short-term mentalizing and relational therapy" (SMART), to funn som omhandlet "Mentalization-based family therapy" (MBFT) og fem funn som omhandlet "Minding the Baby". To funn omhandlet programmet "Holdig Tight" og tre funn omhandlet "Child-Parent Psychotherapy" (CPP). Det ble også gjort ett funn som omhandlet både Minding the Baby og Holding Tight, samt ett funn som omhandlet både MBFT, Minding the Baby og CPP. I det følgende gis det en kort presentasjon av de overnevnte programmene. Se tabell 4 i appendiks for en skjematisk oversikt over intervensjonsprogrammene.

**Short-term mentalization and relational therapy (SMART).** Funnet som omhandlet SMART-modellen, Fearon et al. (2006), beskriver SMART som en tilknytningsbasert korttidsbehandling. Behandlingen har et omfang på seks til tolv timer og målgruppen er barn fra syvårsalder og deres familier. Modellen tar utgangspunkt i en antagelse om at familiens relasjonelle vansker stammer fra familiemedlemmenes vansker med mentalisering. SMART søker slik å fremme

forståelse for hvordan tanker, følelser og atferd henger sammen innenfor familien, samt å hjelpe familien til å bruke denne forståelsen for å finne nye og mer positive måter å relatere seg til hverandre på. Slik søker terapeuten å fremme familiemedlemmenes nysgjerrighet rundt, forståelse av og respekt for både egne og andres mentale tilstander gjennom samtale, observasjon og refleksjon rundt tanker, følelser og atferd. SMART tar utgangspunkt i familiens relasjoner og fokuserer på samspillet mellom familiemedlemmers tanker, følelser og atferd. Denne prosessen stiller krav til terapeutens evne til å skape balanse mellom å la familien interagere som de normalt ville gjort, og å gripe inn og ta styringen i kritiske øyeblikk. Videre knytter man kunnskapen om familiens interaksjonsmønstre opp mot familiens vansker, og tar opp hvordan denne forståelsen kan være nyttig for skape en mer positiv måte å relatere seg til hverandre på. SMART søker slik å fremme familiens problemløsningstrategier på tvers av en rekke situasjoner ved å fokusere på underliggende prosesser i familien fremfor mer konkrete problemstillinger.

En viktig komponent i SMART er psykoedukasjon, både om mentalisering og SMART-modellen. Terapeuten arbeider mot en felles forståelse av mentalisering innad i familien, uten selv å påta seg en ekspertrolle. Slik modellerer terapeuten en mentaliserende holdning ved å vise nysgjerrighet i forhold til andres mentale tilstander, heller enn å "vite" hva andre tenker eller føler. SMART tar også høyde for interaksjonen mellom stress og mentalisering og understreker viktigheten av å formidle dette til familien. Dermed kan familien bedre forstå når og hvordan stress kan lede til ikke-mentaliserende interaksjoner og negative interaksjonsmønstre. For terapeuten er det også viktig å ta høyde for emosjonell aktivering i timene, dette for å sikre en aktivering som er gunstig i forhold til de oppgavene familien står ovenfor (Fearon et al., 2006).

I SMART finner man syv hovedintervensjoner som blir brukt gjennom hele behandlingen. Disse er beskrevet ved at terapeuten skal:

- *Identifisere, påpeke og rose eksempler på mentalisering:* Når familien utviser mentalisering i timen tar terapeuten tak i dette og setter fokuset på hva som var viktig og hvorfor. For eksempel kan terapeuten si: ”Jeg vil gjerne gå tilbake til det du sa til... om at... Det så ut som om han satte pris på at du var interessert i ham og hans synspunkter...”.
- *Dele og fremprovosere nysgjerrighet:* Terapeuten har selv en nysgjerrig, respektfull og tilsynelatende uvitende holdning ovenfor andres mentale tilstander. Man kan for eksempel stille spørsmål rundt hva andre tenker eller føler, og presisere at man ønsker å undersøke om egen forståelse er korrekt dersom man ønsker å fremstille en hypotese.
- *Pause og søke:* Ved interaksjon som mangler mentalisering stopper terapeuten situasjonen og ber familiemedlemmene om å la interaksjonen bevege seg sakte fremover. Samtidig undersøker terapeuten hva hvert enkelt familiemedlem tenker og føler etter hvert som situasjonen utspiller seg og forsøker å fremme forståelsen for disse mentale tilstandene hos de andre familiemedlemmene.
- *Identifisere narrativer som mangler mentalisering:* Familier kan ofte havne i repetitive mønstre, der hvert enkelt medlem har en karakteristisk, ikke-mentaliserende forklaring på egen eller andres atferd. Ved at terapeuten identifiserer disse kan det påpekes dersom familien gjentar mønsteret, og slik kan familien også bevege seg videre til mer hensiktsmessige interaksjonsmønstre.
- *Identifisere og navngi skjulte emosjoner:* Terapeuten oppfordrer familiemedlemmene aktivt til å navngi og utdype følelser og reflektere rundt

disse. For eksempel dersom et familiemedlem navngir å være sint, kan terapeuten både spørre hvordan det er å være sint, hva andre kan gjøre for at det skal bli litt bedre, samt om det er andre emosjoner vedkommende kjenner på.

- *Bruk av hypoteser:* Her beveger terapeuten seg bort fra fakta og antagelser og stiller ”hvis...?” spørsmål, dette for å øke abstraksjonsevnen og fremme evnen til å forestille seg mentale tilstander. For eksempel kan terapeuten spørre: ”Du forteller at du er redd for at ... skal... Hva hvis han ikke gjorde det? Hva tror du han ville tenkt hvis han ikke gjorde dette?”.
- *Terapeutens bruk av seg selv:* Terapeuten må være ærlig, engasjert og sårbar i sin interaksjon med familien, samt selv etablere en mentaliserende, ikke-vitende holdning ovenfor familiemedlemmene.

I tillegg til disse intervensjonene benytter også terapeuten seg av hjemmelekser og mentaliseringsleker for familien. Felles for disse er at de representerer en ufarlig og leken tilnærming til mentalisering, der foreldre og barn aktivt kan konsentrere seg om, vise interesse for og ha det gøy med emosjoner. Et eksempel på en slik lek er ”varm potet leken” som begynner med at et familiemedlem, gjerne et barn, trekker kort med ulike emosjoner på og modellerer hvordan han/hun ser ut når han/hun opplever disse emosjonene. Barnet blir så utstyrt med en ball som han/hun skal kaste til et familiemedlem mens han/hun roper ut en emosjon. Vedkommende som tar i mot ballen må reprodusere barnets fremtoning ved denne emosjonen og barnet må godkjenne reproduksjonen før ballen kastes videre (Fearon et al., 2006).

**Mentalization-based family therapy (MBFT).** Allen et al. (2008) Asen (2010) og Asen og Fonagy (2012) omtaler MBFT som en korttidsbehandling på minimum seks sesjoner, som tar sikte på å fremme forståelsen for mentale tilstander,

samt hvordan disse påvirker egen og andres atferd. MBFT kan brukes som hovedintervensjon eller teknikker og konsepter fra MBFT kan benyttes som supplement til blant annet systemisk behandling av familier (Asen, 2010). MBFT er opprinnelig utviklet for barn, unge og deres familier, men er også anvendbart i parterapi eller i familierapi med voksne familiemedlemmer (Asen & Fonagy, 2012).

Fokuset i MBFT ligger ikke på familiens spesifikke symptomer og vansker, men heller på familiens underliggende problemer (Asen, 2010), dette for å fremme en mer langvarlig endring hos familien (Allen et al., 2008). Noen av hovedmålsetningene i MBFT er å undersøke hvert enkelt familiemedlems bidrag til familiens vansker, fremme emosjonsregulering i en relasjonell kontekst og bryte ikke-mentaliserende interaksjoner. Videre søker MBFT å fremme mentaliserende interaksjoner, fremme trygghet og tilknytning mellom foreldre og barn, samt fremme foreldrekompetanse slik at foreldrene kan hjelpe barna å utvikle mentaliseringsevnen (Asen & Fonagy, 2012).

I MBFT arbeider terapeuten aktivt frem en behandlingsplan sammen med familien, der familien får en kort beskrivelse av modellen og er deltagende i avgjørelser angående antall timer, tema for timene og hjemmelekser. Terapeutens hovedoppgave er å identifisere og utforske positiv mentalisering og undersøke hvordan manglende forståelse, misforståelser eller feil i kommunikasjonen kan bidra til negative interaksjonsmønstre i familien. Slik må terapeuten skape en situasjon som gir familien mulighet til å samhandle ”naturlig”, samtidig som terapeuten kan gripe inn og intervensere i kritiske øyeblikk. MBFT forutsetter en respektfull og åpen tilnærming hos terapeuten, der han/hun aktivt undersøker hvert enkelt familiemedlems opplevelse av en gitt situasjon og hjelper familien til å gi mening til denne opplevelsen (Asen & Fonagy, 2012).

Asen og Fonagy (2012) og Asen (2010) har utviklet en fem stegs sløyfe ("loop") hvis målsetning er å knytte terapeutens "her og nå"-observasjoner av familiens interaksjoner opp mot familiemedlemmenes tanker og emosjonelle tilstand. Sløyfen fungerer som et rammeverk for terapeutiske teknikker og fremstilles som en sirkulær intervensjon der man kan bevege og navigere seg fremover og bakover etter behov (Asen, 2010). Første steg i sløyfen er at terapeuten kommer med en tentativ uttalelse på bakgrunn av en observasjon av familiens "her og nå"-interaksjon ("Jeg legger merke til at..."). Terapeuten sjekker så for konsensus blant familiemedlemmene, noe som gir familien mulighet til å knytte seg til, men også avvise, uttalelsen ("Er det andre som har lagt merke til dette?"). Dersom familien viser konsensus for terapeutens observasjon "mentaliseres øyeblikket" ("mentalizing the moment") gjennom refleksjon rundt familiemedlemmenes tanker og følelser og hvordan disse påvirker atferd, samt om antagelser rundt tanker og følelser faktisk stemmer overens med familiemedlemmenes individuelle opplevelse (Asen & Fonagy, 2012).

