

# Hypermentalisering: Når frykten tar overhånd

*En kvalitativ studie av fenomenet  
hypermentalisering*

Ann-Helen Ervik Hanken



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2013



# **Hypermentalisering: Når frykten tar overhånd**

© Ann-Helen Ervik Hanken

2013

Hypermentaliserings: Når frykten tar overhånd

Ann-Helen Ervik Hanken

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

**Forfatter:** Ann-Helen Ervik Hanken

**Tittel:** Hypermentalisering: Når frykten tar overhånd. En kvalitativ studie av fenomenet hypermentalisering.

**Veileder:** Kirsten Benum (intern veileder) og Bente Sommerfeldt (ekstern veileder).

Denne oppgaven tar for seg fenomenet hypermentalisering. Forskningsspørsmålene oppgaven stiller seg, har vært hvordan en kan forstå dette begrepet, hvordan det arter seg og hvilke implikasjoner det kan ha for psykoterapi. Begrepet stammer fra mentaliseringstradisjonen. Mentaliseringsbasert terapi og tilhørende teori har de siste to tiår hatt en veldig fremvekst. I dag er mentaliseringstradisjonen blant de mest omfattende tilnærminger innenfor psykologien, i den forstand at den foregir å forklare både normalutvikling, samt utvikling av psykiske lidelser og behandling av disse.

Forskningsspørsmålene er besvart ved en teoretisk gjennomgang av litteratur som beskriver hypermentalisering, samt kvalitative intervjuer med en klient og hennes terapeut fra prosjektet *Minding the Body*. Utvalgsriteriet for den aktuelle klienten var hennes skåre på testen *Reading the Mind in the Eyes*, som er blitt brukt som mål på sosial kognisjon og mentalisering. Klienten skårer betydelig høyere enn forventet både innad i pasientgruppen med spiseforstyrrelser og tidligere utregnet gjennomsnitt for friske kontroller. Forklarende hypotese er at dette kan forstås som en indikasjon på hypermentalisering.

Hypermentalisering kan forstås som et prosessuelt begrep, og ser ut til å gjenspeile en kompleks mentaliseringsprosess. Resultater fra analysen av intervjuene viser at en overspent relasjonell sensitivitet og feiltolkning av intensjon er tegn på hypermentalisering. For den aktuelle klienten ser hypermentaliseringen ut til å bli trigget av sinte blikk, som tegn på fare, og en frykt for avvisning. Resultatene viste også at relasjonstraumer ser ut til å spille en sentral rolle i utviklingen av hypermentalisering. Imidlertid viser analysen også at det har skjedd betydelige endringer i løpet av terapien. Etablering av trygghet ser ut til å ha dempet hypermentaliseringen betraktelig, særlig gjelder dette feiltolkning av intensjoner. Resultater fra egen analyse og funn fra litteraturgjennomgang blir satt opp mot hverandre i en oppsummerende diskusjon.



# Forord

Jeg har vært gjennom en krevende og lærerik prosess i arbeidet med denne oppgaven. Arbeidet har gitt meg kunnskap langt utover et enkelt fenomen og en tilhørende teori.

Det er mange som skal takkes.

Takk til min veileder Kirsten Benum som har vært en trygg base i min faglige utforskning, og har bidratt med god hjelp, inspirasjon og støtte gjennom skriveprosessen. En stor takk også til ekstern veileder Bente Sommerfeldt for tett kontakt underveis, inspirerende samtaler og god veiledning. Takk til prosjektleder Finn Skårderud som har introdusert meg for og latt meg ta del i *Minding the Body* prosjektet, samt kommet med nyttige innspill. Og takk til min alltid støttende kjæreste Martin, som har rommet både frustrasjon og glede sammen med meg gjennom denne prosessen.

Aller størst takk vil jeg gi til de to som har delt sine tanker, refleksjoner og opplevelser med meg slik at jeg har fått muligheten til å lære. Det lille kikkhullet jeg har fått inn i deres terapirelasjon har virkelig beveget meg. Av alle gode beskrivelser og skildringer, er dette sitatet fra klienten blitt en favoritt som jeg kommer til å ta med meg videre i mitt fremtidige arbeid som psykolog.

*Å være menneske, og det å være menneske i terapi, innebærer å tåle og stå i følelser.*

*Og tørre å dele dem, tørre å erkjenne, tørre å bære og bearbeide*

*– og ikke minst godta at de er der. Sammen med andre.*





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
2	Mentalisering.....	3
2.1	Ulike dimensjoner av mentalisering.....	4
2.1.1	Implisitt vs. eksplisitt mentalisering.....	5
2.1.2	Indre fokus vs. ytre fokus i mentaliseringen .....	6
2.1.3	Mentalisering orientert mot seg selv vs. andre.....	6
2.1.4	Kognitiv vs. affektiv mentaliseringsprosessering .....	7
2.2	Utvikling av mentaliseringsevnen .....	7
2.3	Mentaliseringssvikt.....	8
2.3.1	Psykisk ekvivalens .....	9
2.3.2	Forestillingsmodus (pretend mode).....	10
2.3.3	Teleologisk tenkning .....	10
2.4	Overlappende begreper og kritikk av mentaliseringsbegrepet .....	11
3	Hypermentalisering .....	13
3.1	De ulike definisjonene – hva er det som sies om hypermentalisering.....	13
3.1.1	Pseudomentalisering og det ‘ekstreme forestillingsmodus’ .....	13
3.1.2	Overspent sensitivitet for andres sinn .....	15
3.1.3	Overfortolkende prosessering av andres sinnstilstand .....	16
3.1.4	Over-mentalisering .....	19
3.1.5	‘The Extreme Female Brain’ .....	19
3.1.6	Forstår andre, men ikke seg selv .....	20
3.2	Hvem hypermentaliserer?.....	22
3.3	Hvordan måle hypermentalisering?.....	23
3.3.1	Movie Assessment of Social Cognition (MASC) .....	23
3.3.2	Reading the Mind in the Eyes (RMET) .....	24
3.4	RMET som indikasjon på hypermentalisering .....	25
3.5	En kort oppsummering .....	27
4	Metode.....	28
4.1	En kvalitativ tilnærming .....	28
4.1.1	Fenomenologisk utforskning.....	28
4.1.2	Teoretisk utforskning .....	29

4.1.3	Prosess utforskning .....	30
4.2	En del av Minding the Body prosjektet .....	30
4.3	Deltagere.....	31
4.3.1	Rekruttering.....	31
4.3.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier .....	32
4.4	Utvalg: N=1 .....	32
4.5	Generalisering, pålitelighet, gyldighet og meningsfortolkning .....	33
4.6	Etiske betraktninger .....	34
4.7	Datainnsamling.....	34
4.7.1	Utforming av intervjumaler.....	34
4.7.2	Gjennomføring av intervju .....	35
4.7.3	Transkribering .....	36
5	Analysen.....	37
5.1	Avgrensning.....	37
5.2	Beskrivelse av trinn i analysen .....	37
6	Resultater.....	40
6.1	Klienten og terapeutens forståelse av Reading the Mind in the Eyes testen .....	40
6.2	Tegn på hypermentaliserings .....	42
6.2.1	Overspent relasjonell sensitivitet .....	43
6.2.2	Feiltolkning av intensjoner .....	44
6.3	Hva trigger hypermentaliserings? .....	46
6.3.1	Sinte blikk .....	47
6.3.2	Frykt for avvisning .....	47
6.4	Klientens tilpasning og overlevelse .....	48
6.4.1	Måter å dempe emosjonell smerte på.....	49
6.4.2	Unngåelse og oppdeling av verden .....	51
6.5	Endring og den terapeutiske prosessen.....	53
6.5.1	Skiller bedre mellom nåtid og fortid .....	53
6.5.2	Forstår og deler mer av sitt eget indre: Økt affekttoleranse .....	54
6.5.3	Etablert trygghet.....	55
7	Diskusjon.....	58
7.1	Så hva er egentlig hypermentaliserings?.....	58
7.1.1	En ressurs eller et problem? .....	60

7.2	En utvidet forståelse av hypermentalisering.....	60
7.2.1	Traumer og utvikling av hypermentalisering .....	61
7.2.2	Et komplekst begrep og en kompleks prosess.....	62
7.2.3	Mitt bidrag: En ytterligere tydeliggjøring av begrepet.....	63
7.3	Hypermentalisering: Et nyttig begrep i klinisk praksis .....	66
7.4	Begrensninger og videre forskning.....	67
8	Avslutning .....	68
	Litteraturliste .....	69
	Vedlegg 1 – Kvittering REK.....	79
	Figur 1. Sharps modell av hypermentalisering.....	18
	Figur 2. Eksempel på fotografi som vises i <i>Reading the Mind in the Eyes</i> testen.. ..	25
	Figur 3. Hypotetisk fremstilling av prosesser i hypermentalisering .....	65



# 1 Innledning

*At man, naar det i Sandhed skal lykkes En at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest maa passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. Enhver, der ikke kan det, han er selv i en Indbildning, naar han mener at kunne hjælpe en Anden. For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gjør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke.*

Søren Kierkegaard (1813–55)

Mentalisering er blitt et velkjent begrep innen psykologien de siste to tiår. Stadig flere anvender mentaliseringsteori for å forsøke å forstå og skape mening til hvordan psykiske lidelser fungerer og opprettholdes. For mange av de som er rammet av psykisk lidelse kan symptomer og ikke minst kjernen i en selv virke både uforståelig og uhåndterlig. Det er derfor en krevende oppgave Søren Kirkegaard gir oss som hjelpere i sitt berømte sitat om hjelpekunsten. For hva så når den en skal hjelpe ikke opplever å kjenne seg selv? Jeg vil komme med den dristige påstand at den mentaliseringsbaserte behandling ikke først og fremst forsøker å føre et menneske hen til et bestemt sted, men å hjelpe dette mennesket til å forstå noe mer om seg selv, tåle seg selv og tåle å være i verden. Et gammelt visdomsord er at man lærer av sine feil. Forut for at læring skal inntreffe, må man først forstå. Det er derfor utvilsomt nyttig å gå utover hvordan mentalisering fungerer i seg selv, og se til hva det er som skjer når den ikke fungerer optimalt. En form for mentalisering som til nå har vært lite og varierende omtalt, er hypermentalisering. Jeg forsøker i denne oppgaven å skape mening ut ifra det som til nå er blitt sagt i litteraturen om fenomenet hypermentalisering.

Finn Skårderud og kollegaer (Skårderud, Sommerfeldt & Fonagy, 2012) introduserer hypermentalisering som et nyttig begrep i forståelsen av hvordan mentaliseringen kan svikte hos de med spiseforstyrrelser. Skårderud leder prosjektet *Minding the Body*, som er en del av forskningen tilhørende Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP). Jeg har hatt den glede å intervju og lære fra en av deltagerne i dette prosjektet, og hennes terapeut. Ut fra disse samtalene har jeg forsøkt å forstå noe mer om hypermentalisering.

Tema for denne oppgaven er hypermentalisering. Begrepets egentlige mening er kompleks, og vil bli drøftet gjennom oppgaven. For å introdusere begrepet, kan en likevel litt enkelt si at hypermentalisering er når det årvåkne blikk overfortolker det som blir plukket opp. En er *hyper*-sensitiv og *over-mentaliserende*. Med utgangspunkt i en teoretisk gjennomgang og de samtaler jeg har hatt med klient og terapeut vil jeg diskutere hypermentalisering ut fra følgende forskningsspørsmål:

Hvordan kan vi forstå hypermentalisering?

Hvordan arter hypermentalisering seg?

Hvilke implikasjoner har hypermentalisering for psykoterapi?

Oppgaven er disponert ved at jeg først vil gjøre rede for moderbegrepet; mentalisering. Deretter vil jeg gi en teoretisk gjennomgang av hypermentalisering, og hvordan hypermentalisering er definert, omtalt og forsket på i litteraturen så langt. Videre vil jeg introdusere mitt prosjekt, nemlig intervjuene med klient og terapeut. Fremgangsmåte og analyse vil bli beskrevet før resultater avdekkes. Til sist settes den teoretiske forståelse opp mot empirisk materiale i diskusjonen.

Spiseforstyrrelser er ikke et eget tema i denne oppgaven. Mitt mål er å forstå noe mer om fenomenet hypermentalisering, ikke fenomenet relatert til en bestemt problematikk. Den aktuelle klienten har også selv spesifisert at spiseforstyrrelsen kun er en del av bildet, og heller ikke hovedfokuset i behandlingen. Det var derfor viktig for meg å sette til side fokus på spiseforstyrrelsen i oppgaven for heller å løfte frem en helhetlig forståelse av hennes tanker og refleksjoner i seg selv og henne som en mottager av psykoterapeutisk behandling, uavhengig av spesifikk problematikk eller utfordringer.

