



**Fredrik Cappelen & Cilje Sunde Rolfsjord**  
Oslo

## MBT-team for ungdom med svingende følelser

– hjelp til å tenke under press fra alle kanter

Ved Lovisenberg Diakonale sykehus, Nic Waals Institutt (NWI), har vi siden 2016 utviklet et team som arbeider med mentaliseringsbasert terapi for ungdom (MBT-A; Mentalization Based Treatment for Adolescents). Teamet ble utviklet i samarbeid mellom Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykiatri (NAPP) og behandlere ved Nic Waals Institutt, og er blant annet inspirert av arbeidet til Trudie Rossouw, Carla Sharp og Peter Fonagy ved Anna Freud Centre i London. Vi startet opp med seks behandlere og er i dag 10 behandlere som møtes annen hver uke for å dele klinisk materiale. Det å være en gruppe som kan tenke sammen om ungdommer og familier som strever med alvorlig dysregulering hjelper oss til bedre å forstå hva som foregår i terapien, og tilpasse intervensjoner til pasienten på en meningsfull måte. Teamet oppleves også ivaretagende og forebyggende for belastning på behandlerne, særlig når mange av ungdommene strever med selvskading, selvmordsfare og annen risikofylt atferd som skaper bekymring og maktesløshet i omgivelsene. En annen belastende faktor i dagens psykiske helsevern er stort press på behandlerens kapasitet med alt for tung case-load. Med behandlerens tenkerom under press fra forskjellige kanter er det som at teamet danner et potensielt rom (Winnicott, 1982), for utforskning og læring i en hektisk og stadig mer krevende BUP-hverdag.

### Personlighet i forandring

Ungdomstiden er en tid med store endringer, både fysisk og psykologisk. Det er også en tid forbundet med utvikling av identitet og personlighet. Bjørn Wrangsjö og Majlis Winberg-Salomonsson har skrevet godt om den psykodynamiske utviklingen i ungdommens indre liv (Wrangsjö & Winberg-Salomonsson, 2006). De beskriver en tid med omfattende endringer i det indre og ytre, i følelser, identitet og relasjoner. Dette er en del av den normale utviklingen hos ungdom. I klinikken møter vi ofte ungdommer som viser alvorlige vansker med regulering av følelser, usikker identitet og store relasjonsvansker, ut over det som er forventet i tenåringstiden. Klinisk erfaring og forskning viser at ungdommer som strever med slike personlighetstrekk over tid, ofte også strever med tillit til andre, særlig voksne, noe som gjør det vanskeligere å etablere en allianse med ungdommen (Bo et al., 2017). Ved NWI og andre BUPer har mange enkeltbehandlere likevel arbeidet godt med ungdommer som utviser ustabile personlighetstrekk, mistillit og svingende følelser, men vi som terapeuter ved NWI kunne ofte oppleve at behandlingene var svært krevende og at man ofte ble ensomme i arbeidet med stadige kriser.

Vi kunne også oppleve at det var vanskelig å finne et fokus for behandlingen, da symptomene til disse ungdommene ofte kunne skifte og flytte seg; fra spiseforstyrrelser til selvskadning til angst og depresjon. Dette kunne gjøre at et meningsfullt fokus over tid kunne være vanskelig å opprettholde. Vi som behandlere kunne ofte også kjenne på stor bekymring for pasientene, noen ganger med frykt for ungdommers liv, som ofte ble en veldig tung bekymring å bære alene.

Mange ganger har man mistenkt at noen ungdommer står i fare for å utvikle alvorlige personlighetsforstyrrelser og at skjevutviklingen allerede er godt på vei. Til tross for dette, har det lenge vært en skepsis mot personlighetsdiagnostikk i ungdomsfeltet (Sharp & Fonagy, 2015). De senere årene har det likevel skjedd en endring, og man har blitt mer oppmerksom på at personlighetsproblematikk både kan oppdages og bør behandles tidligere (Chanen, 2015; Sharp & Fonagy, 2015). Ved NWI gjennomførte Korsgaard over en periode kartlegging av alle henviste ungdommer, og det viste seg at ca. 21% oppfylte diagnostiske kriterier

for en personlighetsforstyrrelse (Korsgaard, 2017). Dette er i tråd med tall fra internasjonale studier (Sharp & Fonagy, 2015; Chanen, 2015). Studiene viser også at problemene starter tidlig, allerede fra 13-årsalder. Det er en sterk sammenheng mellom forekomst av personlighetsproblematikk i tidlig alder og nedsatt livskvalitet hos individet som voksne, og man har funnet en like sterk sammenheng hos ungdom (Korsgaard et al., 2015). Dette bør si oss at tidlig oppdagelse og intervensjon av problemer forbundet med personlighetsforstyrrelser er svært viktig, noe også internasjonale forskergrupper og eksperter anbefaler (Sharp & Fonagy, 2015; Mehlum et al., 2014).