MBFT benytter seg av flere teknikker for å fremme "mentalisering i øyeblikket" blant annet "Simmering down", "Columbo-style curiosity" og "Subtitling" (Asen & Fonagy, 2012, pp. 120-121). "Simmering down" innebærer å ta en pause i interaksjonen for å senke emosjonell aktivering hos familiemedlemmene, dette for å unngå at aktiveringen blir så høy at mentaliseringsevnen blir påvirket. Man ser så tilbake på hvordan situasjonen eskalerte, dette for å identifisere og unngå negative interaksjonsmønstre hos familien. "Columbo-style curiosity" innebærer en form for nysgjerrighet fra terapeutens side der man tilnærmer seg og undersøker familiens interaksjoner og underliggende mentale tilstander på en naiv og tilsynelatende uvitende måte (Asen, 2010; Asen & Fonagy, 2012). "Subtitling" er en teknikk der et familiemedlem skal gi undertekst til et annet kun ved å bruke visuelle



observasjoner. Slik søker terapeuten å fremme mentalisering hos familiemedlemmene gjennom visuelle tegn på underliggende emosjoner (Asen & Fonagy, 2012).

Uavhengig av spesifikt teknikkvalg er det terapeutens hovedmål ved ”mentalisering av øyeblikket” å bremse familiens interaksjon for å få frem tanker og følelser til hvert enkelt familiemedlem etter hvert som interaksjonen utvikler seg (Asen, 2010).

Fjerde steg i sløyfen er en generalisering av ”her og nå”-situasjonen, der familien skal se interaksjonen i sammenheng med familiens mer generelle samhandlingsmønstre. Her kan det oppdages likhetstrekk mellom ”her og nå”-situasjonen og andre situasjoner, og man kan reflektere rundt hvordan denne interaksjonsformen påvirker familien og familiemedlemmenes følelser (Asen, 2010). Til slutt ser man tilbake på interaksjonen, evaluerer hvilke konsekvenser emosjoner og atferd fikk for den gitte situasjonen (Asen & Fonagy, 2012) og reflekterer rundt opplevelsen av interaksjonen for hvert enkelt familiemedlem (Asen, 2010).

Asen og Fonagy (2012) har også utviklet flere oppgaver og aktiviteter hvis hovedmål er å fremme mentalisering i familien. Et eksempel på en slik aktivitet er ”mind-brain scanning”-oppgaven (Asen & Fonagy, 2012, p. 124) der hvert familiemedlem får utdelt et bilde av menneskehjernen som inneholder flere enn 10 store og små ”ventrikler”. Familien får så instruksjoner om å fylle hver av ”ventriklene” med tanker og følelser til et gitt familiemedlem. Denne oppgaven har mange variasjoner. For eksempel kan far få instruksjoner om å fylle ut ”hjernen” med de tanker og følelser han forestiller seg at datteren har. Videre kan datteren fylle ut hvordan hun tror at faren ser hennes ”hjerne”. Dette blir så etterfulgt av en sammenligning av de ulike ”hjernene” og en diskusjon rundt hvor nøyaktig hvert familiemedlem klarer å lese de andres mentale tilstander.

MBFT har også flere oppgaver og aktiviteter som familien kan gjøre mellom timene. Familien blir oppfordret til å delta i utformingen av disse oppgavene, samt å sette av tid til og notere ned når oppgavene skal gjøres. Oppgavene er forventet å ta rundt 20 minutter og bør repeteres to til tre ganger i løpet av uken. Et eksempel på en slik oppgave kan være å løse et felles problem, for eksempel pusle et puslespill eller lignende aktiviteter. Problemløsningen blir så etterfulgt av refleksjon rundt hvordan de ulike familiemedlemmene opplevde oppgaven, samt kommentarer fra det enkelte familiemedlem selv og eventuell korrigerende av andres oppfatninger. Slik kan familien øve på å observere andres atferd og følelser hjemme (Asen & Fonagy, 2012).

**Minding the Baby.** Allen et al. (2008), Sadler, Slade og Mayes (2006), Slade (2002), Slade (2006), Slade, Sadler, De Dios-kenn et al. (2005), Slade, Sadler og Mayes (2005) og Söderström og Skårderud (2009) beskriver alle programmet Minding the Baby, en relasjonsbasert intervensjon for mor og barn. Hovedmålsetningen i Minding the Baby er å øke mors evne til mentalisering, altså mors reflekterende fungering. Intervensjonen har vært rettet mot vanskeligstilte mødre som lever under fattigdomsgrensen (Slade, Sadler, De Dios-kenn et al., 2005), som har rusproblemer (Söderström & Skårderud, 2009) eller som har opplevd traumer av varierende art og alvorlighetsgrad (Slade, Sadler, De Dios-kenn et al., 2005). Disse mødrene har ofte en underutviklet reflekterende fungering (Slade, 2006) og vansker med å regulere både egne og barnets behov (Slade, Sadler, & Mayes, 2005).

Intervensjonen har oppstart tredje trimester i graviditeten og familien får ukentlige besøk, med en varighet på ca. 60 – 90 minutter, frem til barnet fyller ett år (Slade, Sadler, & Mayes, 2005). Hyppigheten av besøkene trappes da ned til annenhver uke frem til barnet fyller to år, da intervensjonen avsluttes (Slade, Sadler, De Dios-kenn et al., 2005). Flere familiemedlemmer, for eksempel far eller bestemor

til barnet, er ofte inviterte til deltagelse ved hjemmebesøkene (Slade, Sadler, & Mayes, 2005). Forfatterne ønsker å integrere hjemmebaserte sykepleierbesøk med en foreldre – barn psykoterapimodell, dette for å fremme mors forståelse for barnets mest grunnleggende behov og utvikling både fysisk og psykisk. Slik består hjelpeapparatet av et hjemmebesøk-team som inkluderer både en barnesykepleier ("pediatric nurse practitioner") og en klinisk sosialarbeider ("clinical social worker").

Viktige tiltak i *Minding the Baby* er blant annet kriseintervensjoner, forelderstøtte og hjelp til mer praktiske aspekter ved tilværelsen som jobbsøking, mat og medisiner (Slade, Sadler, De Dios-kenn et al., 2005). Samtidig søker behandlerne alltid å fremme både mors reflekterende fungering og tilknytningsforholdet mellom mor og barn. Dette gjøres blant annet ved å modellere refleksivitet gjennom å fokusere på indre tilstander hos både mor og barn, samt agere på disse fremfor spesifikk atferd (Slade, 2006). Et annet tiltak kan være å vise interesse for, og referere til, barnets indre tilstander på bakgrunn av observasjoner, og slik gi en stemme til barnets intensjoner, opplevelser og behov. Videoopptak av sekvenser med interaksjon mellom mor og barn blir også gjennomgått sammen med og diskutert med mor. Dette gir mor en mulighet til å se interaksjonen fra et mer distansert perspektiv, og slik kan hun reflektere over egne og barnets følelser uten å umiddelbart måtte respondere til barnets behov (Sadler et al., 2006).

Gjennom disse og flere tiltak søker behandlerne å hjelpe mor i hennes forståelse av barnets signaler, fremme hennes nysgjerrighet for barnet, identifisere og anerkjenne mors sensitive respondering, samt fremme lek og positiv involvering (Slade, Sadler, & Mayes, 2005). Slik blir et viktig mål i denne intervensjonen å hjelpe mødre til å tenke på, forstå, beskrive og respondere til sine barn med utgangspunkt i barnets indre opplevelse heller enn dets ytre atferd (Slade, 2006). *Minding the Baby*

forsøker med andre ord å bidra til at mor først skal forstå og anerkjenne barnets mentale tilstander, for deretter å knytte disse opp mot barnets atferd. Til slutt forsøker Minding the Baby å fremme mors forståelse av den gjensidige påvirkningen mellom to individers mentale tilstander, for eksempel at mors sinne kan skremme barnet som igjen kan føre til større grad av irritasjon hos mor (Allen et al., 2008). Ved at mor kan knytte barnets indre tilstander til barnets atferd, for eksempel ”Han gråt (atferd) fordi han var sliten (fysisk tilstand) og lei (mental tilstand) av å være på butikken.”, kan hun også respondere i henhold til denne forståelsen og slik også respondere sensitivt og adekvat til barnets behov (Slade, 2002).

Intervensjonene i Minding the Baby tar oftest utgangspunkt i behandlerens allianse med mor, som optimalt sett skal være et alternativt til mors tidligere tilkynningsforhold (Slade, Sadler, De Dios-kenn et al., 2005). På samme måte som behandlerne gir barnet en stemme, søker de også å gi mor en stemme ved å verbalisere og gi mening til hennes opplevelser og impulser. Det blir viktig å etablere en dialog om mors emosjonelle liv, hennes sosiale situasjon og relasjoner, samt hennes tidligere opplevelser og traumer. Videre søker behandler å fremme mors forståelse for hvordan hennes opplevelser, emosjoner og behov påvirker barnet (Slade, Sadler, & Mayes, 2005). Slik kan behandlerens forståelse og omsorg for mor lede til en økt selvforståelse og selvregulering hos mor selv (Slade, 2006), noe som igjen kan føre til en økt forståelse og utforskning av barnet (Slade, Sadler, De Dios-kenn et al., 2005).