## 2 Mentalisering

Mentalisering er et mye omtalt og bredt begrep. Dets opphav kan dateres tilbake til det psykoanalytiske miljøet på 1960-tallet (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Lecours & Bouchard, 1997; Skårderud et al., 2012). Tar en enda noen skritt tilbake, er en ved Freuds begrep *Bindung*, som betyr bånd eller noe som binder (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Begrepet *Bindung* ble brukt for å beskrive bindingen mellom den freudianske driftsenergien *libido* til tanker og språk (Skårderud et al., 2012). Oppmerksomheten begrepet har mottatt de siste to tiårene stammer likevel først og fremst fra Fonagy sitt konsept om mentalisering (Choi-Kain & Gunderson, 2008), og den videre utviklingen av mentaliseringsbasert terapi i behandling av borderline personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2004a; Bateman & Fonagy, 2004b). Fonagy importerte ideen om mentalisering fra *Theory of Mind* litteraturen i utviklingspsykologi (Jurist, 2010). Bateman og Fonagy (2012a) plasserer tydelig begrepets sentrale betydning i psykologien allerede i forordene av sin nye bok *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*:

*..mentalizing lies at the very core of our humanity – it refers to our ability to attend to mental states in ourselves and in others as we attempt to understand our actions and those of others on the basis of intentional mental states. Without mentalizing, there can be no robust sense of self, no constructive social interaction, no mutuality in relationships, and no sense of personal security.*

Mentalisering kan forklares enkelt som evnen til å forstå seg selv utenfra og andre innenfra (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Flere vektlegger i forklaringen av begrepet at mentalisering er meningsskapende for det som skjer rundt og i oss. Hvor godt vi evner å skape mening er avhengig av flere faktorer, blant annet personlighet, relasjon og situasjon (Allen, 2006; Karterud, 2013). Mentalisering er ikke statisk hverken som form eller egenskap, det er en dynamisk kapasitet som kan påvirkes, særlig av stress og følelser, og ikke minst så kan kapasiteten utvikles (Allen, 2006; Karterud & Bateman, 2010). Dette er selve rasjonale for en mentaliseringsbasert tilnærming i psykoterapi. En kan tenke på mentalisering som et mentalt kompass som er nødvendig for å kunne orientere seg i ulike realiteter (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). For å trekke denne analogien videre kan en si at i hvilken grad en tar i bruk og hvor godt en bruker eget kompass avhenger av hvilket terreng en befinner seg i (kontekst, relasjon), samt vind og vær (emosjonell aktivering). Min forståelse av formålet

med mentaliseringsbasert terapi er å gjøre klienten til en god kartleser fremfor å veilede klienten frem mot et spesifikt bestemmelsesmål.

Borderline personlighetsforstyrrelse var den første pasientgruppen hvor mentaliseringsbasert terapi (MBT) ble benyttet (Bateman & Fonagy, 2004a; Bateman & Fonagy, 2004b). Etter hvert har tradisjonen sprengt sine rammer både når det gjelder målgrupper og terapeutiske formater. I *Handbook of mentalizing in mental health practice* (Bateman & Fonagy, 2012a) gis en god og oppdatert informasjon om slike tilpasninger. Det er gjort tilpasninger til blant annet antisosial personlighetsforstyrrelser, depresjon, spiseforstyrrelser, traume og rus. Mentalisering er et aktuelt begrep også utenfor manualiserte MBT-behandlinger. All god terapi vil øke mentaliseringsevnene, hevder Allen (2006), uavhengig av teoretisk tilnærming. Seligman (2007) påpeker at klientens mentaliseringsevne må være på et visst nivå for at han/hun skal kunne nyttiggjøre seg mer tradisjonelle psykoterapeutiske intervensjoner, som tolkninger. Er mentaliseringen svekket, enten generelt eller i øyeblikket, vil en ikke klare å ta imot terapeutens tolkning på en konstruktiv måte.

Mentaliseringstradisjonen rommer teorier både for normalutvikling, utvikling av psykiske lidelser og behandling. Bredden i begrepet ligger nok dels til grunn for den veldige oppmerksomheten mentalisering har mottatt de siste 15 årene. Mentaliseringstradisjonen integrerer ideer fra psykoanalyse, evolusjonspsykologi, utviklingspsykologi og kognitiv nevrovitenskap (Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy, 2006; Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Mentaliseringsbegrepet ligger altså i *skjærepunktet mellom flere fagområder, og kan virke integrerende og brobyggende mellom ulike fagområder* (Stänicke, 2012 s.19). Populariteten skyldes nok blant annet særlig linken som trekkes mellom mentaliseringsevne og psykiske lidelser (Gullestad & Wilberg, 2011).

Først vil jeg nå se nærmere på de ulike dimensjonene innad i mentaliseringsbegrepet, hvordan mentaliseringsevnen utvikles, hva som skjer når den ikke fungerer og til sist hvilken kritikk som er rettet mot mentaliseringsbegrepet. Etter et utvidet overblikk av mentaliseringsbegrepet, snevres fokus inn mot en bestemt form – nemlig hypermentalisering.

## **2.1 Ulike dimensjoner av mentalisering**

Det å mentalisere kan peke på nokså ulike prosesser. En kan forsøke å skape mening til noe spesifikt, som en bestemt følelse eller en kan forsøke å skape mening til noe bredere,



som å forstå et atferdsmønster. På samme måte kan en reflektere over det som har skjedd, det som skjer eller det som skal eller kan skje (Allen, Fonagy & Bateman, 2010).

Mentaliseringsbegrepet favner altså bredt, og det kan være vanskelig å danne seg et fullstendig overblikk. Flere har forsøkt å skape struktur i mentaliseringsbegrepet ved å dele det inn i ulike nivåer (Choi-Kain & Gunderson, 2008). Luyten, Fonagy og Mayes (2011) har kommet med det som er den mest omfattende organiseringen av begrepet til nå (referert i Fonagy, Bateman & Luyten, 2012). De foreslår en firedimensjonal inndeling av mentaliseringsbegrepet, som jeg vil presentere kort i det følgende. *Det dimensjonale systemet skaper et rikt og sammensatt grunnlag for begrepsdannelse og vurdering av mentalisering, samt for å forstå hvordan mentalisering ligner og er forskjellig fra en rekke andre begreper* (Skårderud & Sommerfeldt, 2013 s.64). Hver dimensjon består av to polariteter, eller ytterpunkter. Studier av hjerneavbildning har vist at de to ulike polaritetene innad i hver dimensjon ser ut til å bli styrt av ulike nevralt korrelater (Fonagy et al., 2012). De ulike dimensjonene er:

- Implisitt vs. eksplisitt
- Indre fokus vs. ytre fokus
- Orientert mot selvet vs. orientert mot andre
- Kognitiv prosess vs. affektiv prosess

### **2.1.1 Implisitt vs. eksplisitt mentalisering**

I mange situasjoner og relasjoner hvor vi er kjente og føler oss trygge, er det som om mentaliseringen går på autopilot. Den er implisitt (automatisk) og skjer raskt, ofte ubevisst og som en refleks. Det er ikke behov for utdypet refleksjon, tvert imot ville det kunne hemme vår interaksjon. Når en møter på problemer, utfordringer eller overraskelser vil ikke autopiloten være tilstrekkelig lengre. Det samme gjelder også dersom en er i en ukjent eller utrygg situasjon eller relasjon. Eksplisitt (kontrollert) mentalisering er en tregere prosess, ofte verbal og det krever refleksjon, oppmerksomhet og intensjon.

Hjerneavbildningsstudier har vist at dette er to ulike system (Keysers & Gazzola, 2007 referert i Fonagy et al., 2012). Implisitt mentalisering skjer i den fylogenetiske eldre delen av hjernen, som tar imot sensorisk informasjon, mens eksplisitt mentalisering involverer den fylogenetiske yngre delen av hjernen og involverer lingvistisk og symbolsk informasjon. God

mentaliseringssevne innebærer at en fleksibelt kan skifte mellom implisitt og eksplisitt mentalisering. Dersom stressnivået er lavt vil mange mestre eksplisitt mentalisering. Bli stressnivået høyt er det derimot det automatiske systemet som dominerer, og det blir vanskeligere å forstå eller reflektere omkring egne eller andres erfaringer. I terapi er dette et viktig tema fordi alle terapeutiske intervensjoner krever eksplisitt mentalisering.

### **2.1.2 Indre fokus vs. ytre fokus i mentaliseringen**

Den neste dimensjonen omhandler hvilket fokus som ligger til grunn for mentaliseringsprosessen. Dette skillet går på om en mentaliserer basert på andres eller eget *ytre* eller *indre*. Med indre menes det da tanker, følelser og opplevelser – mens ytre fokus refererer til fysiske og synlige trekk eller atferd. Ofte kombinerer vi både et indre og et ytre fokus for å danne en fullstendig forståelse. Vi snakker om at en kan «se det» på noen at de for eksempel er triste eller glade. Hvorfor de er triste eller glade synes ikke utenpå, da må vi reflektere over vedkommende sitt indre basert på hva vi forestiller oss, vet fra før eller får vite i samtale med vedkommende. Dette skille er særlig nyttig i evaluering av mentaliseringssevner. Det er blant annet vist at pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse har vansker med å forstå andres intensjoner (andres indre), men kan være hypersensitive for ansiktsuttrykk (andres ytre). Satpute og Lieberman (2006) mener at et indre fokus krever en kontrollert og reflekterende prosess, men at dette ikke kreves på samme måte i et ytre fokus (referert i Fonagy et al., 2012). Svikt i integrasjonen av ytre og indre tegn når det gjelder sosial kognisjon, kan peke på at det har vært manglende eller feilaktig læring av indre sinnstilstander i løpet av barnets utvikling.

### **2.1.3 Mentalisering orientert mot seg selv vs. andre**

Tredje dimensjon tar for seg hvem mentaliseringen er rettet mot, seg selv eller andre. Er det en selv, eller andre man søker å forstå. Noen «glemmer» seg selv fordi de er så opptatt av å forstå det som skjer i andre. Motsatt kan man være så opptatt av seg selv at en ikke enser hva som skjer i andre. Enkelte strever med å forstå både seg selv og andre. Det finnes altså tre former for svikt innenfor denne polariteten. En kan ha en svekket mentalisering både når det gjelder seg selv og andre, eller en kan være dårligere på å forstå enten seg selv eller andre. Det er ofte en tydelig sammenheng mellom forståelsen av seg selv og forståelsen av andre.

Disse to prosessene avhenger også av de samme nevralt substratene. God mentaliseringsevne i denne sammenheng betyr blant annet at en er i stand til å skille mellom eget og andres indre.

#### **2.1.4 Kognitiv vs. affektiv mentaliseringsprosessering**

Siste dimensjon tar for seg kognitiv og affektiv mentalisering. Fullstendig mentalisering innebærer en integrasjon av kognisjon og affekt, som for eksempel affektiv empati eller *mentalisert affektivitet*. Som betyr evnen til å reflektere over og regulere affektive tilstander (Fonagy et al., 2002; Jurist, 2010). Å reflektere over en følelse er å *mentaliser* affekten. Det er observert at i ulike former for psykiske lidelser kan en se en svikt, deaktivering eller dysfunksjon i en eller begge systemene (kognisjon og affekt). Dette kan lede til dissosiasjon mellom systemene og/eller vansker med å integrere kognitive og affektive aspekter av mentaliseringen. Vi kan alle en gang i blant oppleve å ikke helt vite hva vi føler om noe, eller ikke ha ord for det vi føler. Når dette er et gjennomgående mønster, kan det kalles en dysfunksjon. Dysfunksjon i affektiv prosessering kan vises på et eller flere områder i mentaliseringen. Noen har vansker med å navngi indre sinnstilstander, skille mellom de, og sist men ikke minst kan svikten vises i vansker med å uttrykke seg verbalt omkring eget indre.

For en mer fullstendig redegjørelse av denne struktureringen som er forklart gjennom punkt 2.1.1 til 2.1.4, se Fonagy og kollegaer (2012).

## **2.2 Utvikling av mentaliseringsevnen**

Utviklingen av mentaliseringsevnen skjer i de tidlige årene i livet og avhenger av kvaliteten på den emosjonelle interaksjonen mellom barn og omsorgsgiver (Fonagy et al., 1996; Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; Jurist, 2010). Som Jurist (2010) understreker er det ingen medfødt evne. Omsorgsgiver må være godhjertet, reflekterende og godt inntonet til barnets behov for å stimulere utviklingen av mentaliseringsevnen (Fonagy, 2006). Speilingen av barnets affekter, *mirroring*, må være markert slik at det blir tydelig at det er barnets og ikke tilknytningsfigurens affekt som uttrykkes (Fonagy et al., 2002). Tilknytningen er essensiell i sitt bidrag til mentaliseringsevnen. Fonagy (2001) postulerer at en god tilknytning ikke bare gir følelsen av trygghet, men at det også er den som fostrer utviklingen av barnets sinn og dette sinnets videre evne til å reflektere over det relasjonelle båndet mellom seg selv og omsorgsgiver (referert i Jurist, 2010). Tilknytningen er et affektivt bånd. Trygg tilknytning

stimulerer evnen til affektregulering ved at en beveger seg fra koregulering (med omsorgsgiver) til selvregulering. Altså er basen for utvikling av mentaliseringsevnen affektregulering, samtidig som en gjennom å mentalisere utvikler en mer differensiert form for affekt og selvregulering – nemlig *mentalisert affektivitet* (ibid). Med dette menes vår evne til å reflektere rundt egne affektive tilstander og regulere dem. Bruch (1973) så på mor-barn dyaden som et mulig opphav til spiseforstyrrelser dersom barnet ble feilaktig speilet. Blir barnet kun speilet på kroppslige og fysiske tegn som sult, trøtthet etc. så vil heller ikke barnet utvikle kapasiteten til å gjenkjenne og diskriminere mellom fysiske og mer komplekse psykologiske tilstander (referert i Pedersen, Lunn, Katznelson & Poulsen, 2012).