Da nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri i Norge (NAPP) for noen år tilbake satset på forståelse for utvikling av personlighetsproblemer hos ungdom, ble det opprettet kontakt mellom NWI og NAPP. Ved NWI opplevde man raskt at tenkningen og erfaringen ved NAPP var noe som manglet i BUP (Børretzen og Korsgaard, 2017). I 2012 publiserte Trudie Rossouw og Peter Fonagy en randomisert kontrollert studie av behandling for selvskadende ungdom. Studien viste at ungdommer som mottok ungdomstilpasset mentaliseringsbasert terapi (MBT-A) viste bedre effekt etter endt behandling når det gjaldt depressive symptomer og selvskadingsatferd enn ungdom i «vanlig behandling» (TAU). Ungdommene økte også evnen til mentalisering («reflective functioning» eller reflekterende funksjon), og viste mindre grad av unngåelse av tilknytning i relasjoner («attachment-avoidance»). Da NAPP inviterte Trudie Rossouw til Oslo, ble vi inspirert til å starte opp et MBT-team ved NWI.

### MBT-team

I 2016 startet vi ved NWI opp et team på seks behandlere som satte oss fore å lære MBT for ungdom. Teamet besto av erfarne klinikere; fem psykologer og en psykiater. Teamet mottok veiledning av Øyvind Urnes og kollegaer ved NAPP, gikk først introduksjonskurs i MBT ved Institutt for Mentalisering, og dannet så en veiledningsgruppe (peer-group) som møttes en time annen hver uke. Vi lagde en tidslinje med følgende mål: 1. Å bli bedre til å gjenkjenne personlighetsproblemer hos ungdom, 2. Skrive kassformulering, 3. Bli en samarbeidende gruppe

*rundt terapimateriale fra individual- og familierapier, 4. Utvikle teamet og medlemmene til å bli «adherent» til mbt sine prinsipper og 5. Etablere en gruppe for psykoedukativt introduksjonskurs i mbt til pasientene.*

## 1. Personlighetsproblemer

I tråd med anbefalinger fra internasjonale nettverk (Sharp & Fonagy, 2015) ble fokus på å gjenkjenne tidlige tegn på personlighetsproblemer, særlig emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline), satt i fokus, for at vi skulle identifisere hvilke pasienter og familier som kunne nyttiggjøre seg behandlingen. Det dreide seg særlig om ungdommer som selvskadet, hadde selvmordstanker og et sammensatt symptombilde, ofte med en blanding av symptomer på flere ulike lidelser. I tillegg til klinisk intervju screenet vi for personlighetsproblemer ved hjelp av CI-BPD (Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder; Zanarini, 2003), og «Hvordan tenker og føler du om deg selv og andre» (BPFS-C; Chang, Sharp & Ha, 2011). En tanke med dette var at vi ikke skulle *diagnostisere* ungdommen med en borderline-diagnose, men heller fange opp og identifisere disse trekkene, og gjøre dem til fokus for behandlingen. Vi har hele tiden vært forsiktige med å kalle en ungdom for *borderline*, og prøver å følge Milano-skolens teori om ikke å si at noen *er* noe, men heller å tenke at noen viser disse trekkene i sin kontekst over tid, og der i fra forsøke å forstå *hvorfor* ungdommen strever med dette. En interessant erfaring var at enkelte ungdommer kjente seg mer igjen i kriteriene i borderline-diagnosen enn i kriteriene for symptomdiagnosene. Vi lurte på om dette kunne være fordi trekkene for borderline er mer fenomennære, og ikke bare beskriver psykiske symptomer, men også vansker med identitet, følelser og relasjoner.