**Holdig Tight.** Holdig Tight, beskrevet av Pajulo, Suchman, Kalland og Mayes (2006), Söderström og Skårderud (2009) og Suchman et al. (2012), er et program utviklet for mødre med rusavhengighet, der vedvarende avholdenhet hos mor søkes oppnådd gjennom en intensiv behandling med fokus på relasjonen mellom

forelder og barn. Modellen tar utgangspunkt i at mange rusmidler påvirker hjernens dopaminsystem, et system som også er sentralt ved motivasjon og omsorgsatferd. Ved å fremme positive interaksjoner og opplevelser mellom mor og barn søker Holding Tight-programmet å hjelpe mødrene til å investere i barnet fremfor rusmidler. Slik teoretiserer forfatterne at man kan tilbakestille mødrenes dopaminsystem ved at de blir mindre investert i rusen og mer opptatt av barnet (Suchman et al., 2012). I kontrast til tidligere behandlingsprogrammer for rusavhengige mødre, som ofte har hatt avholdenhet som hovedfokus og sett en forbedret relasjon mellom forelder og barn som et biprodukt av en rusfri mor, har Holding Tight-intervensjonen et samtidig fokus på både mors avholdenhet og relasjonen mellom mor og barn (Pajulo et al., 2006). Med andre ord blir både avholdenhet hos mor, samt å fremme mors refleksjon rundt barnets opplevelser, intensjoner, affekter og atferd viktige hovedmål i Holding Tight (Suchman et al., 2012).

Holding Tight intervensjonen startes vanligvis opp to til fire måneder før termin og har en varighet på rundt åtte måneder, altså til barnet er minst fire måneder gammelt. Kvinnene bor under hele perioden på en klinikk ("residential facility"), dette for å sikre et mest mulig rusfritt miljø. Poliklinisk oppfølging av familien etableres før utskrivelse og det blir utarbeidet en oppfølgingsplan (Suchman et al., 2012).

Under oppholdet har mor og barn en fast behandler, men er også kjent med resten av personalet. Holding Tight søker å fremme mors evne til reflekterende fungering blant annet gjennom mors relasjon til behandler. På samme måte som mor blir hjulpet til å reflektere rundt barnets intensjoner, affekter og handlinger, viser også terapeuten interesse for morens opplevelser og hjelper henne til å gi mening til disse. Slik blir det viktig at behandler mestrer triaden mellom seg selv, mor og barnet.

Terapeuten benytter seg også av videoopptak for å øke mors gjenkjenning av egne og barnets mentale tilstander, samt snakker for barnet ved å benevne barnets indre tilstander på bakgrunn av atferd. Holding Tight søker også å fremme mors evne til å forutse det neste steg i barnets utvikling, og hvert utviklingssteg blir satt i en relasjonell kontekst (Suchman et al., 2012).

**Child-Parent Psychotherapy (CPP).** Child-Parent Psychotherapy, beskrevet av Lieberman (2004), Lieberman og Van Horn (2009), Toth, Rogosch og Cicchetti (2008) og Allen et al. (2008), er en tilnærming som hviler på viktige mentaliseringsprinsipper til tross for at hovedforfatteren selv ikke benytter mentaliseringsbegrepet (Allen et al., 2008). Forskning på denne modellen har blant annet benyttet reflekterende fungering som en variabel. Dette intervensjonsprogrammet blir derfor inkludert i resultatene.

Child-Parent Psychotherapy, også referert til som Toddler-Parent Psychotherapy (TPP), er en refleksiv, relasjonsbasert behandling for foreldre og barn utviklet for barn i risikogrupper. Behandlingen foregår vanligvis i ukentlige sesjoner på 60-90 minutter, og kan ha en varighet fra et par måneder opp til to år. Sesjonene foregår hjemme hos familien eller ved et klinisk senter (Lieberman, 2004). CCP har sin bakgrunn i en antagelse om at tilpasset sosialisering fra tilknytningsperson er viktig for barns mentale helse og tilpasning. Slik har CPP et underliggende mål om å bedre relasjonen mellom mor og barn (Lieberman & Van Horn, 2009).

CPP søker å bryte negative interaksjonsmønstre og fremme konstruktiv problemløsning i familien (Lieberman, 2004). I CCP tar behandler utgangspunkt i interaksjonen mellom foreldre og barn for å fremme forståelsen av underliggende motiver for atferd (Lieberman & Van Horn, 2009). Slik blir et fokus på barnets emosjonelle opplevelse, og foreldrenes forståelse av denne, viktig (Lieberman, 2004).

Å klargjøre motiver og funksjoner bak barnets spesifikke atferd blir et viktig verktøy i behandlingen. Videre hjelper behandler familiemedlemmene å verbalisere emosjonelle opplevelser, dette for å hindre misforståelser og misattribusjoner, samt fremme emosjonsregulering hos hvert enkelt individ. CPP benytter blant annet lek og fysisk kontakt mellom familiemedlemmene som verktøy for å fremme forståelse, positiv interaksjon og samhold mellom foreldre og barn (Lieberman & Van Horn, 2009).

CPP søker å fremme foreldrenes selvforståelse, både som voksne individer men også i forhold til egen barndom og oppvekst (Lieberman & Van Horn, 2009), da behandlingen tar utgangspunkt i at mors tidlige relasjoner påvirker interaksjonen mellom henne og barnet (Toth et al., 2008). Terapeuten modellerer positive måter å interagere på, blant annet ved å ha en emosjonelt støttende holdning til familien (Lieberman & Van Horn, 2009). Samtidig ønsker terapeuten å skape en korrigerende emosjonell og relasjonell opplevelse for mor og slik også endre eventuelle negative relasjonsmønstre. Slik søker CPP å fremme en mer positiv modell hos mor av både henne selv og henne selv i relasjon med andre, og slik også fremme mors sensitivitet, responsivitet og inntoning til barnet (Toth et al., 2008).

### **Empirisk forskning på mentaliseringsbaserte familieintervensjoner**

Det ble gjort to funn som omhandlet forskning på *Minding the Baby*, to funn omhandlet forskning på  *Holding Tight* og to funn som omhandlet forskning på CPP. Det ble ikke gjort funn som omhandlet SMART-modellen eller MBFT. Se tabell 5 i appendiks for en skjematisk oversikt over empiriske forskningsfunn på mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier.

**Minding the Baby.** Effektforskningen på *Minding the Baby*, Slade, Sadler og Mayes (2005) og Sadler et al. (2006), indikerer begge positive effekter av *Minding*

the Baby-intervensjonen. Slade, Sadler og Mayes (2005) hevder at funn fra pilotstudier på Minding the Baby viser lovende resultater. Hjemmebesøksteamet rapporterer at mødrene i økende grad viser responsivitet til barnet og dets emosjonelle, kognitive og fysiske utvikling. Funnene indikerer også en trend i forhold høyere RF-skårer hos mor, lavere nivåer av depresjon, færre posttraumatiske stresssymptomer og høyere grad av "self-efficacy" (Slade, Sadler, & Mayes, 2005), en tro på at egne karakteristika og evner vil være viktig for mestring (Berk, 2009). Sadler et al. (2006) rapporterer at RF hos mor så ut til å ha steget fra baseline ved barnets 24 måneders alder. Ved målinger utført ved barnets 12 og 18 mnd alder viste 8 % av barna et disorganisert tilknytningsmønster.

**Holding Tight.** Forskningsfunnene på Holding Tight, Suchman et al. (2012) og Pajulo et al. (2012), fremstår i stor grad som to utgivelser av den samme empiriske effektforskningen, da de har flere påfallende fellestrekk både når det gjelder prosedyre og utvalg. Begge demonstrerer at Holding Tight-intervensjonen førte til en økning av RF hos 63 % av mødrene i intervensjonsgruppen. Undersøkelsen viste også at 31 % av intervensjonsgruppen holdt samme nivå av RF ved begge målinger, og i ett tilfelle gikk RF-skåren ned (Suchman et al., 2012; Pajulo et al., 2012). Høyere postnatal RF hos mor var signifikant assosiert med mindre grad av manglende responsivitet hos mor (Suchman et al., 2012) og manglende eller lav økning i RF var assosiert med blant annet høyere grad av opplevde traumer hos mødrene (Pajulo et al., 2012).

**CPP.** Arbeidene til Toth et al. (2008) og Vrieze (2011) omhandler begge effekt- og prosessforskning på programmet CPP. Toth et al. (2008) har demonstrert at depressive mødre som mottok CPP (DI) viste en signifikant større positiv endring i RF enn både den depressive kontrollgruppen (DK) og den ikke-depressive



kontrollgruppen (NK). Ved postintervensjon oppfølging, målt ved intervensjonens avslutning, viste denne gruppen også en signifikant høyere RF-skåre enn både DK- og NK-gruppen. Ved intervensjonens oppstart viste kun 16,7 % av barna i DI-gruppen og 21,9 % av barna i DK-gruppen et trygt tilknytningsmønster, i motsetning til 55,9 % i NK-gruppen. Ved barnas treårsalder indikerte målinger en vesentlig endring i tilknytningsmønster hos DI-gruppen, med en prosentandel barn med trygg tilknytning på 67,4. Raten av trygg tilknytning i DI-gruppen var da signifikant høyere enn både raten i DK-gruppen (16,7 %) og NK gruppen (47,6 %). Undersøkelsen viste at 54,3 % av barna i DI-gruppen hadde endret tilknytningsmønster fra usikker til trygg tilknytning. Forskerne fant likevel ikke at endringen i tilknytningsmønster var en direkte konsekvens av økningen i mødrenes RF-nivå, da målt gjennom AAI. Forskerne teoretiserer at bakgrunnen for dette kan være at AAI måler mødrenes relasjon til egne foreldre, og håper derfor at resultatene fra analyser av "Parent Attachment Interview" (PAI), som måler mødrenes relasjon til barnet, vil vise en mer direkte relasjon mellom RF og tilknytningsstil (Toth et al., 2008).

Vrieze (2011) har, med utgangspunkt i samme datasett som Toth et al. (2008), undersøkt nettopp dette. De fant ingen forskjeller i PAI-skårer mellom DI, DK og NK gruppene før intervensjonen fant sted. De fant heller ingen forskjeller i PAI-skårer etter intervensjonen. Vrieze (2011) konkluderer med at endringene i tilknytningsstil hos DI gruppen ikke kan attribueres til endringer i foreldres RF.