Traumatisering av tilknytningen vil kunne lede til en sviktende eller mangelfull utvikling av mentaliseringsevnen (Allen, 2013). Tilknytningsrelasjonen som normalt er et godt sted for utvikling av mentalisering, blir i slike tilfeller det motsatte. Tilknytningstraumer hyperaktiverer tilknytningssystemet fordi den som barnet søker til for trygghet er den samme som utløser frykten (Fonagy, 2006). En utrygg tilknytning preges også av at barnets evne til affektregulering blir redusert. *Traumatiske påkjenninger fra dem som står aller nærmest skaper ikke bare ulidelig smerte og ensomhet, men undergraver utviklingen av den mentale og relasjonelle kapasiteten personen trenger for å regulere stress og affekter* (Benum, 2006 s.25). Ofte er det slik at dette kan relateres tilbake til foreldrenes egne mentaliseringsevner. Omsorgsgivers sviktende mentaliseringsevne kan spilles ut gjennom en feilaktig speiling av barnets affekt, eller en ikke-speiling hvor det kun er forelderens affekt som uttrykkes direkte. Dette skaper både forvirring, og øker barnets stress (Allen et al., 2010). Det er et kjent faktum at relasjonstraumer er en betydningsfull risikofaktor for en rekke psykiske lidelser (Allen, 2001).

## 2.3 Mentaliseringssvikt

*Mentaliseringssvikt kjennetegnes ved et fall i evnen til å tenke nyansert og refleksivt om egen og andres mentale tilstander* (Karterud, 2013, s. 759). Karterud (2013) peker på at fokus i mentaliseringsbasert terapi er mentaliseringssvikt både i pasientens liv, men også i den terapeutiske samtalen. Mentaliseringssvikt blir ofte trigget av forhøyet emosjonell aktivering eller ved aktivering av tilknytningen (Fonagy et al., 2012). Mentaliseringen kan svikte for oss alle. Ingen kan påberope seg å være nyansert og reflektert til en hver tid i alle situasjoner og relasjoner. Det patologiske inntreffer likevel først når svikten blir et mønster. Det er ulikt

hvordan og hvorfor mentaliseringen svikter, likevel er mentaliseringssvikt et felles fenomen i nærmest alle psykiske lidelser (Karterud, 2013). Gode mentaliseringsevner gjør en i stand til å analysere bedre de misforståelsene man blir en del av. Derimot vil en svekket mentalisering gjøre at en raskere både misforstår andre, men også selv blir misforstått (Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

Den firedelte dimensjoneringen av mentaliseringsbegrepet som tidligere er beskrevet kan være nyttig for å evaluere mentaliseringssvikt. Polaritetene i hver dimensjon lager et system hvor en kan forstå svikt i den ene enden som forsøkt kompensert for gjennom en overdreven aktivitet i den andre enden. Eksempelvis vil en som har vansker med å forstå eget indre, kunne bli desto mer opptatt av å forstå andre. Det vil da kunne beskrives som en svikt i mentalisering orientert mot selvet, som blir forsøkt kompensert for ved et overaktivt fokus rettet mot andre. Svikt i mentaliseringen kan skje i øyeblikk, eller være mer eller mindre vedvarende og permanente på tvers av situasjoner og relasjoner. Når det er snakk om alvorlig og vedvarende mentaliseringssvikt, er det særlig tre former som ofte omtales som alle representerer pre-mentalisteriske modaliteter og er begreper som stammer fra utviklingspsykologien (Fonagy et al., 2002). Disse er psykisk ekvivalens, forestillingsmodus og teleologisk tenkning. Dette er altså stadier som kommer forut for utviklingen av en fullgod mentaliseringsevne. Dersom slike modus preger mentaliseringen i voksenalder, kan det være at utviklingen har «stoppet opp», eller at mentaliseringssvikten skyldes regressiv atferd. Siden denne oppgaven vil fokusere på en bestemt form for mentalisering, nemlig hypermentalisering, vil jeg kun kort forklare disse pre-mentalisteriske modalitetene.

### **2.3.1 Psykisk ekvivalens**

Termen stammer fra Freuds begrep om *psykisk virkelighet*, den subjektive opplevelsen som er påvirket av ubevisste prosesser. Psykisk virkelighet er noe annet enn den ytre virkeligheten. Våre indre liv er vår psykiske virkelighet, den fysiske verden hvor vi møter andre mennesker representerer den ytre verden. God mentaliseringsevne gjør at en er i stand til å skille mellom indre og ytre virkelighet. En kan da fantasere eller undre over noe, uten å bli overbevist om at det faktisk er slik. For noen hvor tankegangen er preget av psykisk ekvivalens, finnes ikke dette skillet og grensene mellom psykisk virkelighet og ytre virkelighet er visket ut. Altså vil indre og ytre realitet oppleves som lik (Fonagy et al., 2002). Dette kommer spesielt til syne ved gjenopplevelse av traumer. Tanken (psykisk virkelighet)

på de traumatiske minnene blir som om det skjer her og nå (ytre virkelighet) (Allen, Lemma & Fonagy, 2012). Psykisk ekvivalens er *for virkelig*. For spiseforstyrrelser er dette også et aktuelt fenomen hvor psykisk realitet er dårlig integrert, og kroppen tar derfor en sentral rolle i å føle seg selv. Eksempelvis blir kontroll over det som er på tallerken overført til betydningen å ha kontroll i livet (Skårderud et al., 2012). Hvis en tenker på overspising, oppleves det *som-om* en allerede har gjort det, og denne psykiske virkeligheten blir det en forholder seg til.

### **2.3.2 Forestillingsmodus (pretend mode)**

Forestillingsmodus, eller *pretend mode*, er som barns liksom-lek. Barn har ofte en god forestillingsevne. I lek kan en banan bli til en telefon eller et gulvteppet blir til en øde øy midt i det store hav. Ideelt vil et barn i utvikling omtrent ved 3-4års alderen integrere psykisk ekvivalens og forestillingsmodus, og utvikle *mentalisering* eller et *reflekterende modus* (Fonagy, 2006). Dette vises blant annet ved at de da er i stand til fleksibelt å trå inn og ut av leken, og vet hva som er virkelig og ikke. Dersom dette ikke skjer, og et slikt pre-mentaliserende modus preger psykisk funksjon i voksen alder kan dette innebære et virkelighetstap (Skårderud et al., 2012). I motsetning til psykisk ekvivalens hvor indre og ytre realitet er lik, preges forestillingsmoduset av at indre og ytre realitet er splittet (Fonagy et al., 2002). Indre og ytre verden er skilt, verden er *for uvirkelig* og alt er bare *på liksom*. Ytterpunktet til forestillingsmodus er beskrivende for dissosiative opplevelser, en er skilt fra den virkelige verden (Fonagy, 2006). Den virkelige verden kan være brutal, og for noen er det en nødvendig beskyttelse å spalte den ut. En slik dissosiasjon, eller frakobling, mellom indre sinnstilstand og den ytre virkeligheten kan være en stor utfordring i psykoterapi (Anstorp, 2006). Den terapeutiske dialogen som skjer i den ytre virkeligheten når ikke inn til pasientens indre sinnstilstand. Forestillingsmodus blir ofte satt i sammenheng med pseudomentalisering – det ser ut som mentalisering, men er det ikke. Som konsekvens blir terapien stillestående (Skårderud et al., 2012).

### **2.3.3 Teleologisk tenkning**

Et gjentagende sitat i forklaringen av teleologisk tenkning er *Jeg tror det ikke før jeg får se det* (Fonagy, 2006; Skårderud et al., 2012). Vi kan alle kjenne igjen at en tviler på at noe er sant før det blir bekreftet. I teleologisk tenkning er denne bekreftelsen forankret i den

fysiske verden, og det som skal bevises er emosjonelle realiteter. Et vanlig eksempel er klienten som ikke kan tro på at terapeuten bryr seg uten at dette vises gjennom konkret handling. Ofte kan dette «beviset» være at terapeuten gjør unntak fra gjeldende regler eller avtaler for klienten, som å gi ekstra terapitimer (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Teleologisk tenkning er formålsrettet. Problemet er at en handler uten psykologisk refleksjon (Stänicke, 2012). En handler uten å tenke. Dette pre-mentalistiche moduset er særlig gjeldende for spiseforstyrrelser. Som Skårderud og kollegaer (2012) illustrerer gjennom sitat fra pasienter, er det et aktivt ønske om endring, men *..sinnet skal endres ved at kroppen settes i arbeid* (ibid, s.25). Målrettede handlinger tas i bruk istedenfor eksplisitt mentalisering (f.eks. ved bruk av ord). Et annet eksempel er fra borderline problematikk, hvor det er et nokså vanlig fenomen at en for å vise sin emosjonelle smerte, må selvskade (Bateman & Fonagy, 2012a).

## **2.4 Overlappende begreper og kritikk av mentaliseringsbegrepet**

Mentalisering er et bredt begrep. Samtidig som dette har gitt begrepet mye oppmerksomhet, er det også bakgrunnen for mye av kritikken som rettes mot begrepet. Bredden i begrepet og dets tilhørende teori er som et tveegget sverd. På den ene siden er det et rammeverk som gjør seg nyttig både innenfor normalpsykologi og psykopatologi, på tvers av ulike psykiske lidelser og uavhengig av terapitilnærming. På den andre siden kan en undre seg om begrepet da mister noe av sin slagkraft i dette store vingespennet. Det finnes flere overlappende teoretiske konstrukter (Choi-Kain & Gunderson, 2008), og enkelte vil nok hevde at andre begreper er mer slagkraftige. Choi-Kain og Gunderson (2008) trekker i sin review-artikkel frem mindfulness, psykologisk mindedness, empati og affektbevissthet. Allen (2006) gjennomgår også flere overlappende konstrukt, han benevner da mindblindness, empati, emosjonell intelligens, psykologisk mindedness og innsikt, mindfulness, rasjonalitet og agens, og til sist fantasi. En fullstendig beskrivelse av alle begreper som mer eller mindre overlapper eller blir brukt synonymt med mentalisering vil ikke være relevant i denne oppgaven, da hovedfokus ikke er mentalisering generelt men spesifikt på hypermentalisering. Jeg vil likevel kort nevne *Theory of Mind*, som er et nært beslektet begrep til mentalisering. *Theory of Mind (ToM)* er et begrep som sjeldent oversettes og brukes ofte parallelt med både mentalisering og sosial kognisjon (Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste & Plumb, 2001).

*Theory of mind* oppsto som en forklaring på utviklingen av en teori om andre menneskers indre verden, og at denne er skilt fra ens eget indre (Rydén & Wallroth, 2008). Denne evnen utvikler barn vanligvis ved 3-5 års alderen (Fonagy et al., 2002; O'Brian, Slaughter & Peterson, 2011). En rekke verktøy og eksperimentelle tester er utviklet for å måle ToM. Som oftest kan resultatet fra disse også si noe om en persons mentaliseringsevner. Jurist (2010) påpeker likevel at *Theory of Mind* først og fremst er en kognitiv evne, og gjenspeiler derfor kun en del av mentaliseringsbegrepet. Tross i Jurist (2010) sin påpekning, har mentaliseringstradisjonen blitt kritisert for et tidvis manglende og for smalt affektfokus, hvor det ikke skilles mellom distinkte affekter (Solbakken, 2011). Solbakken (2011) trekker frem at det mer kognitive aspektet ved mentalisering «minding minds» har fått større oppmerksomhet enn det affektive aspektet, kjent som *mentalisert affekt* eller i lik sjargong «minding affects».

Et annet område hvor mentaliseringstradisjonen har noen svake sider, er når det gjelder måling av mentaliseringsevnen. I forskning har mentalisering blitt operasjonalisert til *reflekterende funksjon*, som måles ved å skåre resultater fra Adult Attachment Interview (Bateman & Fonagy, 2004b; Gullestad & Wilberg, 2011). Dette gir en enkel skåre, og begrenser derfor forståelsen av begrepets kompleksitet (Solbakken, 2011). Til tross for manglende enhetlig måling av begrepet i sin kompleksitet gjengir Luyten, Fonagy, Lowyck og Vermote (2012b) en lang liste av ulike tester som måler de forskjellige dimensjonene av mentaliseringsevnen. Det arbeides også med utvikling av nye metoder for å måle reflekterende funksjon. Blant annet har Fonagy og Ghilhai (upublisert) utviklet *Reflective Functioning Questionnaire* (RF-Q), som er et kortfattet selvutfyllingsskjema.