## 2. Kasusformulering

Etter å ha fokusert på oppdagelse og screening av personlighetsproblemer, gikk vi videre til å jobbe med å skrive kasusformulering som et personlig brev til ungdommen. Brevet er en oppsummering av terapeutens forståelse av ungdommens fortelling om sine vansker. Man forsøker å skrive på en

klar og personlig måte, slik at ungdommen får noe *konkret tilbake i hånden* etter de første vurderings-samtalene. Kanskje det viktigste med kasusformuleringen, er at man forsøker å gi ungdommen en følelse av nettopp det å bli forstått. Mange av behandlerne har fått positive og følelsesladede reaksjoner fra ungdommene når de har gitt dem et slikt brev. Vi har også erfart at brevet kan være en god hjelp for å hjelpe både oss selv og ungdommen til å holde fokus i behandlingen; å kunne gå tilbake til viktige punkter sammen med pasienten. Brevet gir også ungdommene et innblikk i hva vi som terapeuter undrer oss over og tenker om dem. Stilen brevet skrives i er ikke-vitende, undrende, åpen, ikke definerende og uten en skråsikker form. Det har også vært et mål at det framkommer tydelig i teksten hva som handler om det terapeuten tenker og hva ungdommen har fortalt om, slik at det gjenspeiler ungdommens historie og selvforståelse sammen med terapeutens stemme, det Skårderud refererer til som «two minds in the text» (Skårderud, 2011). Vi forsøker også å få til en diskusjon om hvorvidt pasienten kjenner seg igjen i det som er skrevet, og vi endrer gjerne på teksten etter innspill fra ungdommen slik at ungdommen kan kjenne større eierskap til kasusformuleringen. Kasusformuleringen bør tilpasses ungdommens mentaliseringsnivå og ikke være for lang og omfattende, da det også kan være heftig for en ungdom å få presentert så mye personlig materiale.

Vi har diskutert om vi bør skrive til ungdommen i andre- eller tredjepersonsform. I voksentradisjonen er det vanlig å skrive i tredjeperson. Vi har tenkt at for noen ungdommer så kan tredjepersonsform være en hjelp til nettopp å «se seg selv utenfra», en vesentlig del av god mentalisering. For andre ungdommer kan det motsatte være tilfellet; at de i for stor grad ser seg selv utenfra, med andres blikk, og strever med kontakt med sitt eget indre. Da kan et brev i andrepersonsform kanskje bidra til større nærhet og kontakt. Ofte er kasusformuleringen bygget opp som en fortelling med fortid/bakgrunnshistorie, nåtid/problembeskrivelse og framtid/endringshåp.

Eksempel på kasusformulering (materialet er anonymisert og satt sammen av ulike pasientmøter):

Vi starter ofte med å beskrive fortiden og forsøker å plukke ut noen viktige deler av pasientens narrativ:

Lisa vokste opp med begge foreldrene sine og en yngre søster. Hun har fortalt at det var mye krancling og bråk hjemme, og hun kunne ofte kjenne seg redd. Hun pleide å ta med seg lillesøsteren sin opp på rommet og se på film med høretelefoner når det var som verst. Far flyttet plutselig til en annen kant av landet da Lisa var 10 år gammel. Lisa har fortalt at mor etter dette lå mye på sofaen og så på tv og drakk vin. På skolen strevde Lisa med å følge med, og hun fikk mye kjeft av lærerne. Hun tenker i dag at hun gjorde seg tøff og latet som hun ikke brydde seg, selv om hun kanskje egentlig gjorde det.

Vi forsøker deretter å beskrive de viktigste vanskene pasienten har beskrevet i nåtid:

Lisa har fortalt at hun synes det er vanskelig å stole på voksne. Hun har en god venninne hun har kjent siden barneskolen, men hun har også fortalt at hun har mistet mange venner fordi hun lett kan komme i konflikt. Psykologen lurer på om dette henger sammen med at Lisa har tatt på seg en tøff «maske» for å takle de vonde følelsene sine. Lisa har også fortalt at hun plutselig kan kjenne det som om hun bare vil forsvinne og vil komme seg bort fra andre. Denne følelsen kjennes så uutholdelig at det kan skje at Lisa kutter seg selv for å forsøke å få den ekle følelsen bort.