### **Diskusjon**

Hensikten med denne oppgaven var å få en oversikt over mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier og forskningsgrunnlaget for disse. Det elektroniske litteratursøket ga relativt få resultater, noe som impliserer at det ennå kun har blitt utviklet et begrenset antall intervensjonsprogrammer med et

mentaliseringsbasert utgangspunkt. Effekt- og prosessforskningen til disse intervensjonsprogrammene fremstår også som relativt begrenset. Samtidig er dette heller ikke spesielt overraskende, da mentaliseringsbasert arbeid med familier fremdeles er en relativt ung tradisjon, og både teoretisk og empirisk utvikling av feltet vil ta tid. Når man ser nærmere på intervensjonsprogrammene kan man likevel gjøre enkelte sammenligninger. I det følgende vil programmene sammenlignes i forhold til blant annet varighet, arbeidsform, behandler, teknikker og fokus. Videre vil forholdet mellom mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier og andre familieintervensjoner bli diskutert, før programmene til slutt blir vurdert i forhold til evidensgrunnlag.

### **Sammenligning av programmene**

De ulike programmene har flere fellestrekk, og spesielt kan man se fellestrekk mellom SMART-modellen og MBFT. Dette har nok sammenheng med at Fonagy, Target, Fearon og kollegaer, som er grunnleggerne av SMART-modellen som en mentaliseringsbasert tilnærming til familierterapi, også har vært deltagende i videreutviklingen av denne tradisjonen (Allen et al., 2008). Både SMART og MBFT består av polikliniske samtaler, mentaliseringsoppgaver og hjemmearbeid. Som i SMART-modellen ligger fokuset i MBFT på familiens underliggende problemer fremfor familiens spesifikke symptomer og vansker (Asen, 2010) og begge programmene tar utgangspunkt i at vansker med mentalisering er bakgrunnen for familiens rapporterte problemer og negative interaksjonsmønstre. Begge programmene søker også å fremme forståelsen for mentale tilstander, samt å fremme positive interaksjonsmønstre hos familien. Både SMART og MBFT benytter ”her og nå”-situasjonen som et utgangspunkt for arbeidet med familien, men de spesifikke teknikkene innenfor hvert program varierer. Teknikkene i MBFT er, i motsetning til

teknikkene i SMART, satt i et sløyfe-system, noe som kan gjøre intervensjonen mer oversiktlig og systematisere gjennomføringen av programmet for terapeuten. Slik fremstår MBFT som nettopp det den er, en videreutvikling av SMART-modellen (Allen et al., 2008).

Minding the Baby, Holding Tight og CPP er alle programmer utviklet for familier i risikogrupper. En vanskelig situasjon og kronisk stress kan medføre en vedvarende vanske hos foreldrene til å mentalisere rundt barnets mentale tilstander på en adekvat måte. Disse foreldrene har ofte vansker med å forstå barnets behov og følelser, og fokuserer heller på barnets ytre atferd og hvordan denne atferden påvirker dem selv. For eksempel kan disse foreldrene forestille seg at barnet gråter for at foreldrene skal bli opprørte (Suchman et al., 2012). Minding the Baby, Holding Tight og CPP tar slik utgangspunkt i at en krevende situasjon eller tidligere traumer påvirker mors evne til reflekterende fungering i sitt arbeid med risikogrupper. Holding Tight skiller seg fra de to andre programmene ved at avholdenhet er et hovedmål i seg selv. De to andre programmene har derimot et mer ensidig fokus på relasjonen mellom omsorgsgiver og barn, samt på omsorgsgivers selvforståelse.

Programmene skiller seg fra hverandre når det gjelder varighet, fra seks enkelttimer til jevnlig behandling over flere år. SMART og MBFT har dog en lignende varighet, da det er oppgitt at de begge er kortidsbehandlinger. Arbeidsform varierer også på tvers av programmene der Holding Tight foregår på klinikk, SMART og MBFT tar utgangspunkt i polikliniske timer, Minding the Baby benytter hjemmebesøk mens CPP benytter både hjemmebesøk og/eller timer ved et klinisk senter. Programmene skiller seg også fra hverandre når det gjelder behandlers utdanning og yrke. Minding the Baby skiller seg for eksempel vesentlig fra samtlige andre programmer ved å benytte et behandlingsteam bestående av en barnesykepleier

og en klinisk sosialarbeider, mens de andre programmene hovedsaklig benytter en terapeut som primærbehandler. Samtidig er ikke det å inkludere sykepleiere i arbeidet nødvendigvis teoretisk inkonsistent for enkelte av de andre intervensjonsprogrammene, da for eksempel Holding Tight-programmet vektlegger edukasjon om barnets neste utviklingssteg, samt baserer seg på en klinikk-kontekst med flere yrkesgrupper.

Både SMART, MBFT, Minding the Baby, Holding Tight og CPP har flere fellestrekk når det gjelder teknikker, da alle tar utgangspunkt i interaksjoner mellom familiemedlemmer og verbaliserer opplevelser og mentale tilstander, med det formålet å gjøre dem mer tilgjengelige for både individet selv og andre familiemedlemmer. Disse teknikkene samsvarer med teoretiseringer rundt viktigheten av omsorgsgivers evne til å gjenkjenne barnets signaler, samt å forstå, respondere på og regulere disse. Samtlige programmer fokuserer slik på å fremme responsivitet hos omsorgsperson, dette i tråd med teoretiseringer rundt at responsivitet i omsorgsgivers mentalisering av barnet er viktig for utviklingen av en trygg tilknytning og evnen til mentalisering hos barnet selv (Allen et al., 2008). Samtidig har nok Minding the Baby et større fokus på kriseintervensjoner enn de andre programmene, mens CPP i større grad enn andre programmer vektlegger fysisk kontakt som teknikk for å fremme positiv interaksjon mellom mor og barn.

Både Minding the Baby, Holding Tight og CPP teoretiserer at mors relasjon til behandler vil være viktig for utviklingen av mors RF, ved at denne relasjonen representerer en korrigerende relasjonell og emosjonell erfaring for mor. Slik tar disse programmene tak i mors eventuelle tilknytningsvansker, dette i tråd med Fonagy et al. (2007) sin teoretisering om at en trygg tilknytningshistorie hos mor gir henne mulighet for å utforske både egne og andres mentale tilstander. SMART-modellen og

MBFT nevner ikke spesifikt mors relasjon til terapeut som viktig i behandlingen, men vektlegger i større grad familiemedlemmenes relasjon til hverandre.

Slik ser vi at mentaliseringsbasert behandling for familier inkorporerer mye av teorien rundt mentalisering, reflekterende fungering og tilknytning. De gjør det dog i litt ulik utstrekning og har til tider et forskjellig fokus. Likevel tar tilsynelatende samtlige programmer opp viktige aspekter for å fremme reflekterende fungering og trygg tilknytning innad i familien.

### **Forskjeller og likheter mellom mentaliseringsbasert behandling og andre behandlingsformer**

Det finnes tilsynelatende flere likhetstrekk mellom mentaliseringsbaserte modeller og mer tradisjonelle former for behandling. SMART-modellen er, i følge forfatterne, sterkt påvirket av psykodynamisk psykoterapi, kognitiv atferdsterapi (CBT) og systemisk terapi. SMART har fellestrekk ved psykodynamisk terapi gjennom dens fokus på indre opplevelser, tanker, følelser og atferdsmønstre hos familiemedlemmene, samt utviklingen og betydningen av disse. SMART skiller seg derimot fra psykodynamisk terapi ved å fokusere på ”her og nå”-situasjoner i terapirommet og familiens forståelse av disse, fremfor symbolsk tolkning og ubevisste konflikter hos familiemedlemmene. I likhet med CBT fokuserer SMART på tankeprosesser som bindeleddet mellom opplevelse og atferd, og SMART-modellen inneholder flere teknikker som er en videreutvikling av CBT-intervensjoner. Samtidig refererer ikke SMART direkte til kognitive forvrengninger eller ”feil” i tankeprosessen, men fokuserer på hvordan mentale tilstander gir mening i konteksten av familiemedlemmers relasjoner. SMART fokuserer også i større grad på den terapeutiske relasjonen enn CBT. I likhet med systemisk terapi anser også SMART barnets vansker som et uttrykk for vansker i familiens fungering og modellen

oppfordrer til nysgjerrighet hos familien rundt de andre familiemedlemmenes tanker og følelser. Samtidig har også SMART en mer direkte tilnærming til familiens problemer, blant annet gjennom psykoedukasjon om mentalisering og SMART-modellen, fulgt av refleksjon rundt hvordan denne informasjonen kan benyttes for å bedre familiedynamikk og fremme problemløsning (Fearon et al., 2006).

Flere av teknikkene innenfor MBFT har sin bakgrunn i systemisk terapi, og har slik mye til felles med ulike systemiske tilnærminger. Likevel skiller MBFT seg fra systemisk terapi ved sitt utgangspunkt i tilknytningsteori. MBFT søker slik å integrere viktige konsepter fra både tilknytningsteori og mentalisering med en systemisk tilnærming. MBFT skiller seg også fra andre former for familierapi ved sitt spesifikke fokus på mentaliseringsprosessen i familien (Asen & Fonagy, 2012).

Slade, Sadler og Mayes (2005) understreker at ønsket om å fremme mors forståelse av henne selv og barnet i seg selv ikke er nytt innenfor familiebasert arbeid. Teknikkene innenfor *Minding the Baby* er heller ikke helt nye strategier i tilnærmingen til arbeidet med mor og barn. Begrepet reflekterende fungering setter likevel dette i et nytt perspektiv og fokuserer arbeidet med mor og barn mot et spesifikt mål, nemlig å fremme mors forståelse av og dermed også mors responsivitet og sensitivitet til barnet (Slade, Sadler, & Mayes, 2005).

Teoretikerne innenfor flere av intervensjonene påpeker selv at de mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammene ligner andre former for behandling. Til tross for at teknikkene innenfor mentaliseringsbasert behandling av familier har flere likhetstrekk med andre behandlingsformer, fremhever teoretikerne at det spesifikke fokuset på mentalisering og reflekterende fungering likevel er nytt. Slik kan mentaliseringsbasert behandling tilføre et viktig aspekt til familiebasert

behandling, ved at man blir mer oppmerksom på prosesser man kanskje ikke har lagt så stor vekt på tidligere.