En kort oppsummering før vi går videre. Mentalisering i form av å forstå seg selv og andre, i likhet med blant annet begrepet *Theory of Mind*, er en sosial kompetanse som er sentral for menneskelig kommunikasjon og relasjoner (Allen & Fonagy, 2006). Flere studier har vist en svikt i sosial kognisjon hos pasientgruppen med spiseforstyrrelser (Davies, Schmidt, Stahl & Tchanturia, 2011; Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2010; Russell, Schmidt, Doherty, Young & Tchanturia, 2009; Zucker et al., 2007). En type relasjonell mentaliseringsprosessering som er lite omtalt er hypermentalisering. Jeg vil nå videre redegjøre for dette begreps beskrivelser og benevnelser.



## 3 Hypermentalisering

Hypermentalisering er et lite omtalt begrep innenfor mentaliseringstradisjonen. I de sammenhenger hvor det nevnes er det uten inngående forklaringer, og det er store sprang mellom de ulike kontekstene hvor det refereres til. Det er hittil et fenomen som er lite forsket på, og et litteratursøk på «hypermentalizing» eller «hypermentalization» gir kun 3 treff. Jeg vil i den videre tekst redegjøre for de definisjoner, omtalelser og forskning som er gjort knyttet til hypermentalisering. Dette vil bli inndelt i tre deler; hva som sies, hvem det sies om og hvordan dette fenomenet kan måles. Hovedvekten vil ligge på hva som sies. En drøfting av gyldigheten av både begrepet og begrepsforståelsen vil jeg vente med til diskusjonen, når funn fra egen forskning er presentert.

### 3.1 De ulike definisjonene – hva er det som sies om hypermentalisering

Ordet «hyper» kommer av det greske *huper* som betyr over eller forbi. Det refererer altså til noe som er over eller forbi det normale. Å være over eller forbi det normale er en relativ posisjon. Hvorvidt det representerer noe positivt, negativt eller nøytralt kommer an på kontekst og fortolkning. Så hvordan betraktes da hypermentalisering sett at dette er mentalisering som går over eller forbi det normale?

#### 3.1.1 Pseudomentalisering og det ‘ekstreme forestillingsmodus’

I *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* finner man i appendiksen en ordbok, hvor Bateman og Fonagy (2012a s. 513) definerer hypermentalisering som *Using thoughts, reflections and fantasies as a way of avoiding current reality. It is associated with hypervigilance, unquestioned assumptions and excessive inference.* Dette er en nokså global definisjon hvor det først og fremst vektlegges at det er en måte å rømme eller beskytte seg fra virkeligheten på. I de ulike kapitler i håndboken derimot er det ingen entydig definisjon. Hypermentalisering omtales som noe en kan gjøre innover mot seg selv (Bateman og Fonagy, 2012b; Fonagy et al., 2012). I introduksjonskapitlet skildres det hvordan en slik overopptatthet av egne indre sinnstilstander kan være vanskelig å skille fra genuin mentalisering og at de dette gjelder kan se ut til å ha en eksepsjonell selvreflekterende evne,

men mangler interesse eller kapasitet til å oppfatte andres sinnstilstand. Her forstås hypermentalisering altså som en form for pseudomentalisering, i motsetning til genuin mentalisering, samt at svikten viser seg i manglende interesse og forståelse for andre. Videre i samme kapittel understrekes det at hypermentalisering er en form for pseudomentalisering, men at hypermentalisering hovedsakelig dreier seg om å forstå andres indre, ikke eget. De som hypermentaliserer fungerer i det pre-mentalistske forestillingsmodus (*pretend mode*) preget av *representational thought but unconnected to reality, manifest as freewheeling fantasies about internal states rather than genuine mentalizing. At first, they may seem to have extraordinary mentalizing capacities but they cannot resonate with the feelings underlying their mentalizing efforts* (Fonagy et al., 2012, s.30). En introduserer her at hypermentaliseringen fungerer på et mer kognitivt plan hvor en ikke har koblet på underliggende affekt. I depresjonskapitlet settes hypermentalisering (definert som overdreven interesse for sinnstilstander i seg selv eller andre) opp mot *hypomentalisering* (manglende mentalisering, «det er som det er» og ingen alternativ vurderes). Dette beskrives som to sirkulerende faser som preger sosial kognisjon i deprimerte pasienter (Luyten, Fonagy, Lemma & Target, 2012a). Igjen blir hypermentalisering omtalt som synonymt med *extreme pretend mode*, det ekstreme forestillingsmodus (Luyten et al., 2012a). I motsetning til de øvrige benevnelser omtales hypermentalisering og pseudomentalisering som separate konstrukt i kapitlet som tar for seg behandling av spiseforstyrrelser. Det blir likevel poengtert at kombinasjonen av disse kan skape forvirring i den terapeutiske relasjonen (Skårderud & Fonagy, 2012).

Så langt har alle definisjoner vært relatert til voksne mennesker. I tillegg settes hypermentalisering også i sammenheng med desorganisert tilknytning (Luyten et al., 2012b). Asen og Fonagy (2012) introduserer i kapitlet om mentaliseringsbasert familierapi at hypermentalisering kan forekomme hos barn av foreldre med psykisk lidelse. *A child in such a family may respond to this from early on by 'hypermentalizing' – being a precocious mentalizer – as part of the development into a 'young carer'* (Asen & Fonagy, 2012, s.112). Motsatt har Fonagy og Luyten (2009) omtalt at foreldres mentalisering av barnet kan være enten mangelfull, eller overdreven og hypermentaliserende. De definerer hypermentalisering som *necessarily going beyond the data, often quite distorted and sometimes paranoid* (Fonagy & Luyten, 2009 s.1365).

Altså er en måte å forstå hypermentalisering på, at det er en form for pseudomentalisering. Pseudomentalisering nevnes ofte i sammenheng med *pretend mode* som er oversatt til forestillingsmodus på norsk. Pseudomentalisering innebærer blant annet å utrykke en absolutt sikkerhet, uten å anerkjenne den nødvendige usikkerheten som følger i å skulle fortolke hva som skjer i et annet sinn. Fortolkningene kan være både pågående, overaktive og feilaktige (Bateman & Fonagy, 2012a). Dette betyr at hypermentalisering vil være overbevisende antagelser om andres indre, uten at det er forankret i virkeligheten; i de mest ekstreme tilfeller nærmest paranoid. Det kan av andre oppfattes som genuine refleksjoner, men en kan skille de fra «ekte» eller god mentalisering ved at det ikke er påkoblet en underliggende affekt. Til tross for at det blir nevnt at en kan hypermentaliserer innover, altså være overopptatt av seg selv, ser det ut til at den mest gjennomgående forståelsen er at en hypermentaliserer er en overopptatthet av å forstå eller ilegge mening til andres indre. Denne overopptattheten kan stimuleres allerede fra barndommen av, særlig dersom en blir en ung omsorgsgiver for sine foreldre.

### **3.1.2 Overspent sensitivitet for andres sinn**

For utenom i håndboken defineres også hypermentalisering i en håndfull artikler. I sin artikkel *Den reflekterende kroppen: Mentalisering og spiseforstyrrelser* omtaler Skårderud og kollegaer (2012) hypermentalisering under fanen sosial kognisjon, og ikke som en ekstrem form for forestillingsmodus. Slik beskriver de fenomenet hypermentalisering (Skårderud et al., 2012 s. 26):

*Vi lager altså en utdyping av mentaliseringen av den andre, henholdsvis i ytre og indre, man identifiserer affekten, men overfortolker den. Vi benevner her en slik overspent sensitivitet for andres sinnstilstander som hypermentalisering. Og denne varianten av mentaliseringssvikt er et høyst relevant fenomen ved spiseforstyrrelser. Man projiserer sine egne selvnedvurderinger inn i de andre, og slik sett er man en aktør som bidrar til egne misforståelser.*

Forut for denne definisjonsbeskrivelsen har Skårderud og kollegaer (2012) presentert funn fra *Minding the Body* studien hvor en finner at personer med spiseforstyrrelser som pasientgruppe skårer nokså høyt på *Reading the Mind in the Eyes* testen (RMET), og enkelte skårer påfallende høyt. Testen vil bli utdypet i et senere avsnitt, samt hvorvidt RMET kan

være en indikasjon på hypermentalisering. *Minding the Body* prosjektet vil beskrives i metoddelen av oppgaven. Skårderud og kollegaer (2012) forstår altså hypermentalisering som en relasjonell mentaliseringssvikt som kommer av en overspent sensitivitet for andres sinnstilstander og ofte resulterer i misforståelser. Skårderud har her, i likhet med beskrivelse i kapittel om spiseforstyrrelser i håndboken, skilt pseudomentalisering og hypermentalisering. En korrekt identifisering av affekt tyder på at mentaliseringen ikke er pseudo, eller falsk. I følge Bente Sommerfeldt blir det derfor noe misvisende å snakke om pseudomentalisering i forbindelse med hypermentalisering (personlig kommunikasjon, 18. september 2013). Problemet oppstår først når intensjonen bak affekten skal tolkes. Det er nemlig i overfortolkningen at mentaliseringssvikten oppstår.

Til nå er det presentert to ulike forståelser av hypermentalisering. Felles for de begge er at det skjer i relasjon til andre og at den som hypermentaliserer er overfortolkende. Det som skiller de to forståelsene er at Skårderud og kollegaer (2012) legger til den overspente sensitiviteten. En er ikke bare overfortolkende, men også hypersensitiv overfor andres affektuttrykk. Det at en kan identifisere riktig affekt, til tross overfortolkning eller feiltolkning av intensjon eller intensitet, gjør at det ikke blir en tilstrekkelig forståelse å beskrive begrepet som pseudo – altså noe ikke-genuint.

### **3.1.3 Overfortolkende prosessering av andres sinnstilstand**

En av de få som har studert hypermentalisering som fenomen er Sharp og kollegaer (2011) og (2013). De har tatt i bruk testen *Movie Assessment of Social cognition* (MASC) hos ungdommer med borderlinetrekke. Også denne testen vil bli beskrevet i et senere avsnitt (3.3.1). I den første artikkelen som ble utgitt fant Sharp og kollegaer (2011) blant annet en relasjon mellom borderlinetrekke hos ungdom og hypermentalisering. De tolket da hypermentalisering ikke som manglende mentalisering, men som en alternativ strategi (Sharp et al., 2011). De definerte hypermentalisering som *excessive 'Theory of Mind'*, hvilket reflekterer en overfortolkende prosessering av andres sinnstilstand (Sharp et al., 2011). Goodman og Siever (2011) kommenterer Sharp og kollegaer (2011) sin studie i tidsskriftets lederartikkel og påpeker at denne overfortolkende prosesseringen av andres sinnstilstand ser ut til å være del av en implisitt og affektbasert mentaliseringsprosessering som er avhengig av nevralt baner i den fylogenetiske eldre hjernen. Dette er en del av hjernen som er kjent for å være involvert i frykt-flykt responser (LeDoux, 1998; referert i Liotti & Gilbert, 2011).

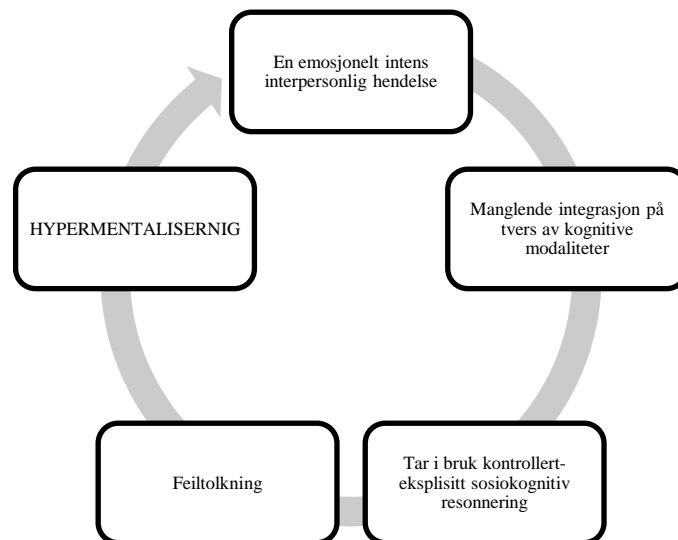
Sharp og kollegaer (2013) har videreført utforskningen av hypermentalisering i en oppfølgingsstudie som nylig ble publisert. De utvider da definisjonen av hypermentalisering til *a social-cognitive process that involves making assumptions about other people's mental states that go far beyond observable data that the average observer will struggle to see how they are justified. As such it involves over-attribution of mental states to others and their likely misinterpretations* (Sharp et al., 2013 s.4). Følgende eksempel blir brukt for å illustrere hypermentalisering (ibid, min oversettelse):

*Person A inviterer person B til middag, men B svarer forhastet at hun ikke er tilgjengelig fordi hun allerede har en avtale. A går da ut ifra at B ikke ønsker å bruke tid med henne på grunn av en hendelse flere år tilbake som involverte en mindre misforståelse. A genererer da et kompleks narrativ om B's overreaksjon på denne hendelsen og hennes tilsynelatende manglende evne til å tilgi.*

Dette blir forklart som hypermentalisering fordi A forklarer B's atferd basert på antagelser om B's sinnstilstander eller indre, men overattribuerer dette slik at hun fortolker B's sinnstilstander eller indre til å være noe som trolig ikke stemmer (Sharp et al., 2013). Igjen finner Sharp og kollegaer (2013) også i denne artikkelen en sammenheng mellom hypermentalisering og ungdommer med borderlinetrekk. Tendensen til å hypermentalisere lot seg påvirke av miljøterapi som del av behandling i døgnavdeling. I følge Sharp og kollegaer (2013) peker resultatene på at det å fokusere på implisitt mentalisering i seg selv og andre vil oppnå best resultater ved å ta i bruk en interpersonlig tilnærming til psykoterapi, som mentaliseringsbasert terapi.