Så forsøker vi å si noe mer om hva vi tenker kan være til hjelp, hvordan behandlingen kan skape endring:

Psykologen lurer på om Lisa i terapien sammen med psykologen kan prøve å finne ut av hva som skjer når denne ekle følelsen kommer, slik at Lisa kan forstå bedre hva som gir henne følelsen. Psykologen lurer også på om Lisa blir veldig alene med denne følelsen, og om hun kan klare å dele den her i terapien vil det kanskje kunne gjøre det lettere å tenke mer og ikke bare føle så sterkt, som igjen kanskje kan gjøre følelsen «mindre» og mulig å holde ut.

Vi forsøker også å si noe om mulige alliansebrudd for å forebygge drop-out fra behandlingen. Dette oppleves særlig nyttig i og med at det ofte oppstår kriser og alliansebrudd med denne pasientgrup-

pen. Kasusformuleringen kan være en måte å forutse og allerede nå tenke sammen om og forstå hvordan slike utfordringer kan oppstå. Mye av arbeidet og bedringen for tillitsvansker, eller vansker med det Fonagy kaller «epistemic trust» (Fonagy & Allison, 2014), endres gjennom arbeid med reparasjon av allianse etter (påregnelige) brudd (Safra et al., 1990).

Lisa kan noen ganger utebli fra terapitimene, og psykologen lurer på om det kan være et tegn på at Lisa ikke har følt seg forstått eller at hun ikke stoler på at psykologen kan hjelpe. Eller så kan det kanskje også være at det kan være uvant og skummelt å slippe en annen inn på seg og stole mer på psykologen? Psykologen håper at Lisa kan si fra hvis hun opplever at hun bare vil forsvinne fra terapien, slik at hun og psykologen kan arbeide sammen med å forstå hva det handler om. Psykologen tenker at Lisa har vært gjennom mange vanskelige ting, og at det ikke er så rart at det da noen ganger kan være fristende å trekke seg unna.

Man forsøker også å si noe om hva som har gjort inntrykk på terapeuten, lage andre narrativer, som i narrativ systemisk terapi (White et al., 1990), og man ønsker å formidle fremtidshåp. Å skrive noe om familiesystem og eventuelt andre viktige systemer ungdommen er en del av, kan også bidra til en følelse av sammenheng og tilhørighet:

Det har gjort inntrykk på psykologen at Lisa har vist så mye mot gjennom å komme til timer og fortelle om alt hun har vært gjennom, og psykologen synes det også høres ut som at hun kan vise mye omsorg overfor søsteren og venninnen sin. Psykologen tenker også at mor og Lisa har mange ting de trenger å ordne opp i seg i mellom, og vil gjerne hjelpe til med dette om Lisa tillater det.

### 3. Behandlingen

Når pasienten og terapeuten kommer til enighet om kasusformuleringen, tilbys ungdommen en behandlingskontakt ukentlig. Modellen og forskningen har hatt fokus på timer en gang i uka. Av og til har vi gitt noen ungdommer timer to ganger i

uka, om lidelsestrykket er veldig høyt, og om ungdommen virker å streve veldig med å holde fast på erfaringer i relasjonen mellom timene.

For mange ungdommer er arbeidet med foreldrene og hele familien svært viktig. I Rossouw og Fonagys studie, valgte man å holde familiesamtaler en gang i måneden (Rossouw & Fonagy, 2012). Noen av ungdommene som kommer til oss, nekter å la foreldrene delta, noe de til en viss grad kan bestemme når de er over 16 år. Andre ønsker og trenger å involvere foreldrene oftere enn en gang i måneden. Tilbudet blir således skreddersydd individet og familien.

Gjennom å utforske konkrete situasjoner ungdommene opplever i sine liv, hvordan de tenkte, følte og handlet, og hvordan de tenker og føler om andre mennesker som var involvert i situasjonen, forsøker vi å øke ungdommenes evne til mentalisering, det vil si evnen til bedre å se seg selv utenfra og andre mennesker innenfra, og slik forstå atferd som meningsfulle uttrykk for indre tilstander som tanker, følelser og intensjoner. Gjennom å utvikle evnen til mentalisering, vil man således utvikle evnen til å regulere affekt, styrke identiteten og bedre relasjoner. I timene har vi også et fokus på det som skjer i relasjonen mellom ungdommen og terapeuten, slik at disse temaene gjøres levende her og nå. Ved å veksle mellom et fokus på det ungdommen opplever i livet der ute i verden, og på det som skjer i timene sammen med terapeuten, kan vi også regulere den emosjonelle «temperaturen» i terapien for å legge til rette for at endring skal kunne skje.