### **Evidensbasert behandling**

Sexton et al. (2011) har utviklet retningslinjer for klassifisering av evidensbasert behandling i familie og parterapi, en spesifisering av American Psychological Associations (APA) anbefalinger om evidensbasert behandling. Evidensbaserte behandlinger er spesifikke og omfattende behandlingsintervensjoner med et forskningsgrunnlag basert på systematisk evidens av høy kvalitet, som demonstrerer programmets effekt på det kliniske problemet intervensjonen er utviklet for. Bruk av evidensbaserte behandlinger skal fremme anvendelsen av effektive metoder og intervensjoner innenfor psykologisk praksis (Sexton et al., 2011), og det er et økt press på tvers av helsesystemer mot prioriteringen av slike intervensjoner (Carr, 2009). Sexton et al. (2011) hevder at for å kunne inkorporeres i en evidensbasert praksis innenfor familie og parterapi må intervensjoner og behandlingsmodeller blant annet demonstrere klinisk relevante og signifikante utfall som ideelt sett inkluderer både endringer i individuell fungering og familiefungering. Videre vil evidens for at de predikerte virkningsmekanismene i behandlingen er de mekanismene som faktisk fører til endring bidra til å styrke evidensgrunnlaget for en spesifikk behandling eller intervensjon. Evidensbaserte behandlinger bør også etterstrebe å demonstrere relativ effektivitet, der effekten av intervensjonen viser en signifikant større klinisk effekt enn tidligere behandlingsmetoder (Sexton et al., 2011).

En måte å demonstrere en intervensjons effektivitet på er ved et randomisert pretest-posttest kontrollgruppedesign. Dette designet består av minimum to grupper, en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Rekrutteringen til studien er

randomisert, det vil si at alle individer innefor en populasjon har lik sannsynlighet for å bli selektert til studien. En slik seleksjon fremmer studiens ytre validitet, altså studiens generaliserbarhet, ved at det er mer sannsynlig at utvalget i studien representerer populasjonen. Videre følger randomisert tilvisning til intervensjon og kontrollgruppe, noe som vil si at de individene som har blitt selektert til studien har en lik mulighet for å bli tilvist til eksperimentgruppen og kontrollgruppen. Dette fremmer studiens indre validitet, altså hvorvidt resultatene kan attribueres til intervensjonen fremfor alternative forklaringer som for eksempel gruppeforskjeller. Kontrollgruppen bør optimalt sett motta en standard intervensjon, dette for å unngå etiske problemstillinger knyttet til kontrollgrupper som ikke mottar behandling eller ventelistekontrollgrupper. Disse formene for kontrollgrupper medfører ofte et utsatt eller manglende behandlingstilbud, noe som vil være etisk problematisk for eksempel i situasjoner der tilstanden til individer i kontrollgruppen kan forverres over venteperioden eller det er stor grad av opplevd lidelse hos individet (Kazdin, 2003). Videre får man slik også vurdert intervensjonens relative effektivitet. Subjektene i begge grupper gjennomfører tester både før og etter intervensjonen, og effekten av intervensjonen blir målt gjennom endringen fra pre- til posttesting, samt eventuelle forskjeller i endring mellom intervensjon og kontrollgruppe. Et slikt design har flere fordeler. Med utgangspunkt i pretesten kan forskerne tilvise individer til kontroll og intervensjonsgrupper på en randomisert måte. Designet gir også mulighet for å undersøke spesifikk endring, som for eksempel hvor mange subjekter som viste et forbedret resultat fra pre til posttest, samt hvorvidt denne endringen er statistisk signifikant (Kazdin, 2003).

Forskningen på programmene *Minding the Baby*,  *Holding Tight* og *CPP* viser lovende resultater. Flere av studiene indikerer et høyere nivå av RF hos mødrene i



intervensjonsgruppen og de fleste rapporterer også økende grad av trygg tilknytning hos barna etter intervensjonen. Likevel fant verken Toth et al. (2008) eller Vrieze (2011) at økningen i trygg tilknytning var et direkte resultat av økning i mors RF. Med andre ord fremstår ikke RF som en moderator for trygg tilknytning i disse studiene, slik det tidligere har vært teoretisert. Dermed er det ikke samsvar mellom tidligere forskningsfunn og prosessforskningen på programmer for mentaliseringsbasert behandling av familier. Bakgrunnen for dette er uklar, men det må understrekes at Toth et al. (2008) og Vrieze (2011) benytter det samme utvalget i sin forskning, noe som kan ha påvirket resultatet i studiene. Samtidig ble mødre som oppfylte kriteriene for depresjon (MDD) rekruttert gjennom flere kanaler, både gjennom henvisninger fra andre instanser, annonser i aviser og notiser på legekantor. Mødrene ble igjen randomisert fordelt på DI- og DK-grupper (Vrieze, 2011). Samlet sett burde dette fremme både studiens indre og ytre validitet. Det eksisterer tilsynelatende et solid forskningsrunnlag på relasjonen mellom RF og tilknytning. Slik blir det interessant hvorvidt senere behandlingsstudier, med et annet utvalg, vil bekrefte denne relasjonen eller om de, som Toth et al. (2008) og Vrieze (2011), vil finne endringer i tilknytningsmønster uten at man med sikkerhet kan knytte en kausal sammenheng mellom denne endringen og endring i RF.

De fleste av studiene knyttet til de mentaliseringsbaserte programmene er tidlige studier av intervensjonene. Slik bærer de preg av små utvalg og tidlige analyser, noe som igjen kan ha påvirket både validiteten og resultatene i studiene. Forskingen på Holding Tight har heller ingen kontrollgruppe, noe som blant annet medfører utfordringer i forhold til studiens indre validitet. Forskingen på Minding the Baby og CPP bærer derimot preg av et pre- og posttest gruppedesign, men hos Sadler et al. (2006) og Slade, Sadler og Mayes (2005) er det uklart hvorvidt gruppene

har blitt randomisert tilvist. Teoretikerne bak Minding the Baby og Holding Tight virker også å ha vært mer eller mindre direkte involvert også i forskningen på programmene. Dette kan blant annet ha medført en forventningseffekt ("experimenter expectancy effect") der eksperimenters tro og ønsker påvirker resultatene til studien (Kazdin, 2003). Toth et al. (2008) og Vrieze (2011) fremstår som unntak, da de både har et relativt stort utvalg (n=160), har en randomisert tilvisning og fremstår som uavhengige av den opprinnelige teoretiseringen ved Lieberman (2004).

Det ble ikke registrert forskning på SMART og MBFT gjennom det systematiske søket. Dermed har disse modellene åpenbare mangler i forhold til å kunne klassifiseres som evidensbaserte behandlinger. Samtidig er det disse intervensjonene som fremstår med det høyeste detaljnivået teoretisk, da både i forhold til bakgrunn, intervensjonsbeskrivelser og teknikkbeskrivelser. Det blir arrangert kurs i mentaliseringsbasert familieterapi (Institutt for Mentalisering, 2012). Man kan stille spørsmål ved hvorvidt oppfordringen til evidensbasert praksis blir tatt til etterretning når det holdes kurs innenfor denne intervensjonen, da det er tydelig at intervensjonsprogrammet har et mangelfullt evidensgrunnlag. Samtidig er retningslinjene om evidensbasert praksis nettopp retningslinjer, de er en oppfordring til klinikere om å ta intervensjoners evidensgrunnlag til etterretning i sin kliniske praksis. Å inkorporere forskning i klinisk praksis gjennom retningslinjer for behandling har vært, og er fremdeles, en kontroversiell prosess. De aller fleste klinikere kan enes om viktigheten av forskning, men flere hevder at rigide forskningsdesign ikke kan inkorporere alle aspekter ved behandlingssituasjonen og frykter derfor at dette kan medføre en overforenkling i vurderingen av intervensjonens effekt. Den vedvarende debatten understreker at nåværende modeller for

evidensbasert praksis fortsatt har en vei å gå i forhold til å fjerne skillet mellom empiri og klinikk (Sexton et al., 2011).

Det kan likevel stilles spørsmål ved hvorfor det tilsynelatende ikke finnes mer forskning både på SMART og MBFT, men også på feltet generelt. Problemet med upubliserte nullfunn ("the file-drawer problem") omhandler at det i hovedsak er de studiene der man oppnår et statistisk signifikant resultat som blir publisert (Rosenthal, 1979). Slik kan man spekulere i hvorvidt det eksisterer upubliserte studier på dette området, og hvorvidt de publiserte studiene er representative for den forskningen som har blitt utført. Samtidig er dette fremdeles et svært ungt felt, og forskningen må få tid til å både gjennomføres og publiseres. Spesielt ville nok studier med et randomisert pretest-posttest kontrollgruppedesign, der kontrollgruppen mottar en standard behandlingsintervensjon, være gunstige for å dokumentere effekten av mentaliseringsbaserte familieintervensjoner. Da ville man fått muligheten til å vurdere intervensjonenes relative effektivitet, samtidig som man også unngår de etiske problemstillingene knyttet opp mot et manglende eller utsatt behandlingstilbud for kontrollgruppen.

Samlet sett ser mentaliseringsbaserte programmer for familier fremdeles ut til å trenge mer forskning for å kunne klassifiseres som en evidensbasert behandling. Likevel viser de tidlige studiene på mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier lovende resultater. Flere av intervensjonene tar også eksplisitt utgangspunkt i andre, mer etablerte, behandlingsformer. Slik ser vi at mentaliseringsbaserte familieprogrammer og forskning på disse har flere fellestrekk med andre behandlingsprogrammer og slik også deres forskningsgrunnlag. Slade (2006) hevder at en økning i mors reflekterende fungering, som et biprodukt av økt fokus på relasjonen mellom foreldre og barn, kan ha bidratt til positive

forskningsresultater innenfor omsorgsgiver – barn feltet, dette til tross for at RF ikke direkte har vært et fokus i intervensjonen. Heinicke et al. (1999) fant blant annet en økning i både responsivitet hos mor og trygg tilknytning hos barnet som et resultat av en relasjonsbasert hjemmeintervensjon. Forskerne teoretiserer at en trygg tilknytningsstil hos barna hadde sammenheng med mors økende responsivitet til barnets behov. Dermed kan det virke som at forskningen, til tross for at den ikke direkte har mentalisering som teorigrunnlag eller RF som utfallsmål, likevel tar for seg viktige aspekter ved RF. Slik kan mentalisering og reflekterende fungering representere et nytt fokus, som kanskje kan belyse viktige aspekter ved behandling, behandlingforskning og behandlingseffekter.