Et punkt som er verdt å merke seg er at Sharp og kollegaer (2011) hevder at hypermentalisering er et konsept med en sterk tradisjon i psykoanalytisk litteratur, hvor det typisk blir omtalt som *excessive use of projection*. Denne sammenstillingen av hypermentalisering og *excessive use of projection* finner jeg ikke andre steder i litteraturen, ei heller i referansen som blir vist til, nemlig Bateman og Fonagy sin artikkel fra 2004. For å oppklare dette kontaktet jeg Carla Sharp per epost. Hennes forklaring var at en av redaktørene i tidsskriftet hvor artikkelen er utgitt ba om at dette skulle være en del av introduksjonen til begrepet hypermentalisering. Det er derfor noe forunderlig at projeksjon ikke er et eksplisitt tema i noen av Sharps artikler om hypermentalisering. Sharp var vennlig og sendte meg et kapittel hun nylig har forfattet om hypermentalisering. Kapitlet er en del av boken *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents*, som snart vil bli utgitt

(Sharp, i trykk). Heller ikke i dette bokkapitlet blir projeksjon nevnt. Tross dette, gir hun i kapitlet *The social-cognitive basis of BPD: A theory of hypermentalizing* en imponerende sammenfatting av de ulike studier som har undersøkt sosial kognisjon hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse eller borderline trekk. Hun illustrerer hvordan de ulike resultatene kan forstås i en sammenheng gjennom en sirkulær figur, som vist under.



**Figur 1.** Sharps modell av hypermentalisering (min oversettelse)

Denne tredje forståelsen av hypermentalisering legger også hovedvekt på en overfortolkning av andres indre, og at det ser ut til å skje nokså automatisk eller implisitt for den som hypermentaliserer. Det er en del av autopiloten til vedkommende å overfortolke og å ilegge intensjoner i andres sinn. Som Sharp og kollegaer (2011) beskriver det har man da en overaktiv teori om andres sinn. En kan tenke seg at dette lett skaper misforståelser. Ved å respondere på overfortolkningen, og ikke det som faktisk blir sagt eller gjort, vil responsen til den som hypermentaliserer kunne fremstå uforståelig for den andre part. Som forklart tidligere i oppgaven, er det vanskelig å holde på en eksplisitt mentalisering dersom en blir overaktivert. Jeg undrer meg derfor om det er noe i den sosiale settingen som trigger hypermentalisingen ved at personen blir overaktivert og går fra en mer reflektert eksplisitt mentalisering tilbake til en prosessering som går på autopilot. Siden andre ikke fortolker atferd på samme måte, må triggeren være noe som kun plukkes opp av den som hypermentaliserer.

### 3.1.4 Over-mentalisering

Sharp og kollegaer (2011) baserer til dels sin definisjon av hypermentalisering på Frith (2004) som bruker betegnelsen «overmentalisering». Frith (2004) kritiserer tidligere forskning på 'Theory of Mind' (ToM) og schizofreni. Han hevder at et problem med de som har undersøkt ToM i pasienter med schizofreni er at de ikke har skilt mellom dårlig prestasjon grunnet manglende *Theory of Mind* (fravær av mentalisering) og overmentalisering som Frith forbinder med paranoiditet. Som han påpeker kan det være at undermentalisering er et problem for schizofrenipasienter med hovedsakelig negative trekk, men at dette ikke er tilfelle for de med positive symptomer som paranoiditet. Slik Frith (2004) omtaler overmentalisering, eller hypermentalisering, er at noen som overmentaliserer vil predikere atferd basert på feilaktige antagelser. Den reneste formen for overmentalisering vil da være de paranoide pasientene som tillegger mening til atferd som resten av oss ville anse som mekanisk eller tilfeldig. Fyfe, Williams, Mason og Pickup (2008) støtter opp om Friths (2004) påstand om at positive symptomer innen schizofreni er assosiert med overmentalisering. Overmentalisering eller *Hyper-ToM* som de kaller det, blir i likhet med Friths (2004) omtale definert som *..inferring mental states when none are obviously suggested* (Fyfe et al., 2008, s. 1317).

Igjen er overfortolkningen et problem. Paranoide trekk er forbundet med mistenksomhet. Hvis vi setter sammen Frith (2004) og Skårderud og kollegaer (2012) sin forståelse av begrepet, kan en hypotese være at en mistenker at andre har de samme negative vurderingene som en har om seg selv og at dette nærmest skaper en paranoiditet hvor en leter etter bekræftelser på disse negative vurderingene. Let og du skal finne, heter det. Den som hypermentaliserer, leter etter andre forhold eller forklaringer enn den som ikke hypermentaliserer. Overfortolkningen som den hypermentaliserende finner vil derfor ikke virke forståelig for andre.

### 3.1.5 'The Extreme Female Brain'

En annen forklaring av begrepet hypermentalisering som skiller seg noe ut fra de som så langt er gjennomgått, er den til Bremser og Gallup (2012). De beskriver hypermentalisering som et mål på *The Extreme Female Brain*, og relaterer dette til spiseforstyrrelser og negativ evalueringsangst hos kvinner. Hypotesen om *The Extreme Female Brain* (EFB) er å forstå som en videreføring av Baron-Cohens teori om autisme som en manifestasjon av *The Extreme Male Brain* (Baron-Cohen, 2002). Bremser og Gallup

(2012) tenker at når spiseforstyrrelsen når kliniske nivå, vil effekten av hypermentaliserings manifestere seg som feiltolkninger av sinnstilstand. Det kan være at hypermentaliserings assosiert med *The Extreme Female Brain* er manifestert som feilaktige antagelser om andres sinnstilstand, inkludert paranoia eller mistenksomhet og i ytterste form en tro på telepati eller andre former for magi (Bremser & Gallup, 2012). De fant også i en av sine delstudier at schizotypiske trekk var assosiert med negativ evalueringsangst og forstyrret spising. Basert på disse funnene har de definert hypermentaliserings assosiert med EFB som *the tendency to over-attribute relevance to external events, specifically the thoughts or beliefs of another person* (Bremser & Gallup, 2012 s. 475). Det interessante er at Bremser og Gallup (2012) i sin studie forbinder lav skåre på *Reading the Mind in the Eyes* testen med hypermentaliserings. Altså blir selve affekten også feiltolket.

Tanken om paranoiditet blir videreført av Bremser og Gallup (2012). Også de har sett på hypermentaliserings hos de med spiseforstyrrelser, i likhet med Skårderud og kollegaer (2012). Likevel fortolker disse to studiene skåre på *Reading the Mind in the Eyes* testen i ulike retninger. Så langt har alle forklaringene av begrepet hypermentaliserings trukket frem overfortolkning eller feiltolkning som et essensielt trekk, og at dette gjelder tolkning av andres sinn. Hvorvidt en er veldig sensitiv for å plukke opp andres affekt, og derav overfortolker ofte, eller om dette er noe som bare forekommer når en forsøker å forstå andre, er det ulike meninger om. Det som blir introdusert av Bremser og Gallup (2012) er at en vektlegger ytre stimuli i fortolkningen. Som allerede nevnt i del 2.3 av oppgaven, kan en svikt i et ytterpunkt av en mentaliseringsdimensjon vises ved en overaktiv kompensering i det andre ytterpunktet. Dersom en strever med å forstå andres indre, kan en forsøke å kompensere for dette ved å være ekstremt oppmerksom på andres ytre – som andres uttrykk for affekt.

### **3.1.6 Forstår andre, men ikke seg selv**

I sin bok *Mentalisering: Att leka med verkligheten* definerer Rydén og Wallroth (2008) også hypermentaliserings på en noe annen måte enn hva de tidligere forfatterne har gjort. De beskriver at hypermentaliserings ofte handler om en opptatthet av å avlese hva som skjer i andres indre, samtidig med en påtagelig manglende evne til å mentalisere omkring sitt eget indre. Dette finner jeg samsvarende med Skårderud og kollegaer (2012) sin beskrivelse av begrepet. Der forståelsene skiller seg er at Rydén og Wallroth (2008) omtaler hypermentaliserings som en styrke i mentalisering overfor andre, og svikten manifesteres i



en manglende mentalisering innover i seg selv. Svikten i mentaliseringen vises da i polariteten *selv – andre*, hvor svikten forekommer i mentalisering orientert mot seg selv, med en kompensering i form av hypermentalisering orientert mot andre. I motsetning til både Skårderud og kollegaer (2012), og de andre som omtaler begrepet, blir det ikke omtalt en overfortolkning eller feiltolkning i forståelsen av andre.

Rydén og Wallroth (2008) beskriver en som hypermentaliserer som en god lytter, en som er oppmerksom, klok og innsiktsfull når det gjelder andre. Vedkommendes eget liv kan derimot være kaotisk, uordnet og fylt av forsakelse og selvhat, på en måte som kan overraske terapeuten. Følgende eksempel brukes for å illustrere hypermentalisering (Rydén & Wallroth, 2008 s. 131):

*På arbeidsplatsen arbetade en man i yngre medelåldern som alle gick till när de hade problem. Chefen pratade med honom om sin fru, den kvinnliga kollegan pratade om sin ångest, säljaren beklagade sig för honom när Hammarby förlorat. Sedan ett halvår gick denne man i terapi efter att ha drabbats av en ganska svår depression.*

*Terapeuten förvånade sig när mannen berättade om andra människor som fanns rundt omkring honom. När mannen berättade om deras levnadsförhållanden var hans berättelse full av liv, och det va verkligen påtagligt hur mycket han faktiskt kunde hjälpa dem. Varje gång de träffades frågade mannen hur terapeuten hade haft det på ett sätt som fick denne att berätta mer än han vanligtvis brukade. Men när det kom till at tala om egna känslor var det som att öppna ett svart hål av ovisshet och trevande, långsamma tystnader. Mannen kunde inte alls tänka om sina känslor och upplevelser på samma sätt som han talade om andra.*

Videre gjør Rydén og Wallroth (2008) en antagelse om at den hypermentaliserende strategien, en gang i tiden har vært viktig for å kunne avlese sinnsstemningen til en viktig annen som en er knyttet til, men hvor tilknytningen har vært utrygg og speilingsprosessen sparsom. Dette har da hemmet personens mulighet for å monitorere og bli kjent med egne affekter.

Det Rydén og Wallroth (2008) her introduserer, som bare indirekte har vært bemerket tidligere, er hvor denne hypermentaleringen kommer fra. I mentaliseringshåndboken er det nevnt at hypermentalisering er assosiert med en desorganisert tilknytning, og at barn av

foreldre med psykisk lidelse kan utvikle en hypermentaliserende stil. Det Skårderud og kollegaer (2012) samt Bremser og Gallup (2012) påpeker i forhold til en negativ selvvurdering er mer å forstå som en mekanisme i hypermentalisingen, ikke en opprinnelsesårsak. Disse negative selvnedvurderingene må komme fra et sted. Det er ikke utenkelig at en desorganisert tilknytning indirekte fremmer negative selvvurderinger ved at det ikke blir gitt plass til egne følelser og derfor ikke blir kjent med seg selv. Et ukjent og utydelig selv, vil trolig ikke skape grobunn for et godt selvbylde.

Så hva slags begrep er egentlig hypermentalising? Noe som blir tydelig i denne gjennomgangen av ulike beskrivelser er at det ikke er noen enstemmig definisjon av hypermentalising i litteraturen. Dette kan muligens fortolkes som et uttrykk for at mentaliseringstradisjonen er relativt «ung», og at en del begreper ikke er tilstrekkelig definert og empirisk validert. Det som det likevel ser ut til å være nokså bred enighet om er at hypermentalising innebærer en overfortolkning av andres sinn. Unntaket er Rydén og Wallroth (2008), som tvert imot beskriver en god, oppmerksom, klok og innsiktsfull lytter. Selv om noen unnlater å beskrive hvordan mentaliseringsevnen innover i en selv fungerer for de som hypermentaliserer, blir det av flere påpekt at det overivrige fokuset på andres indre gjenspeiler en motvillig eller manglende forståelse av sitt eget indre. Vansker med selvfølelse er felles for de fleste psykiske lidelser (Hartmann, 2007). Under vil det bli kort gjennomgått hvem en tenker det er som hypermentaliserer.