I behandlingen er som regel fokus på at man først forsøker å forstå, før man forsøker å endre eller handle. Når det gjelder eksempelvis selvskading som har blitt et utbredt og alvorlig fenomen i dag, viser moderne studier at selvskade nettopp har en mening og sammenheng som kan være forskjellig fra ungdom til ungdom (Stänicke, 2019). Terapien inviterer i tråd med disse studiene, til å utforske følelser, tanker og temaer bak symptomet, slik at fokus ikke bare blir på å slutte med selvskadingen. Forskningen viser at det for mange ungdommer kan være viktig å ha muligheten til å skade seg når mye annet er vanskelig i livet, at det er en måte å holde ut på og at andre ting må bli bedre før man er villig til å gi opp selvskadingen (Stänicke, 2019). Gjennom terapien er det et mål at ungdommen etter hvert, gjennom å kunne uttrykke behov, følelser

og opplevelser tydeligere til andre og ikke alene, vil trangen til utagering som selvskading, overspising, sulting eller følelsesmessige eksplosjoner ofte minske. Følelser i livets motbakker og kriser vil ofte kunne uttrykkes i et annet språk enn tidligere.

#### 4. Prinsipper for mentaliseringsbasert terapi

MBT oppleves av gruppen som en heterogen og åpen behandlingsmetode, uten strenge idealer og krav til hva som er definitiv og «riktig» terapi. I stedet er man opptatt av terapeutenes grunnholdning som sentral i behandlingen. Behandlingen er basert på intervensjoner som er spesifikke for MBT, i tillegg til deler regnet som virksomme fellesfaktorer i all god psykoterapi. Man deler terapeutintervensjonene inn i 17 hovedledd, der hensikten er å fremme pasientens nysgjerrighet og mentaliseringsevne (Karterud, 2011a):

1. Engasjement, interesse og varme,
2. Utforskning, nysgjerrighet og ikke-vitende holdning,
3. Utfordring av uberettigede oppfatninger,
4. Tilpasning til mentaliseringsnivå,
5. Regulering av spenningsnivå,
6. Stimulering av mentalisering gjennom prosessen,
7. Påskjønnning av god mentalisering,
8. Håndtering av pretend modus/forestillingsmodus,
9. Håndtering av psykisk ekvivalensmodus,
10. Fokus på følelser,
11. Fokus på følelser og interpersonlige hendelser,
12. Bruk av "stopp og spol tilbake",
13. Bekreftelse av følelsesmessige reaksjoner,
14. Fokus på forholdet til terapeuten,
15. Bruk av motoverføring,
16. Sjekke egen forståelse og korrigere misforståelser,
17. Integring av erfaringer fra samtidig gruppeterapi.

I teamet og i MBT-utdannelsen, har vi forsøkt å trene på å observere oss selv i video-opptak av terapitimer, og legge merke til i hvilken grad vi bruker disse intervensjonene, for å utvikle oss som

terapeuter, selv om hovedfokus og overskriften er å forstå terapeuten og samspillet mellom pasient og terapeut.

## 5. Psykoedukativ gruppe

Parallelt med individualterapi og familiesamtaler, blir ungdommene tilbudt et «Kurs i mentalisering». Kurset foregår som en psykoedukativ gruppe over seks ganger à 75 minutter. I neste kursrunde vil vi også legge til en gang for foreldre. Vi har laget et kursopplegg inspirert av gruppeopplegget for voksne (Karterud, 2011b), og av arbeidet som har blitt gjort ved Ålesund BUP ved Knut-Asbjørn Ulstein og Margrethe Botn. Materialet er forenklet og tilpasset ungdommer. Vi er alltid to gruppeledere. Samlingene har et tema for hver gang; hva er mentalisering, misforståelser, følelser, mentalisering av følelser, tilknytning og mentalisering, og en siste oppsummerende samling.