### **Begrensninger og styrker ved oppgaven**

Litteratursøket har blitt gjennomført med et begrenset utvalg søkeord og kategorier. Dermed er det en mulighet for at andre søkeord ville gitt en annerledes funnbase og slik også andre, og kanskje også flere, resultater. Samtidig er det vanskelig å forestille seg søkeord som ville vært mer relevante for de gjennomførte søkene. Videre ble søkeordene plukket ut med bakgrunn i et ønske om et relativt bredt søk, da funnbasen innenfor dette temaet tidlig fremstod som relativt begrenset. Enkelte funn i det manuelle søket var likevel ikke mulig å oppdrive innenfor de ressurser som er tilgjengelig ved Universitetet i Bergen, samt med utgangspunkt i oppgavens omfang og tidsramme. Slik kan det eksistere tekster som oppfyller inklusjonskriterene, som ikke ble inkludert i denne oppgaven.

Prinsippet om interraterreliabilitet omhandler at et samsvar mellom minst to uavhengige personers klassifisering av datamaterialet bidrar til å fremme undersøkelsen reliabilitet (Aron, Aron, & Coups, 2006). Søket og gjennomgang av tekstene i denne oppgaven ble utført av undertegnede alene. Slik er det gjort

individuelle vurderinger i forhold til inklusjon og eksklusjon, noe som kan ha medført feilvurderinger og feilaktig eksklusjon eller inklusjon av tekster. Dette er med på å svekke oppgavens reliabilitet. Samtidig har det blitt operert med tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier i begge søk, noe som har bidratt til å gjøre utvelgelsen av tekster til en relativt oversiktlig prosess.

### **Konklusjon**

Mentaliseringsbegrepet har, siden det først ble presentert, hatt en påvirkning på psykologien som fagfelt, og det gjenstår å se hvilken innflytelse mentalisering vil få på psykologisk praksis og forskning fremover. Mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer for familier virker å ta tak i viktige teoretiseringer rundt relasjonen mellom omsorgsgiver og barn, tilknytning og reflekterende fungering. Samtidig er dette fremdeles et svært ungt felt, noe spesielt forskningsgrunnlaget for mentaliseringsbasert behandling av familier bærer preg av. Slik blir det interessant å følge med på utviklingen av denne tradisjonen både når det gjelder teoretiske videreutviklinger, utvikling av intervensjonsprogrammer og forskning.

## Referanser

- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Ammaniti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., . . . Cimino, S. (2006). A prevention and promotion intervention program in the field of mother–infant relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(1), 70-90. doi:10.1002/imhj.20081
- Arnott, B., & Meins, E. (2007). Links among antenatal attachment representations, postnatal mind-mindedness, and infant attachment security: A preliminary study of mothers and fathers. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(2), 132-149. doi:10.1521/bumc.2007.71.2.132
- Aron, A., Aron, E. N., & Coups, E. J. (2006). *Statistics for psychology* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Asen, E. (2010). Mentalization-based family therapy. *Pædagogisk Psykologisk Tidsskrift*, 47(1), 49-54.
- Asen, E., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based family therapy. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 107-128). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bartels, A., & Zeki, S. (2004). The neural correlates of maternal and romantic love. *Neuroimage*, 21(3), 1155-1166. doi:10.1016/j.neuroimage.2003.11.003
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Bateman, A., Fonagy, P., Skårderud, F., & Karterud, S. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Arneberg forlag.
- Bateman, A., & Karterud, S. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Berk, L. E. (2009). *Child development* (8th ed.). Boston, MA: Pearson Education, Inc.
- Bleiberg, E. (2004). Treatment of dramatic personality disorders in children and adolescents. In J. J. Magnavita (Ed.), *Handbook of personality disorders. Theory and practice* (pp. 467-497). Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/bergen/docDetail.action?docID=10113975>
- Bonda, E., Petrides, M., Ostry, D., & Evans, A. (1996). Specific involvement of human parietal systems and the amygdala in the perception of biological motion. *Journal of Neuroscience*, *16*(11), 3737-3744. Retrieved from <http://www.jneurosci.org/content/16/11/3737.full>
- Bowlby, J. (1998). *Separation. Anxiety and anger* (Vol. 2). London: Pimlico.
- Busch, F. N. (2008). *Mentalization. Theoretical considerations, research findings and clinical implications* (Vol. 29). New York, NY: The Analytic Press.
- Carr, A. (2009). The effectiveness of family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, *31*(1), 3-45. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00451.x
- Csibra, G., & Gergely, G. (1998). The teleological origins of mentalistic action explanations: A developmental hypothesis. *Developmental Science*, *1*(2), 255-259. doi:10.1111/1467-7687.00039
- Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L. L., McGregor, J., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART):

- An integrative family therapy for children and adolescents. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (pp. 201-222). Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Flavell, J. H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual Review of Psychology*, *50*, 21-45. doi:10.1146/annurev.psych.50.1.21
- Flavell, J. H., & Miller, P. (1998). Social cognition. In D. Kuhn & R. Siegler (Eds.), *Handbook of child psychology. Cognition, perception, and language* (5th ed., Vol. 2, pp. 851-898). New York, NY: Wiley.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Jurist, E. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *48*(3-4), 288-328. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C. (1991). The capacity for understanding mental states - the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *12*(3), 201-218. doi:10.1002/1097-0355(199123)12:3<201::aid-imhj2280120307>3.0.co;2-7
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, *9*(4), 679-700. doi:10.1017/S0954579497001399
- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, *20*(6), 544-576. doi:10.1521/pedi.2006.20.6.544



- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., & Jurist, E. (1998). *Reflective functioning manual. Version 5.0. For application to Adult Attachment Interviews*. London: University College London.
- Frith, U., & Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions: Biological Sciences*, 358(1431), 459-473. doi:10.1098/rstb.2002.1218
- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299-311. doi:10.1080/14616730500245963
- Heinicke, C. M., Fineman, N. R., Ruth, G., Recchia, S. L., Guthrie, D., & Rodning, C. (1999). Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*, 20(4), 349-374. doi:10.1002/(sici)1097-0355(199924)20:4<349::aid-imhj1>3.0.co;2-x
- Institutt for Mentalisering (2012). Mentaliseringsbasert familierapi i Toscana. Retrieved from <http://mentalisering.no/index.php?mact=News,cntnt01,detail,0&cntnt01articleid=17&cntnt01pagelimit=100000&cntnt01returnid=15>
- Jones, A. (2006). How video can bring to view pathological defensive processes and facilitate the creation of triangular space in perinatal parent-infant psychotherapy. *Infant Observation*, 9(2), 109-123. doi:10.1080/13698030600818923
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology* (4th ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.

- Klonoff, P. S., Koberstein, E., Talley, M. C., & Dawson, L. K. (2008). A family experiential model of recovery after brain injury. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72(2), 109-129. doi:10.1521/bumc.2008.72.2.109
- Lieberman, A. F. (2004). Child-parent psychotherapy. A relationship-based approach to the treatment of mental health disorders in infancy and early childhood. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Eds.), *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention*. New York, NY: The Guilford Press.
- Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2009). Child-Parent Psychotherapy. A developmental approach to mental health treatment in infancy and early childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (3rd ed., pp. 439-449). New York, NY: Guilford Press.
- Meltzoff, A. N. (1995). Understanding the intentions of others - Reenactment of intended acts by 18-month-old children. *Developmental Psychology*, 31(5), 838-850. doi:10.1037/0012-1649.31.5.838
- Pajulo, M., Pyykkönen, N., Kalland, M., Sinkkonen, J., Helenius, H., Punamäki, R.-L., & Suchman, N. (2012). Substance-abusing mothers in residential treatment with their babies: Importance of pre- and postnatal maternal reflective functioning. *Infant Mental Health Journal*, 33(1), 70-81. doi:10.1002/imhj.20342
- Pajulo, M., Suchman, N., Kalland, M., & Mayes, L. (2006). Enhancing the effectiveness of residential treatment for substance abusing pregnant and parenting women: Focus on maternal reflective functioning and mother-child relationship. *Infant Mental Health Journal*, 27(5), 448-465. doi:10.1002/imhj.20100

- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?  
*The Behavioral and Brain Sciences*, 4, 515-526. doi:10.1017/S0140525X0007  
6512
- Rosenthal, R. (1979). The file drawer problem and tolerance for null results.  
*Psychological Bulletin*, 86(3), 638-641. doi:10.1037//0033-2909.86.3.638
- Sadler, L. S., Slade, A., & Mayes, L. (2006). Minding the baby: A mentalization-  
based parenting program. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of  
mentalization-based treatment* (pp. 271-288). Chichester: John Wiley & Sons  
Ltd.
- Sexton, T., Gordon, K. C., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A., &  
Johnson, S. (2011). Guidelines for classifying evidence-based treatments in  
couple and family therapy. *Family Process*, 50(3), 377-392. doi:10.1111/j.1  
545-5300.2011.01363.x
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a  
psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental  
psychopathology. *Social development*, 17(3), 737-754. doi:10.1111/j.1467-  
9507.2007.00457.x
- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind:  
Psychosocial adjustment and mothers' ability to predict their children's  
attributional response styles. *The British journal of developmental psychology*,  
24(1), 197-214. doi:10.1348/026151005X82569
- Slade, A. (2002). Keeping the baby in mind: a critical factor in perinatal mental  
health. *Zero to Three, June/July*, 10-16. Retrieved from <http://icdl.com/graduate/Portal/IMH210/documents/IMH210Wk3and4Reading4.pdf>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment*

& *Human Development*, 7(3), 269-281. doi:10.1080/14616730500245906

Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development.