## **3.2 Hvem hypermentaliserer?**

Sharp og kollegaer (2011 og 2013) har undersøkt hypermentalising som en spesifikk mentaliseringssvikt forbundet med borderlinetrekk hos ungdom. I tillegg til pasientgruppen med borderline personlighetsforstyrrelser, benevner Bateman og Fonagy (2012b) også en hypermentalising innover hos pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse. Luyten og kollegaer (2012a) beskriver hypo- og hypermentalising som sirkulerende faser i sosial kognisjon hos deprimerte. Skårderud og kollegaer (2012), Skårderud og Fonagy (2012) samt Bremser og Gallup (2012) omtaler hypermentalising noe ulikt, men dog som en høyst aktuell form for mentaliseringssvikt hos personer med spiseforstyrrelser. Fyfe og kollegaer (2008) støtter opp om Friths (2004) påstand om at positive symptomer innen schizofreni er assosiert med overmentalising. Bremser og Gallup (2012) har også vist at hypermentalising er assosiert med schizotypiske trekk. Bateman og Fonagy (2004) viser til

at individer med desorganisert tilknytning både viser tydelig svikt i mentaliseringsevnen og en tendens til hypermentaliserings (referert i Luyten et al., 2012b). Desorganisert tilknytning er ofte satt i sammenheng med relasjonstraumer fra barndommen (Allen, 2013). En kan altså forvente at traumer er høyst aktuelt i utviklingen av en hypermentaliserende strategi, jamfør Asen og Fonagy (2012), Sharp og kollegaer (2011) og Rydén og Wallroth (2008). Det er ikke vist at alle med desorganisert tilknytning har relasjonstraumer, men de fleste med relasjonstraumer viser en desorganisert tilknytningstil (Allen, 2013; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008).

Det ser altså ikke ut som hypermentaliserings er en mentaliseringssvikt som er spesifikk for en bestemt pasientgruppe eller psykisk lidelse. Likevel er begrepet såpass ungt og lite utforsket, at det er vanskelig å vite om det likevel er vanligere å hypermentaliserer enten innen enkelte kategorier av psykiske lidelser, eller som resultat av bestemte forhold. Særlig tenker jeg at oppvekstforhold er relevante siden det er da mentaliseringsevnen utvikles.

### **3.3 Hvordan måle hypermentaliserings?**

Når utgangspunktet er et fenomen hvis definisjoner er tvetydige, finnes det naturlig nok ikke noe enstemmig foretrukket måleinstrument. Beskrivelser av hypermentaliserings er til dels basert på klinisk observasjon og erfaring. Sharp og kollegaer (2011) og (2013) har de eneste studiene som eksplisitt undersøker hypermentaliserings som fenomen. De benyttet seg av testen *Movie Assessment of Social Cognition* (MASC). En annen sentral artikkel er Skårderud og kollegaer (2012), hvor en gjør antagelser om hypermentaliserings basert både på klinisk observasjon og på skåre fra testen *Reading the Mind in the Eyes* (RMET). Også Bremser og Gallup (2012) tok i bruk RMET i sine studier. Jeg vil derfor nå presentere disse to testene kortfattet, både fordi flere av hypotesene omkring hypermentaliserings tar utgangspunkt i skåre herfra, samt at høy RMET skåre er inklusjonskriteriet for de intervjuene jeg har gjort.

#### **3.3.1 Movie Assessment of Social Cognition (MASC)**

*Movie for the Assessment of Social Cognition* er en test som er ment å avdekke subtile vansker i avlesing av sinn, eller «mind-reading» (Dziobek et al., 2006). Dette er en databasert test som vurderer *Theory of Mind* eller mentaliseringsevner som minner om det som kreves i

hverdagslivet (Smeets, Dziobek & Wolf, 2009 referert i Sharp et al., 2011). Beskrivelse er i all hovedsak gjengitt fra Sharp og kollegaer (2011 og 2013). Testen utføres ved at en ser en 15 minutter lang film om fire mennesker som samles til et middagsselskap. Hver av karakterene opplever ulike situasjoner gjennom filmen som utløser emosjoner og ulike sinnstilstander som sinne, ømhet, takknemlighet, sjalusi, frykt, ambisjon, flauhet og avsky. Relasjonene mellom de fire karakterene er ulike, hvor noen relasjoner er vennskapelige og andre er ukjente for hverandre. Filmen blir stoppet flere ganger og det bes da om at en skal besvare spørsmål omkring en bestemt karakters sinnstilstand, både følelser, tanker og intensjoner. En blir gitt fire svaralternativer hvor de ulike svarene representerer enten 1) hypermentalisering, 2) undermentalisering, 3) ikke-mentalisering eller 4) nøyaktig mentalisering. Det regnes så ut en skåre for hver subkategori av svar, samt en total skåre hvor mentaliseringsfeil (alternativ 1-3) blir trukket fra antall riktige svar (alternativ 4). Spørsmålene som stilles varierer i vanskelighetsgrad, likevel ble testen designet slik at den skulle være utfordrende nok til å oppdage selv små vansker i sosial forståelse (Dziobek et al., 2006). MASC er et reliabelt instrument som har vist seg å være sensitiv for å plukke opp vansker i å avlese sinn både for voksne med normal IQ, unge voksne, personer med bipolar lidelse og personer med autisme (Henholdsvis Dziobek et al., 2006; Smeets et al., 2009; Montag, Ehrlich & Neuhaus, 2010; Dziobek, Fleck, Rogers, Wolf & Convit, 2006 referert i Sharp et al., 2011).

### **3.3.2 Reading the Mind in the Eyes (RMET)**

*Reading the Mind in the Eyes* testen er utviklet av Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore og Robertson (1997). Denne er senere revidert, da det viste seg at den første versjonen ikke var så sensitiv som en ønsket (Baron-Cohen et al., 2001). Blant annet var en skåre i normalområdet så tett opp til maksimal skåren, at muligheten for å oppdage individuelle forskjeller var svekket. Det er den reviderte utgaven som beskrives her. RMET er beskrevet som en test som måler *Theory of Mind*, men også Baron-Cohen og kollegaer (2001) presiserer at den kun måler det første stadiet i ToM, attribuering av relevant sinnstilstand, og ikke selve innholdet eller intensjonen bak. For ordens skyld skal det nevnes at Baron-Cohen og kollegaer (2001 s.241) beskriver ToM *..also referred to as 'mentalising', 'mind reading', 'social intelligence' and overlaps with the term 'empathy'*. I motsetning til tidligere *Theory of Mind* tester inneholder RMET også en mer affektiv komponent og ligner mer på mentalisering ute i den virkelige verden. Selv om RMET kan finne nokså nyanserte forskjeller i sosial

intelligens, er det som Baron-Cohen og kollegaer (2001) nevner, en mulig kritikk av testen at den virkelige verden aldri vil være statistisk.



**Figur 2.** Eksempel på fotografi som vises i RMET. I den reviderte versjonen kan en her velge mellom fire ord: alvorlig(riktig respons), skamfull, fortumlet og skremt.

Når en utfører testen blir en presentert for 36 fotografier som viser øyeregionen til ulike mennesker, som vist over i figur 2. Testen inneholder fotografier både av kvinner og menn. En må velge mellom fire ord som står ved siden av hvert enkelt bilde for å identifisere sinnstilstanden til personen på bildet. Det er ingen tidsbegrensninger og en får også utdelt en ordliste med definisjoner av ulike sinnstilstander. En kontrolloppgave som også blir gitt er å identifisere riktig kjønn for hvert fotografi. Maksimal skåre både på kontrolloppgave og eksperimentell oppgave er 36 (utførelse som beskrevet i Adenzo, Todisco og Ardito, 2012). Det finnes ikke standardiserte normeringer, men i Baron-Cohens og kollegaer (2001) sin utvikling av den reviderte versjonen var gjennomsnittet til en gruppe voksne med autisme eller høyt fungerende Asperger syndrom rundt 21, og gjennomsnittet for de ulike kontrollgruppene varierte fra 26-30.

Skårderud og kollegaer (2012) sitt utgangspunkt for å snakke om hypermentalisering var resultater fra testen *Reading the Mind in the Eyes*. Høy skåre på denne testen var også mitt utvalgs-kriterium for å snakke med den aktuelle klienten. Før resultatene blir presentert vil jeg kort drøfte hvorvidt skåre fra *Reading the Mind in the Eyes* kan forstås som en indikasjon på hypermentalisering.

### **3.4 RMET som indikasjon på hypermentalisering**

*Reading the Mind in the Eyes* testen har vært brukt i en rekke studier med ulike pasientgrupper og forskningsspørsmål. Å kunne avlese sinnstilstand er en viktig evne for sosialt samspill. Når det gjelder RMET som mål på mentalisering i form av sosial kognisjon, som antatt er svakere innenfor psykiske lidelser, er det likevel sprikende funn blant

resultatene. Dette gjelder både for pasientgruppen med borderline personlighetsforstyrrelse (Fertuck et al., 2009), og samme sprikende funn er også vist ved pasientgruppen med spiseforstyrrelser (Adenzo et al., 2012; Russell et al., 2009). I en studie av Russell og kollegaer (2009) presterte pasientgruppen med spiseforstyrrelser dårligere på RMET enn friske kontroller. Interessant nok fant ikke Adenzo og kollegaer (2012) den samme forskjellen i sin studie, hvor det ikke var noen signifikant forskjell mellom de to gruppene. Foreløpige resultater fra *Minding the Body* prosjektet finner i likhet med Adenzo og kollegaer (2012) ikke svekket RMET skåre hos gruppen spiseforstyrrelser, derimot er det flere deltagere med påfallende høy skåre (Skårderud et al., 2012). Til tross for uklare trender i studier som har brukt RMET for å undersøke sosial kognisjon i spiseforstyrrelser, er det særlig interessant å se at selv de som ikke rapporterer signifikant forskjell mellom friske kontroller og gruppen med spiseforstyrrelser oppgir en gjennomsnittlig RMET skåre på 26,60 (SD 3.93) (Adenzo et al., 2012). Dette er med på å synliggjøre hvordan skåren til den aktuelle klienten i denne oppgaven skiller seg ut. Hennes skåre på 34 er betydelig høyere enn tidligere rapporterte gjennomsnitt, fra både i og utenfor pasientgruppen med spiseforstyrrelser. Til sammenligning regnet Russell og kollegaer (2009) ut en samlet gjennomsnittlig skåre basert på rapporterte gjennomsnitt fra kontrollgrupper i seks ulike studier som har anvendt RMET. På tvers av disse studiene var gjennomsnittlig skåre for kontrollgrupper 73,1% (ibid), omregnet til råskåre utgjør dette en skåre på 26,3.

Skårderud og kollegaer (2012) har tolket en påfallende høy skåre, slik som klienten viser, som en indikasjon på hypermentalisering. En motsatt fortolkning er gitt av Bremser og Gallup (2012), som har hypermentalisering som mulig forklaring på en *lavere* skåre på *Reading the Mind in the Eyes*. Altså vil de da tenke at feiltolkningen går forut for identifiseringen av affekt, slik at affekten i seg selv også blir feiltolket. Det er rimelig å hevde at høy skåre på *Reading the Mind in the Eyes* testen reflekterer en forhøyet emosjonell sensitivitet. Flere studier har undersøkt emosjonell sensitivitet hos gruppen spiseforstyrrelser, og det virker å være bred enighet om at en emosjonell sensitivitet er tilstede mens emosjonsreguleringen ofte er svekket (Harrison, Sullivan, Tchanturia & Treasure, 2009; Harrison et al., 2010). Så godt som samtlige begrepsdefinisjoner og beskrivelser peker på at hypermentalisering handler om å forstå andres indre. En forhøyet emosjonell sensitivitet er et naturlig tegn på at en er opptatt av andres indre. Det er derfor en noe uventet tolkning av Bremser og Gallup (2012) å knytte hypermentalisering opp mot lav RMET skåre.

*Reading the Mind in the Eyes* testen tapper kun hvorvidt en identifiserer riktig affekt, ikke hvilken intensjon eller intensitet som ligger bak denne affekten. Man kan like fult mistolke intensjon eller intensitet tilhørende affekt hos andre, uten å være spesielt emosjonell sensitiv. Samtidig som en også kan være svært god til å identifisere affekt, uten påfølgende feiltolkning av intensjon og intensitet. Det ville være omnipotent å hevde i denne oppgaven at RMET er en tydelig indikasjon på hypermentalisering, dette er det foreløpig ikke evidens for. Likevel er det med sprikende resultater innad i gruppen spiseforstyrrelser, en interessant gåte å forsøke å nøste opp i hva som ligger bak en slik høy skåre som aktuell klient viser. Det er utvilsomt en indikasjon på noe. Ingen test kan gi oss et endelig svar på hva dette *noe* er, til det behøves det klinisk observasjon og samtale.