Hensikten med gruppene er å forsøke å skape nysgjerrighet på andres og eget sinn, i en gruppesammenheng. Et annet mål er at man skal kunne nyttiggjøre seg terapien bedre. En klinisk erfaring er at noen ungdommer får en slags synergieffekt mellom gruppa og individualterapien. Det er som at gruppa åpner opp et rom for å tenke og forstå seg selv og andre på en ny måte, så fastlåste mønstre kan endres og jobbes med i individualterapien. I gruppa forsøker vi ikke å være for «forelesende», ungdommene kommer gjerne rett fra skolen til gruppa og trenger en annen form for å engasjere seg. Vi bruker for eksempel videoklipp, blant annet fra TV-serien «Skam» og fra YouTube, som kan fungere som et ufarlig mellomområde for å tenke om vanskelige temaer på en ufarlig måte. Ungdommene blir bedt om å komme med eksempler fra sitt eget liv, men de kan selv velge hvor mye de vil dele med resten av gruppa.

Det kan være en utfordring å regulere følelsene i en slik gruppe, og vi har opplevd både at gruppa kan bli veldig stille, og også at gruppa har blitt kaotisk når ungdommene skal «føle hverandre på tenene», og gruppedynamikken kommer i gang. På sitt beste har gruppa skapt engasjerte diskusjoner, og ungdommene har gitt uttrykk for at de gjerne skulle ha fortsatt ut over de seks gangene. Hovedmålet med gruppa er å øke utbyttet av individu-

alterapien, men vi tenker at gruppeformatet i seg selv også kan være nyttig, ikke bare for ungdom med emosjonell ustabilitet, men også for ungdommer med andre typer vansker (Bo et al., 2017).

## Sterke følelser

Ungdommer generelt, og særlig ungdommer med traumer og begynnende personlighetsproblemer, opplever og viser sterke følelser i samspill med andre. På grunn av hjernens utvikling reagerer ungdommen mer emosjonelt enn den voksne, ungdommen «tenker med amygdala» (Siegel, 2015). Samtidig finner man at ungdom med traumer, relasjonsbrudd og sårbarhet for personlighetsproblemer, strever ekstra med følelser og føler ekstra sterkt. I klinikken får dette forskjellige uttrykk. Følelser som oppstår overfor terapeuten, har i psykodynamisk psykoterapi blitt kalt overføring. Følelser som oppstår i terapeuten som en respons på pasientens overføring, kalles defineres som motoverføring (Cappelen, 2012). Det er vår kliniske erfaring at ungdommer som strever med emosjonell ustabilitet kan vekke sterke følelser i terapeuten, motoverføring, og at dette kan gjøre det vanskelig også for terapeuten å mentalisere hva som skjer i behandlingen.

Eksempel:

En ungdom som har opplevd omsorgssvikt og et dramatisk brudd med sin far kan beskrive hvor ynkelig og patetisk han synes nye elever på skolen er. Han utdyper hvor hjelpeløs den nye eleven går rundt i skolegården og forsøker å komme innenfor hos noen. Han ler triumferende samtidig som han forteller om dette. Terapeuten kan kjenne på forferdelse og frustrasjon over den kalde og lite empatiske beskrivelsen, særlig fordi det er akkurat slik han tidligere har beskrevet seg selv da han ble sviktet av faren. Dette får terapeuten til å komme med en noe uempatisk og irritert kommentar, som gjør at ungdommen blir stille og forsiktig resten av timen.

En annen ungdom gjør et selvmordsforsøk etter en time med terapeuten etter at temaet «hvem bryr seg om pasienten, egentlig»

dukker opp. Selvmordsforsøket får terapeuten til å kjenne en sterk skyldfølelse. Hun kan kjenne at hun burde ha møtt pasienten på en annen måte. Hvorfor spurte hun ikke mer om hvordan hun egentlig hadde det, hvorfor forsto hun ikke, hvorfor gjorde hun ikke mer. Det skal vise seg etter at pasienten møter terapeuten igjen, at ungdommen har en forestilling om at ingen faktisk bryr seg eller vil bry seg, om hun ikke sørger for at de hører og ser henne, sånn som da hun prøvde å ta livet sitt.