*Psychoanalytic Inquiry*, 26(4), 640-657. doi:10.1080/07351690701310698

Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7(3), 283-298. doi:10.1080/14616730500245880

Slade, A., Sadler, L. S., De Dios-kenn, C., Webb, D., Currier-Ezepchick, J., & Mayes, L. (2005). Minding the baby: A reflective parenting program. In R. A. King, P. B. Neubauer, S. Abrams & A. S. Dowling (Series Eds.), *The Psychoanalytic Study of the Child: Vol. 60* (pp. 74-100). Retrieved from <http://site.ebrary.com/lib/bergen/docDetail.action?docID=10169947>.

Slade, A., Sadler, L. S., & Mayes, L. (2005). Minding the Baby: enhancing parental reflective functioning in a nursing/mental health home visiting program. In L. J. Berlin (Ed.), *Enhancing Early Attachments* (pp. 152-177). New York, NY: Guilford Press.

Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 11(1), 1-13. doi:10.1017/s0954579499001923

Strassberg, Z. (1997). Levels of analysis in cognitive bases of maternal disciplinary dysfunction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(3), 209-215. doi:10.1023/a:1025795915802

Suchman, N., DeCoste, C., Castiglioni, N., Legow, N., & Mayes, L. (2008). The Mothers and Toddlers Program: Preliminary findings from an attachment-

- based parenting intervention for substance-abusing mothers. *Psychoanalytic Psychology*, 25(3), 499-517. doi:10.1037/0736-9735.25.3.499
- Suchman, N., Pajulo, M., Kalland, M., DeCoste, C., & Mayes, L. (2012). At-risk mothers of infants and toddlers. In A. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Söderström, K., & Skårderud, F. (2009). Mentalization-based treatment in families with parental substance use disorder: Theoretical framework. *Nordic Psychology*, 61(3), 47-65. doi:10.1027/1901-2276.61.3.47
- Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachments. *Child development*, 71(1), 145-152. doi:10.1111/1467-8624.00128
- Toth, S. L., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2008). Attachment-theory-informed intervention and reflective functioning in depressed mothers. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the Adult Attachment Interview* (pp. 154-172). New York, NY: Guilford Press.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment - A metaanalysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403. doi:10.1037/0033-2909.117.3.387
- von Tetzchner, S. (2008). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vrieze, D. M. (2011). *The role of parental reflective functioning in promoting attachment for children of depressed mothers in a toddler-parent psychotherapeutic intervention* (Doctoral dissertation). Retrieved from [http://conservancy.umn.edu/bitstream/117538/1/Vrieze\\_umn\\_0130E\\_12320.pdf](http://conservancy.umn.edu/bitstream/117538/1/Vrieze_umn_0130E_12320.pdf)
- World Health Organization (2000). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*.

Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Appendiks

Tabell 3

*Oversikt over ekskluderte bøker/artikler*

Forfatter, årstall	Tittel	Årsak til ekskludering
Allen & Fonagy, 2006	Handbook of mentalization-based treatment.	Relevante kapitler var selvstendige treff
Bleiberg, 2001	Treating personality disorders in children and adolescents: A relational approach.	Har ikke et mentaliseringsbasert utgangspunkt
Bleiberg, 2004	Treatment of dramatic personality disorders in children and adolescents.	Ikke primært et behandlingsprogram for familier
Bleiberg, Fonagy, & Target, 1997	Child psychoanalysis: Critical overview and a proposed reconsideration.	Ikke primært et behandlingsprogram for familier
Casswell, 2011	The case of the murdered swimming towel!	Har ikke et mentaliseringsbasert utgangspunkt
Cepi & Cimafonte, 2008	The multifamily group as a space of meta reflection.	Italiensk
Delage, 2004	Resilience in the family and resilience's supports. What does the systemic therapist with it?	Fransk
Donovan, 2007	Ethics and reflecting processes: A systemic perspective.	Ikke et behandlingsprogram eller forskning knyttet opp mot behandling
Ducottet, 1990	Psychotherapy of young burnt children and members their family.	Fransk
Fitzgerald, Puura, Tomlinson, & Paul, 2011	International perspectives on children and mental health, Vols 1 and 2: Development and context, prevention and treatment.	Har ikke et mentaliseringsbasert utgangspunkt
Gabbard, 2009	Textbook of psychotherapeutic treatments.	Har ikke et mentaliseringsbasert utgangspunkt
Grienenberger, 2006	Group process as a holding environment facilitating the development of the parental reflective function: Commentary on the article by Arietta Slade.	Ikke et behandlingsprogram eller forskning knyttet opp mot behandling
Guido, 2008	Mending minds by minding them well.	Ikke et behandlingsprogram eller forskning knyttet opp mot behandling
Jones, 2006	How video can bring to view pathological defensive processes and facilitate the creation of triangular space in perinatal parent-infant psychotherapy.	Ikke et behandlingsprogram eller forskning knyttet opp mot behandling
Klonoff, Koberstein, Talley, & Dawson, 2008	A family experiential model of recovery after brain injury.	Ikke et behandlingsprogram eller forskning knyttet opp mot behandling
Knobloch, 2001	Integrated psychotherapy and the prague philosophy of science.	Tjekkisk
Krasic, 2010	Eating disorders - Types of obsessive-compulsive disorder a case display.	Har ikke et mentaliseringsbasert utgangspunkt
Losso & Losso, 2003	The borderlines and their families.	Italiensk
Oldham, Skodol, & Bender, 2005	The American Psychiatric Publishing textbook of personality disorders.	Har ikke et mentaliseringsbasert utgangspunkt
Olson-Morrison, 2009	Review of parent-focused child therapy: Attachment, identification, and reflective functions.	Ikke primært et behandlingsprogram for familier
Oppenheim & Goldsmith, 2007	Attachment theory in clinical work with children bridging the gap between research and practice.	Ikke et behandlingsprogram eller forskning knyttet opp mot behandling
Robert, 2009	Violence, interpretation and containment in psychoanalytic family therapy.	Fransk
Safier, 2003	Seven ways that the concepts of attachment, mentalization and theory of mind transform family treatment.	Ikke et behandlingsprogram eller forskning knyttet opp mot behandling
Shulman, 2006	"Wondering" and beyond: Discussion of Arietta Slade's "reflective parenting programs".	Ikke et behandlingsprogram eller forskning knyttet opp mot behandling
Suchman, DeCoste, Castiglioni, Legow, & Mayes, 2008	The Mothers and Toddlers Program: preliminary findings from an attachment-based parenting intervention for substance-abusing mothers.	Ikke behandling med familier
Woodhead & James, 2007	Transformational process in parent-infant psychotherapy: Provision in community drop-in groups.	Omhandler "dropp inn" grupper

Tabell 4

*Oversikt over mentaliseringsbaserte intervensjonsprogrammer*

Programutvikler, årstall, land	Fearon et al., 2006, England og USA	Asen & Fonagy, 2012, England og USA	Slade, 2005, USA	Pajulo, 2006, Finland	Lieberman, 2004, USA
Program	Short-term mentalization and relational therapy	Mentalization-based family therapy	Minding the Baby	Holding Tight	Child-Parent Psychotherapy
Målgruppe	B (fra 7 år), unge og deres F.	Opprinnelig for B, unge og deres F, men også anvendbart for parterapi eller F-terapi med kun voksne medlemmer.	Vanskeligstilte F som blant annet lever under fattigdomsgrensen eller har opplevd traumer - har også blitt foreslått anvendt ved rusproblematikk hos M.	F hvor M misbruker rusmidler.	Utviklet for B i risikogrupper og deres F. Blant annet blitt anvendt hos B med deprimerte M.
Varighet	6-12 timer.	Korttidsbehandling - minimum 6 timer.	Oppstart tredje trisemester, ukentlige besøk frem til B er et år, besøk annenhver uke frem til B er to år.	Oppstart opp 2-4 mnd før termin. Varighet på rundt 8 mnd, altså til B er minst 4 mnd. Oppfølging i etterkant.	Ukentlige sesjoner på 60-90 minutter. Kan ha en varighet fra et par mnd opp til to år.
Uttalt fokus på Ms relasjon til behandler	Nei.	Nei.	M relasjon til behandler skal ideelt sett fungere som et korrigerende Ti-forhold.	På samme måte som M blir hjulpet til å reflektere rundt Bs intensjoner, affekter og handlinger, viser også behandler interesse for Ms opplevelser og hjelper henne til å gi mening til disse.	T søker å skape korrigerende emosjonell og relasjonell opplevelse for M.
Arbeidsform	Samtaler på klinikk, Me-oppgaver, hjemmearbeid.	Samtaler på klinikk, Me-oppgaver, hjemmearbeid.	Hjemmebesøk.	Kvinnene bor på klinikk ("residential facility"). Deltagelse i rutiner. Ukentlige gruppemøter. Samtaler.	Sesjonene foregår hjemme hos F eller ved et klinisk senter.
Fokus	F relasjonelle vansker stammer fra F-medlemmenes vansker med Me. Stress og høyt aktiveringsnivå kan lede til mangelfull Me innad i F, noe som igjen kan lede til NI. Fokus på F underliggende vansker med Me heller enn spesifikke problemstillinger.	Mangelfull Me, misforståelser eller feil i kommunikasjonen kan være bidragende til NI i F. Fokus på Me-prosesser i F fremfor spesifikke symptomer.	Fo i en krevende situasjon eller med en traumehistorie kan ha vansker med å regulere både egne og barnets behov. Fokus på Ms RF og Ti-forholdet mellom M og B.	Rusmidler påvirker hjernens dopaminsystem, et system som også er sentralt ved motivasjon og omsorgsatferd. Vedvarende avholdenhet gjennom en intensiv behandling med fokus på Fo-B relasjonen.	Tilpasset sosialisering fra Ti-person er viktig for Bs mentale helse og tilpasning. Ms tidlige relasjoner påvirker M-B interaksjonen. Bedre M-B relasjonen gjennom å fremme Ms sensitivitet, responsivitet og inntoning til B. Fokus på Bs emosjonelle opplevelse.