### **3.5 En kort oppsummering**

Mentalisering er altså et bredt begrep som består av flere dimensjoner, og svikt i mentalisering kan vises på ulike måter. En form for mentalisering som er lite omtalt er hypermentalisering. Gjennomgang av litteraturen som aktualiserer fenomenet viser at hypermentalisering kan forstås som; en overspent sensitivitet for andres indre, en overaktiv mentalisering som skaper feiltolkninger, en form for pseudomentalisering, ikke fravær av men en alternativ mentaliseringsstrategi som kan skape vansker i sosial interaksjon, et uttrykk for *the extreme female brain* eller en polarisering av mentaliseringsevnen hvor en er god til å forstå andre men ikke seg selv. Hypermentalisering har vært omtalt i forbindelse med borderline personlighetsforstyrrelse, antisosial personlighetsforstyrrelse, spiseforstyrrelser, schizofreni med positive symptomer og er assosiert med schizotypiske trekk. I tillegg er hypermentalisering også relatert til barn av foreldre med psykisk lidelse, og de som viser en desorganisert tilknytning – altså er pasienter med relasjonstraumer trolig en høyst aktuell gruppe for utvikling av hypermentalisering. Forsøk på å måle hypermentalisering er gjort ved RMET og MASC i tillegg til vurdering basert på klinisk observasjon.

Før en diskusjon av gyldigheten og nytteverdien til de ulike definisjonene og beskrivelsene av hypermentalisering, vil jeg presentere funn fra min egen undersøkelse. Disse funnene vil kunne ytterligere utvide forståelsen av fenomenet hypermentalisering.

# 4 Metode

## 4.1 En kvalitativ tilnærming

For å undersøke fenomenet hypermentalisering har jeg valgt å bruke en kvalitativ tilnærming. Mine forskningsspørsmål er hvordan kan vi forstå begrepet hypermentalisering, hvordan det arter seg og hvilke implikasjoner det kan ha for psykoterapi. Begrepsforståelsen kan delvis besvares av en teoretisk gjennomgang som er beskrevet tidligere i oppgaven. For å kunne si noe videre om hvordan dette fenomenet arter seg og om det har implikasjoner for terapi, behøves det empiri. Jeg har benyttet meg av en kvalitativ tilnærming hvor jeg har gjennomført dybdeintervjuer med en av deltagerne i *Minding the Body* prosjektet, heretter omtalt som klient, og hennes terapeut. Denne delen av oppgaven vil redegjøre for den metodiske prosess og analyse, før jeg går videre til å beskrive resultater av analysen. Det er møtet mellom teori og den enkeltes opplevelse som gir den utdypende forståelsen av fenomenet hypermentalisering. En kvalitativ tilnærming er et naturlig valg når en heller enn å bekrefte, ønsker å berike og bidra til eksisterende teori og forståelse (Elliot, Fisher, & Rennie, 1999).

*The desire to make sense of actual lived experience is the heart of a qualitative stance* (Marecek, 2003, s. 56). Marecek (2003) omtaler «the qualitative stance», altså en tilnærming til det kvalitative som et ståsted heller enn en bestemt metode. Dette er også en beskrivende betegnelse for den metodiske prosess og analyse i denne oppgaven, som ikke følger slavisk en bestemt metodisk oppskrift, men er inspirert av ulike kvalitative tilnærminger. Målet med denne studien er å utvide forståelsen av et fenomen. Innenfor den hermeneutiske og fenomenologiske forståelsesramme har det vært motstand mot å formalisere metoden, da forskere har foretrukket at metoden blir til unikt ut ifra konteksten hvor et bestemt fenomen utforskes (Landridge, 2007). Min forståelse er at analysen og fortolkningen av datamateriale er selve essensen i det som skaper metoden. Den analytiske tilnærmingen til datamaterialet i denne studien består av tre elementer, fenomenologi, teori og prosess.

### 4.1.1 Fenomenologisk utforskning

Overordnet er det fenomenologiske blikk, og jeg har særlig latt meg inspirere av *Interpretative Phenomenological Analysis* (IPA) (Landridge, 2007; Larkin, Watts & Clifton,



2006; Reid, Flowers & Larkin, 2005; Smith, Flowers & Larkin, 2009; Smith, 2004). Dette er et såkalt «bottom-up» perspektiv hvor en har få antagelser på forhånd og forsøker å få tak i intervjuobjektets opplevelse av en hendelse eller kvalitet ved seg selv, og hvilken betydning denne opplevelsen har (Landridge, 2007; Reid et al., 2005). Både fenomenologi og hermeneutikk er sentrale grunnelementer i utviklingen av IPA (Smith et al., 2009). Smith og Osborn (2003) omtaler den «doble hermeneutikk» som tas i bruk i IPA, og andre fenomenologiske tilnærminger (referert i Landridge, 2007). Med dette menes at forskeren forsøker å skape mening ut av intervjuobjektets meningsskapende aktiviteter (ibid). Det hermeneutiske elementet innebærer at fortolkning er nødvendig og en uunngåelig handling når vi forsøker å forstå og skape mening ut ifra en uttalelse. Det fenomenologiske elementet innebærer en forpliktelse til å forstå den faktiske levde erfaring til intervjuobjektene (Binder, Holgersen & Nielsen, 2009). Forskeren er en aktiv del av forskningsprosessen ved at den intervjuedes levde opplevelse blir tatt inn i en subjektiv og refleksiv fortolkningsprosess (Reid et al., 2005). Formålet med IPA som metode, er å bidra til psykologien ved å undersøke eller belyse eksisterende litteratur (Smith, 2004). En kan slik komme frem til en utdypet forståelse av det litteraturen beskriver. Selv om det er enkelte områder hvor min metodiske tilnærming skiller seg fra IPA, er ønsket om å utforske og utdype forståelsen av teori et viktig fellestrekk. I dette tilfellet er målet en utdypet forståelse av begrepet hypermentaliserings.

#### **4.1.2 Teoretisk utforskning**

Et punkt hvor min utforskning skiller seg fra den mer «rene» IPA studie er at jeg på forhånd hadde noen antagelser om hvordan hypermentaliserings ville arte seg basert på de beskrivelser og definisjoner som er gjennomgått tidligere i oppgaven. I tillegg til det fenomenologiske «bottom-up» perspektivet hvor en spør seg *hva har vi her?*, anvender jeg også et «top-down» perspektiv hvor en fortolker datamaterialet ut fra en teoretisk forståelse av begrepet hypermentaliserings. En teoretisk lesning av intervjuer innebærer at utsagn fortolkes ut fra en teoretisk posisjon, hvor hver teoretisk tilnærming fremhever ulike aspekter av det som blir fortolket (Kvale & Brinkmann, 2009). Som Kvale og Brinkmann (2009 s. 241-242) påpeker er dette en form for analyse som ikke er bunden av en oppskrift slik andre metodiske tilnærminger kan være:

*En forsker kan lese gjennom intervjuene sine gang på gang, reflektere teoretisk over spesielt interessante temaer og skrive fortolkninger, uten å følge noen systematisk*

*metode eller kombinasjon av teknikker. I mange betydningsfulle intervjuundersøkelser fra de siste tiårene ser det ut til at det ikke har vært brukt systematiske analyseteknikker til å analysere intervjuene.*

Den analytiske frihet legger et større ansvar på forskeren, og det er viktig at forskningsprosjektet like fullt oppfyller krav og retningslinjer for god kvalitativ forskning. Flere sentrale stemmer innen kvalitativ forskning trekker frem som et viktig kriterium for å sikre god kvalitet at mer enn en forsker tar del, eller ser over den analytiske prosessen (Elliot et al., 1999; Hill, Thompson & Nutt Williams, 1997; Hill et al., 2004). Jeg har delt og drøftet egne refleksjoner omkring analysen med min interne veileder Kirsten Benum. Kriteriet om konsensus blir derfor kun til dels innfridd, og er en naturlig begrensning grunnet oppgavens omfang.

### **4.1.3    Prosess utforskning**

En innfallsvinkel for å berike forståelsen av begrepet hypermentalisering er gjennom narrativ kunnskap i tråd med IPA's begrep *lived experience* (Reid et al., 2005). Derfor har jeg valgt å undersøke fenomenet kasuistisk. Å følge et kasus over tid var ikke et mulig alternativ for denne oppgaven. Likevel får en innblikk i den terapeutiske prosessen gjennom intervjuer med både klient og terapeut. Utforskningen har derfor potensialet til å si noe utover hvordan hypermentaliseringen ser ut til å arte seg i dag, i tillegg til å kunne få tak på om dette er noe som har endret seg gjennom terapiprosessen. Å tilnærme seg et fenomen ved å analysere et kasus, gir ikke grunnlag for generalisering basert på fakta. Det som derimot kan generaliseres er en teoretisk forståelse av prosesser i psykoterapi (McLeod, 2010).

## **4.2    En del av *Minding the Body* prosjektet**

*Minding the Body* prosjektet er en del av forskningen ved Regional avdeling for spiseforstyrrelser (RASP), Oslo Universitetssykehus. Min studie regnes som en mindre del av dette prosjektet. Utvikling av en mentaliseringsbasert behandling for spiseforstyrrelser, samt en bedre forståelse av spiseforstyrrelser ved å bruke mentalisering som teoretisk rammeverk, er formålet til prosjektleder Finn Skårderud og hans kollegaer i prosjektet *Minding the Body* som har pågått de siste årene (Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Oslo universitetssykehus, 2010). *Minding the Body* prosjektet inneholder både kvalitative og

kvantitative tilnæringer. Prosjektet er delt i to sub-studier hvor perspektivene er henholdsvis utvidet forståelse av spiseforstyrrelser, samt å skreddersy psykoterapeutisk behandling for spiseforstyrrelser. Beskrivelse av prosjektet og kontaktinformasjon ble lagt ut på Psykologisk institutt (PSI) sine nettsider for mulige hovedoppgaveprosjekt. Det var slik jeg kom i kontakt med prosjektleder Finn Skårderud og min eksterne veileder Bente Sommerfeldt. I samarbeid med de og min interne veileder ved PSI, Kirsten Benum, kom jeg frem til at oppgavens fokus ville være på fenomenet hypermentalisering og at jeg da ville samle inn mesteparten av datamateriale selv gjennom intervju av deltager og terapeut fra *Minding the Body* prosjektet.

## 4.3 Deltagere

Aktuell klient er en kvinne i slutten av tyveårene. Klienten har forut for nåværende terapi også tidligere vært i behandling over lengre tid, samt flere innleggelse på psykiatrisk døgnavdeling. Oppstart hos aktuell terapeut skjedde i forbindelse med *Minding the Body* prosjektet. Denne terapien har pågått også etter at prosjektet ble avsluttet våren 2012. Klienten presenterer en kompleks problematikk med en omfattende traumehistorie, hvor spiseforstyrrelsen kun er del av bildet og er per i dag ikke overordnet behandlingsfokus.

### 4.3.1 Rekruttering

Terapeuten ble først kontaktet via prosjektmedarbeider fra *Minding the Body*, min eksterne veileder Bente Sommerfeldt. Forespørsel gjaldt da kun om det var aktuelt for terapeuten å la seg intervju angående en av deltagerne som hun hadde vært terapeut for gjennom prosjektet. Terapeuten viste positiv interesse for dette. Jeg tok så kontakt med henne per epost og fortalte kort om meg selv og rammene for hovedoppgaven. Jeg informerte om at tema for intervju ville være klienten og terapeutens opplevelse av terapi, samt at det var klientens høye skåre på *Reading the Mind in the Eyes* testen som var inklusjonskriteriet. Terapeuten videreformidlet så forespørsel til sin klient, slik at det var opp til klienten selv å ta kontakt med meg dersom hun var interessert i å la seg intervju. Avtale om tidspunkt for intervju ble gjort via epost både for terapeut og klient.

### 4.3.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ut i fra type problemstilling var det naturlig å gjøre et strategisk utvalg (Thagaard, 2009). Med strategisk utvalg menes et utvalg basert på strategiske egenskaper eller kvalifikasjoner i forhold til problemstillingen. Skårderud og kollegaer (2012) kommenterer i sin artikkel funn fra *Minding the Body* prosjektet hvor de fant at opptil flere av deres deltagere skåret svært høyt på *Reading the Mind in the Eyes* testen. Deres hypotese for dette funnet er at en slik påfallende høy skåre kan reflektere en overspent sensitivitet for andres sinnstilstand som en form for mentaliseringssvikt, hypermentalisering. Ut ifra denne hypotesen vil en anta at hypermentalisering vil kunne forekomme hos en høystskårer på RMET. Likevel er dette foreløpig kun hypotetiske forklaringer, og en kan ikke vite om en høy skåre på RMET faktisk reflekterer hypermentalisering. Den aktuelle klienten har ved tre testtidspunkt (ved inntak, etter 1 års behandling og ved utskrivning) skåret henholdsvis 33, 33 og 34 på RMET. Som beskrevet i punkt 3.3.2 i denne oppgaven, er maksimal skåre 36. Det er derfor, som allerede understreket i punkt 3.4, svært interessant å utforske hva som kan forklare denne høye skåren.