### Avgjørende støtte i teamet

Det er teamets erfaring at støtten man får av kollegaene i terapeutgruppa er svært viktig for å klare å opprettholde egen mentalisering av prosessen, som motoverføringsfølelser overfor ungdommene. Det er som at gruppa kan fungere som en container som støtter terapeut-containeren (Bion, 1985) for støtte rundt vanskelige følelser som bygger seg opp i terapeuten og som påvirker evnen til å tenke og se klart. For å fungere som en arbeidsgruppe der vi støtter hverandre best mulig, uten å kritisere den andres arbeid, bli bedre vitende, eller reagere på andre ikke-støttende måter, jobber vi etter tankevevsmodellen til Norman og Salomonsson (2005), som nettopp tar opp viktigheten av å fungere som en «tenkende gruppe» som arbeider mot et felles mål, nemlig forståelse av prosessen i terapien. Vår erfaring er at vi både blir mer effektive terapeuter i møte med ungdommen, behandlingen blir mer fokusert og vi kommer oss raskere ut av negative spiraler som ofte kan oppstå i terapier med mye følelser og forvirring, gjennom å få kollegaveiledning.

### Inn i en relasjon

Mentaliseringsbasert terapi går også ut på å at pasienten skal utvikle seg i å gi mer mening til egne følelser, tanker og reaksjoner i relasjon til andre. Denne kapasiteten til å mentalisere er vist å bedre affektregulering, dempe symptomer og styrke opplevelsen av identitet og tilhørighet (Rossouw & Fonagy, 2012). Man fant også i Rossouw sin studie at ungdom som hadde fått MBT-A fikk bedre evne

til å dele følelser med andre og ikke unngå deling relasjonelt, eller *attachment avoidance*, som man kalte det. Det har vært gjennomgående i vårt møte med ungdommer som strever med selvskading, utagering og emosjonell dysregulering at de ofte har forsøkt å takle sine følelser på egen hånd og ikke sammen med andre. Et viktig fokus for individualtimene er derfor å invitere til at ungdommen deler sine erfaringer og opplevelser mer, noe som tar tid og er en vanskelig prosess når ungdommene som kommer ofte strever med tillit til omgivelsene. Parallelt i familierapien ønsker man også å bidra til å snu mønstre av tilbaketrekning og lite deling. Man forsøker også aktivt å arbeide med misforståelser og å øke foreldrenes kapasitet til å reflektere over ungdommens opplevelser, følelser og samspillet dem i mellom. Mange foreldre kan være fortvilet og lei seg over at ungdommer ikke vil eller tør dele hvordan de har det inne i seg, men heller tyr til selvskade eller andre måter å selv-regulere (Stänicke, Haavind & Gullestad, 2018). Terapeutene opplever at det kan være både sterkt og rørende å kunne bidra til at foreldre klarer å ta i mot ungdommens opplevelse i større grad, og at ungdommen også begynner å dele sine vanskelige følelser med foreldrene.

I noen tilfeller erfarer man at ungdommer etter hvert utvikler en evne til å forstå mer av seg selv og begynner å dele mer av sin indre verden, men der de voksne rundt ungdommen ikke følger denne utviklingen. Som terapeut kan det være vondt å erfare hvordan ungdommen utvikler seg videre og lengre, både når det gjelder tillit og mentalisering, enn sine foreldre.

### Behandlingsoptimisme i vår opplevelse av behandlingen

Det er noen fokusområder i MBT som oppleves særlig nyttige fra vår side. I og med at mange ungdommer med begynnende personlighetsproblemer kan ha et skiftende tilstandsbilde, hjelper behandlingsmodellen oss med å holde fokus på det mest sentrale; regulering av følelser, identitet og tilkynningsrelasjoner. Alle disse tre områdene fanges inn av mentaliserings-fokuset, der mentalisering er evnen til å forstå og tenke rundt selv-andre, følelser-tanker, indre-ytre og implisitt og eksplisitt mentalisering (Bateman & Fonagy, 2019). Vi

har erfart at vi som terapeuter kjenner oss tryggere og mer tilgjengelig for ungdommen i møtet med ungdommer med stor lidelse. Det er sterkt motiverende å kunne føle en slik behandlingsoptimisme i en klinisk hverdag der *hjelp til å tenke* kan kjennes som en mangelvare. Vi vil understreke at alle fire deler av behandlingsmodellen; individualterapi, kasusformulering, familierapi og psykoedukativ gruppe er viktige byggestener i tilbudet, men det er særlig rammene for kollegastøtte og drøfting av terapimateriale som oppleves avgjørende for vår egen evne til å opprettholde god mentalisering selv i møtet med ungdommenes sterke følelser.