Målsetninger	<p>Fremme F-medlemmenes nysgjerrighet rundt, forståelse av og respekt for både egne og andres MT. Fremme forståelse for hvordan tanker, følelser og atferd henger sammen innenfor F. Hjelp F til å bruke denne forståelsen for å finne nye og mer positive måter å relatere seg til hverandre på.</p>	<p>Fremme forståelsen for MT og hvordan disse påvirker atferd, undersøke hvert enkelt F-medlems bidrag til Fs vansker og fremme emosjonsregulering i en relasjonell kontekst. Bryte ikke-Me I og fremme Me I. Fremme trygghet og Ti mellom Fo og B og fremme Fos kompetanse slik at de kan hjelpe barna å utvikle Me-evnen.</p>	<p>Fremme Ms forståelse, nysgjerrighet og anerkjennelse for Bs MT, at hun kan knytte disse opp mot Bs atferd, for til slutt å fremme Ms forståelse av den gjensidige påvirkningen mellom to individer. Fremme Ms forståelse for egne opplevelser og impulser. Fremme Ms forståelse for hvordan hennes opplevelser, emosjoner og behov påvirker B. Fremme lek og positiv involvering.</p>	<p>Å tilbakestille Ms dopaminsystem slik at hun blir mindre investert i rusen og mer opptatt av B. Tilby et rusfritt miljø å organisere hverdagen rundt. Fremme Ms forståelse for Bs intensjoner og hjelpe M til å se Bs affekter og atferd som meningsfull.</p>	<p>Søker å fremme forståelsen av underliggende motiver for atferd. Søker å fremme Fos selvforståelse, både som voksne individer men også i forhold til egen barndom og oppvekst. Fremme en mer positiv modell hos M av både henne selv og henne selv i relasjon med andre. Søker å fremme konstruktiv problemløsning i F og bryte NI.</p>
Teknikker/ hjelpemidler	<p>Fokus på "her og nå"-situasjonen. Psykoedukasjon, identifisere Me, fremprovosere nysgjerrighet, pause og søke, identifisere ikke-Me narrativer, identifisere og navngi skjulte emosjoner, bruk av hypoteser, T bruk av seg selv.</p>	<p>Fokus på "her og nå"-situasjonen. Femstegs sløyfe: tentativ uttalelse, sjekke for konsensus, Me øyeblikket, generalisering, evaluering.</p>	<p>Kriseintervensjoner, Fo-støtte, hjelp til praktiske oppgaver. Videoopptak. Referere til Bs indre tilstander på bakgrunn av observasjoner og slik gi en stemme til Bs intensjoner, opplevelser og behov (snakke for B). Assistere M i forståelsen av Bs signaler. Identifisere og anerkjenne Ms sensitive respondering. Dialog rundt Ms emosjonelle liv, sosiale situasjon og relasjoner, tidligere opplevelser og traumer.</p>	<p>Videoopptak. Edukasjon om Bs utvikling og neste utviklingssteg satt i en relasjonell kontekst. Snakke for B. Fokuser på vanskelige emosjoner hos M og gi Ms emosjoner verdi og mening.</p>	<p>Fokus på "her og nå"-situasjonen. Verbalise emosjonelle opplevelser. Lek og fysisk kontakt.</p>

*Note:* Forkortelser benyttet: M: mor, B: barn, F: familie, Fo: foreldre, Ti: tilknytning, Me: mentalisering, RF: reflekterende fungering, MT: mentale tilstander, T: terapeut, I: interaksjonsmønstre, NI: negative interaksjonsmønstre, Mnd: måneder.

Tabell 5

*Oversikt over forskningsfunn*

Studie, årstall, land	Program	N, utvalg og design	Datainnsamlings-tidspunkt	Målgruppe	Behandlingslengde og antall behandlinger	Utfallsmål	Resultater
Pajulo et al., 2012, Finland <sup>a</sup>	Holding Tight	N= 34 M-B par. Pre- og posttest design.	1. måling: graviditet, 2. måling: B 3 mnd, 3. måling: B 4 mnd, 4. måling: 1 år, 5. måling: 2 år.	Deltagere ved tre Holding Tight-enheter. Rusproblemer hos M.	Fra graviditet eller innen to uker etter fødsel til B minimum 4 mnd.	Intervjuer (blant annet PI og PDI-R), spørreskjemaer og videoobservasjoner.	63 % av M viste en økning i RF-skåre fra pre- til postnatal måling, en økning som var statistisk S på gruppenivå (t=2,4, df= 15, p=.02). RF-skåren forble uendret hos 31 % mens den gikk ned i et tilfelle.
Suchman et al., 2012, Finland <sup>a</sup>	Holding Tight	N= 34 M-B par. Pre- og posttest design.	1. måling: graviditet, 2. måling: B 3 mnd, 3. måling: B 4 mnd, 4. måling: 1 år, 5. måling: 2 år.	Deltagere ved tre Holding Tight-enheter. Rusproblemer hos M.	Fra graviditet eller innen to uker etter fødsel til B minimum 4 mnd.	Intervjuer (blant annet PI og PDI-R), spørreskjemaer og videoobservasjoner.	63 % av M viste en økning i RF-skåre fra pre- til postnatal måling. RF-skåren forble uendret hos 31 %, mens den gikk ned i et tilfelle.
Sadler, Slade, & Mayes, 2006, USA	MTB	N= 31, kontrollgruppe: n= 10. Pre- og posttest kontrollgruppe design.	1. måling: graviditet, 2. måling: B 12 mnd, 3. måling: B 24 mnd.	Familier med lav SØS.	Se MTB program.	RF målt ved PDI. T målt gjennom fremmedsituasjonen.	RF hos M virket ved Bs 24 mnd alder å ha steget fra baseline. Målinger ved Bs 12 og 18 mnd alder viste 8 % et disorganisert T-mønster.
Slade, Sadler, & Mayes, 2005, USA	MTB	Pilotstudie. n= 20, kontrollgruppen = 7. Pre- og posttest kontrollgruppe design.	1. måling: graviditet, 2. og 3. måling: første leveår, 4. måling: avslutning (B 2 år).	Familier med lav SØS. 36 % av M rapporterte en historie med misbruk og 39 % av M skårer over cut-off for depressive symptomer.	Se MTB program.	RF målt gjennom PI. T måt gjennom fremmedsituasjonen, samt observasjon av mor-barn interaksjon ratet gjennom NCATS.	Kvalitative analyser (n=6) av intervjuapakke ved graviditetet indikerer at etter 18 mnd er M mer refleksiv i forhold til Bs emosjonelle, kognitive og fysiske utvikling. Tidlige analyser av fremmedsituasjonen (n=6) indikerer at ingen av B har en disorganisert T-stil.

Toth, Rogosch, & Cicchetti, 2008, USA	CPP	DI, NK og DK. Utvalgsstørrelse ikke oppgitt. Randomisert tilvisning. Pre- og posttest kontrollgruppe design.	Målinger ved baseline og oppfølgingsmåling ved intervensjonens avslutning, B 3 år.	M med en historie med MDD.	Lengdegjennomsnitt: 58,19 uker. Gjennomsnittlig antall sesjoner: 45,24.	AAI. Fremmedsituasjonen ble benyttet som mål på T-status.	S økning av RF nivå i både DI og DK, ikke i NK. RF nivået hos DI var S høyere enn både NK og DK ved postintervensjonsmåling. S større andel B med trygg T-stil hos postintervensjon DI (67,4 %) enn DK (16,7 %) og NK (47,6 %). Ikke funnet S sammenheng mellom endring i RF og endring i T.
Vrieze, 2011, USA <sup>b</sup>	CPP	Totalt: n=160. DI: n= 46, NK: n=62 og DK: n=52. DI og DK randomisert tilvist. Pre- og posttest kontrollgruppe design.	1. måling: B rundt 20 mnd, 2. måling: B rundt 36 mnd.	M med en historie med MDD. M måtte minst ha videregående utdanning ("high school education") og måtte ikke ha lav SØS status.	Ukentlige hjemmebesøk i rundt 16 måneder.	PAI ble benyttet for en kvalitativ måling av relasjonen mellom foreldre og B. Fremmedsituasjonen ble benyttet som mål på T-status.	S større andel B med trygg T-stil hos postintervensjon DI (fra 13 % til 67,4 %) enn DK (fra 17,3 % til 13,4 %), ( $\chi^2(1)= 29,90, p<.01$ ) og NK (fra 54,8 % til 46,8 %), ( $\chi^2(1)= 4,56, p<.05$ ). Ingen forskjeller ble funnet i RF på tvers av gruppene verken på pre- eller posttest målinger ( $F(2,149) = 1,19, ns$ ), ( $F(2,143) = .26, ns$ ).

Note: Forkortelser benyttet: M: mor, B: barn, RF: Reflekterende fungering, Mnd: måned, S: signifikant, MTB: Minding the Baby, SØS: sosioøkonomisk status, T: tilknytning

DI: Depressiv intervensjonsgruppe, DK: Depressiv kontrollgruppe, NK: ikke-depressiv kontrollgruppe, MDD: Major depressive disorder, PAI: Parent Attachment Interview,

AAI: Adult Attachment Interview, PI: The Pregnancy Interview, PDI-R: Parent Development Interview Revised, NCATS: Nursing Child Assessment Teaching Scale.

<sup>a</sup> Pajulo et al., 2012 og Suchman et al., 2012 fremstår som to utgivelser av det samme prosjektet da de har påfallende likhetstrekk på tvers av utvalg og resultater

<sup>b</sup> Studiet til Vrieze (2011) tar utgangspunkt i samme utvalg som Toth et al. (2008)