## Referanser

- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (Eds.). (2019). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. American Psychiatric Pub.
- Bion, W.R. (1985). Container and contained. *Group relations reader*, 2(8), 127-133.
- Bo, S., Sharp, C., Fonagy, P., & Kongerslev, M. (2017). Hypermentalizing, attachment, and epistemic trust in adolescent BPD: Clinical illustrations. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(2), 172.
- Bo, S., Sharp, C., Beck, E., Pedersen, J., Gondan, M., & Simonsen, E. (2017). First empirical evaluation of outcomes for mentalization-based group therapy for adolescents with BPD. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 396.
- Børretzen, S., & Korsgaard H.O. (2017). Behandling av emosjonelt ustabil personlighetsproblematikk hos ungdom. *Psykologisk tidsskrift. NTNU*. 21. årgang. Nr.3.
- Cappelen, F. (2012). Symboliseringsprosessen i et objektrelasjonsteoretisk perspektiv – illustrert gjennom psykodynamisk psykoterapi med et barn. *Mellanrummet.net*.
- Chanen, A.M. (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet?. *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778-791.
- Chang, B., Sharp, C., & Ha, C. (2011). The criterion validity of the Borderline Personality Features Scale for Children in an adolescent inpatient setting. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 492-503.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372.
- Karterud, S. (2011a). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala: versjon individualterapi*. Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. (2011b). *Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi (MBT-I)*. Gyldendal akademisk.
- Korsgaard, H.O. (2017). *Personality Disorders in Adolescent Outpatients: a Cross-sectional Study of Prevalence, Comorbidity and Quality of Life*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo.
- Korsgaard, H.O., Torgersen, S., Wentzel-Larsen, T., & Ulberg, R. (2015). The relationship between personality disorders and quality of life in adolescent outpatients. *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*, 3(3), 180-189.
- Mehlum, L., Tørmoen, A.J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L.M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082-1091.
- Norman, J., & Salomonsson, B. (2005). 'Weaving thoughts' A method for presenting and commenting psychoanalytic case material in a peer group. *The International Journal of Psychoanalysis*, 86(5), 1281-1298.
- Rossouw, T.I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.
- Safran, J.D., Crocker, P., McMains, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-165.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence – recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266-1288.
- Siegel, D.J. (2015). *Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain*. Penguin.
- Skårderud, F. (2011). Two minds in the text: A commentary to Sebastian Simonsen, Nana Lund Nørgaard, Kirsten Aaskov Larsen and



- Kraka Ingeborg Bjørnholm: Mentalization inspired case formulation: Minding the difficult patient. *Personality and Mental Health*, 5(1), 80-84.
- Stänicke, L.I., Haavind, H., & Gullestad, S.E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*, 1-19.
- Stänicke, L.I. (2019). Hva sier ungdommen selv om hvorfor de skader seg? *Tidsskriftet-Den Norske Legeforening. Utgave 7*, 9. april 2019.
- White, M., White, M.K., Wijaya, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. WW Norton & Company.
- Winnicott, D.W. (1982). *Playing & reality*. London. Routledge.
- Wrangsjö, B., & Winberg-Salomonsson, M. (2006). *Tonår [Teenage]*. Stockholm. Natur & Kultur.
- Zanarini, M. C. (2003). *Childhood Interview for DSM-IV borderline personality disorder (CI-BPD)*. Belmont, MA: McLean Hospital.

**Fredrik Cappelen** er psykologspesialist i barne og ungdomspsykologi, barne og ungdoms psykoterapeut og psykoanalytiker. Han jobber i dag ved Nic Waals Institutt i hovedsak med ungdommer med begynnende personlighetst problemer og/eller spiseforstyrrelser. Veileder også psykoterapi ved universitetet i Oslo.

**Cilje Sunde Rolfsjord** er psykologspesialist ved Lovisenberg Diakonale Sykehus, Nic Waals Institutt.

Kontakt: [cappelen@gmail.com](mailto:cappelen@gmail.com)