## 4.4 Utvalg: N=1

McLeod (2010) påpeker at ulike kilder kan være berikende for analysen av en enkelt sak. Dette gjorde at jeg valgte å se nærmere på en sak, og intervjuer både klient og terapeut i denne saken heller enn å intervjuer flere deltagere med høy RMET skåre. I enkelte tilfeller er det nødvendig å dele utvalget slik at fenomenet kan bli forstått fra mer enn et perspektiv (Smith et al., 2009). Ved å intervjuer både klient og terapeut får en et bredere blikk på hvilke implikasjoner en eventuell hypermentalisering kan ha i terapirelasjonen, enn ved bare å intervjuer en klient alene. Smith og kollegaer (2009) påpeker at verdien av å kun ha ett kasus er todelt, både kan en få mye informasjon om en bestemt person men en kan også utforske sammenkoblinger innad i denne personens beskrivelser.

En innvendig mot denne studien kan være at utvalget kun består av en enkelt deltager og hennes terapeut. Smith (2004 s. 43) oppfordrer derimot til å utføre IPA også i studier av et enkelt kasus, særlig dersom det er en rik og interessant sak. Hans hovedargument for dette er: *..the very detail of the individual also brings us closer to significant aspects of a shared humanity, and the particular case can therefore be described as containing an 'essence'.*

## 4.5 Generalisering, pålitelighet, gyldighet og meningsfortolkning

I denne studien er det ikke et mål å finne statistisk generaliserbare resultater, men simpelthen å øke forståelse og inspirere til videre forskning ved å ha et fenomenologisk blikk på et foreløpig lite omtalt fenomen. Det som kan generaliseres fra et kasus til andre, er en teoretisk forståelse av prosesser i psykoterapi (McLeod, 2010).

*Begrepet reliabilitet refererer i utgangspunktet til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene, ville komme frem til samme resultat* (Thagaard, 2009 s.198). Som Thagaard (2009) videre påpeker er ikke repliserbarhet i den nøytrale forstand en logikk som kan anvendes på kvalitativ forskning. Et annet ord for reliabilitet er pålitelighet. For å avgjøre om studien er pålitelig, må en se på hvordan forskeren redegjør for utvikling av datamateriale og selve forskningsprosessen (Thagaard, 2009; Kvale & Brinkmann, 2009). I denne, som i andre kvalitative studier, vil påliteligheten demonstreres ved detaljert å beskrive den metodiske og analytiske prosess.

Spørsmålet om validitet, eller gyldighet, dreier seg i stor grad omkring hvorvidt en faktisk undersøker det en forsøker å si noe om (Kvale & Brinkmann, 2009). For å styrke gyldigheten er det nødvendig med gjennomsiktighet og redegjørelse for de fortolkninger som er gjort (Thagaard, 2009). Jeg har bevisst valgt å bruke mange sitat fra datamaterialet i gjennomgang av resultatene for å sikre at det som presenteres er så gjennomsiktig som mulig for leseren. Gyldigheten av resultatene vil bli nærmere redegjort for i diskusjon av resultatene.

Den doble hermeneutikk hører til meningsfortolkningen i en fenomenologisk studie, og kan være en utfordring i seg selv. En videre kompliserende faktor i denne analysen er at meningsfortolkningen her skjer indirekte. Klienten forteller ikke eksplisitt om sin opplevelse av hypermentaliserings. Klientens relasjonelle opplevelser i og utenfor terapi er beskrevet fra både klient- og terapeutperspektiv. Fra dette utgangspunkt fortolker jeg ut i fra et fenomenologisk blikk hvorvidt dette bekrefter, avkrefter eller komplementerer den teoretiske forståelsen av hypermentaliserings.

## 4.6 Etiske betraktninger

Studien betraktes som tilhørende *Minding the Body* prosjektet. Prosjektet er godkjent av Regional etisk komité (REK), og godkjenningen omfavner dybdeintervju med deltagere og terapeuter. Kopi av REK kvittering er lagt til som vedlegg. Informert samtykke fra klient i forhold til deltagelse og oppfølging av *Minding the Body* prosjektet foreligger naturligvis allerede.

Det er kun oppgaveforfatter selv som har hatt tilgang til, og som har utført bearbeidelse av intervjuene. Lydbåndopptak og transkribering vil bli slettet innen 01.12.2013. Kopi av klientens testrapport og fellesformulering er anonymisert og blir sammen med resten av datamateriale oppbevart innelåst og utilgjengelig for andre enn oppgaveforfatter. Disse kopiene vil i likhet med datamateriale forøvrig bli makulert og slettet innen 01.12.2013. Alle sitater er anonymisert i fremstilling av resultater, i tillegg har jeg bevisst utelatt sitat som inneholder sensitiv informasjon som ville kunne spores tilbake til klienten.

## 4.7 Datainnsamling

I forbindelse med klientens deltagelse i *Minding the Body* prosjektet ble det laget en fellesformulering, samt at det foreligger en testrapport som inneholder klientens rapportering på ulike mål. Testresultater er basert på utfyllelse ved inntak, etter 1 års behandling og ved utskrivelse. Med utskrivelse menes det her ved prosjektets slutt i 2012. Testrapporten inneholder tester som måler mentaliseringsevnen (*Toronto Alexithymia Scale*, *Difficulties in Emotional Regulation* og *Reading the Mind in the Eyes*), spiseforstyrrelsen (*Eating Disorder Examination* og *Eating Disorder Inventory*) og komorbiditet (*Symptom Check List*). Målet med en fellesformulering er å organisere klinisk materiale angående klienten til en samlet essens slik at en kan definere behandlingsmål og måter å nå disse på (Skårderud & Fonagy, 2012). Først etter at klienten hadde sagt ja til å la seg intervjuet ble en kopi av fellesformulering og testrapport gjort tilgjengelig for meg.

### 4.7.1 Utforming av intervjumaler

I forkant av utformingen av intervjumaler forsøkte jeg å danne meg en oversikt over hvor og hvordan hypermentaliserings er omtalt i tidligere litteratur, samt fordype meg i

mentaliseringssteori. Et semistrukturert intervju ..utføres i overensstemmelse med en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer, og som kan inneholde forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009 s.47). Siden hypermentaliserings er et mindre omtalt fenomen i mentaliseringslitteraturen valgte jeg å utvikle to slike semistrukturerte intervjumaler, dermed kunne jeg ved utvalgte spørsmål veilede samtalen inn mot opplevelser relevante for forståelse av fenomenet – også uten at begrepsnavnet brukes eksplisitt. I følge Kvale (2007) er intervjuets kvalitet i stor grad avhengig av intervjuerens håndverk i form av forberedelse, kunnskap og intuisjon. Selv om jeg valgte å utforme en intervjumal på forhånd, var jeg likevel svært oppmerksom under selve intervjuene på å følge egen intuisjon for å skape «den gode samtale» og få frem flest mulig eksempler så nært som mulig til klientens opplevelsesverden. Som del av forberedelsen utførte jeg et øvingsintervju med min eksterne veileder, Bente Sommerfeldt, som også har vært terapeut i *Minding the Body* prosjektet. Dette gav meg mulighet til å teste ut hvilken informasjon spørsmålene potensielt kunne få frem, samtidig som jeg fikk erfaring og tilbakemelding på egen intervjuteknikk. Sentrale temaer i terapeutintervjuet var; behandling av spiseforstyrrelser, terapeuterfaringer og opplevelse av *Minding the Body* prosjektet, mentalisering og hypermentalisering, relasjonen til klienten og tilleggsvansker hos klienten. Intervjumalen til klientintervjuet hadde følgende tematiserte punkter; spiseforstyrrelsen, erfaringer fra *Minding the Body* prosjektet, relasjonen til terapeuten, viktige relasjoner utenfor terapirommet, tilleggsvansker og opplevelsen av å bli intervjuet. De faktiske intervjuene tok form som kliniske samtaler med en åpen stil. Essensen i resultatene er fortolkningen av sitatene som er gjengitt, ikke selve utformingen eller rekkefølgen på spørsmålene som stilles.

#### **4.7.2 Gjennomføring av intervju**

Intervju av terapeut foregikk på terapeutens eget kontor ved hennes arbeidsplass. Intervjuets varighet var omtrent en time. Jeg benyttet da også anledningen til å undersøke om terapeuten hadde noen tanker omkring hvilke spørsmål som ville være gode for klienten. Intervju av klienten ble så gjennomført omtrent en uke etter intervjuet med terapeuten, og fant sted ved Psykologisk institutt. Klientintervjuet hadde en varighet på omtrent to timer.

I avslutning av klientintervjuet ble det bedt om tillatelse til å kontakte klienten igjen for eventuelt oppfølgingsspørsmål i nytt intervju eller på via epost. Klienten samtykket muntlig til dette. Det ble besluttet å sende oppfølgingsspørsmål skriftlig per epost. Flere

årsaker lå til grunn for denne avgjørelsen. Klienten uttrykte selv at det er lettere for henne å formidle seg skriftlig. Dette sammen med at det første intervjuet varte nokså lenge, gjorde at jeg ikke ønsket å belaste klienten unødvendig, hverken tidsmessig eller på noen annen måte.

### 4.7.3 Transkribering

Som Ong (1982) presiserer inneholder talt språk og skrevet tekst to ulike kulturer (referert i Kvale & Brinkmann, 2009). Det som muntlig kan virke rikt og sammenhengende, kan fremstå gjentakende eller usammenhengende når det transformeres til skriftlig tekst. Non verbal informasjon kan gå tapt i transkriberingsprosessen. Særlig ironi er vanskelig å få frem i en transkribert tekst (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har derfor markert i den transkriberte teksten non-verbal informasjon som latter, stillhet etc., for å få frem stemningen i det som blir sagt. Intervjuene ble i første omgang transkribert ordrett hvor også små ord som 'eh' og 'mm' ble inkludert. Dette var for å sikre at en hadde mest mulig informasjon tilgjengelig for analysen. I gjengivelse av sitat i resultatdelen derimot er slike småord tatt bort både for at sitatets mening skal være lett angripelig for leseren, men først og fremst av hensyn til intervjuobjektene. Kvale og Brinkmann (2009 s. 195) beskriver om transkripsjonens etikk at *det ordrett transkriberte muntlige språket kan fremstå som usammenhengende og forvirret tale, og også som indikasjon på svakt intellektuelt nivå*. Det ville være sterkt misvisende om sitat fra intervjuene ble fortolket på en slik måte av leseren. På mange måter begynner fortolkningsprosessen og analysen allerede ved transkriberingen (ibid). Jeg mener derfor at det er en vesentlig fordel at den som transkriberer er den samme som har gjennomført intervjuene og videre behandler den transkriberte tekst gjennom analysen, hvilket er tilfelle i denne oppgaven.



# 5 Analysen

## 5.1 Avgrensning

Når det gjelder testrapport og fellesformulering, har jeg valgt å utelate dette fra analysen. Utover klientens skåre på *Reading the Mind in the Eyes* testen vil ikke de øvrige testresultatene bli kommentert. Skåren fra RMET har vært stabil over tid, og det er rimelig å anta at dersom klienten tok denne testen i dag ville skåren være tilsvarende. Det samme kan ikke sies om de andre testresultatene. Klienten er fortsatt i terapi hos samme terapeut, også etter at prosjektet ble avsluttet. Dette gjør at en ikke kan si at de siste testresultater som foreligger nødvendigvis beskriver klientens fungering på aktuelt tidspunkt da intervjuene ble gjennomført. Å fortolke klientens testresultater vil derfor kunne gi et feilaktig bilde av klientens nåværende tilstand. Fellesformuleringen gir heller ikke informasjon utover klienten og terapeutens beskrivelser i intervjuene, og er derfor ikke tatt med i videre analyser.

Resultater som vil bli presentert er basert på analyser av dybdeintervjuer med terapeut og klient, samt oppfølgingsspørsmål besvart av klienten. Oppfølgingsspørsmålene er en oppklaring og utdyping av enkelte tema fra dybdeintervjuet med klienten, jeg kommer derfor ikke til å skille mellom sitat fra selve intervjuet og sitat fra klientens skriftlige svar på oppfølgingsspørsmålene. Hvor sitat viser dialog mellom intervjuer og intervjuobjekt er følgende forkortelser tatt i bruk, I=intervjuer, K=klient og T=terapeut.

## 5.2 Beskrivelse av trinn i analysen

Som beskrevet innledningsvis i metoddelen, har jeg vært inspirert av flere ulike kvalitative tilnærminger. Dette mangfoldet gjenspeiles også i analysen. Det er en potensiell svakhet ved analysen at jeg ikke har tidligere erfaring fra kvalitative studier. *Interpretative Phenomenological Analysis* beskriver en firetrinns fremgangsmetode for å analysere transkriberte intervjuetekster (Langdridge, 2007; Smith et al., 2009). Jeg valgte derfor å følge IPA's fremgangsmetode for en systematisk gjennomgang av datamaterialet. Denne firetrinnsmodellen er som følger (Langdridge, 2007):

- 1) Den transkriberte teksten leses og gjenleses flere ganger. Samtidig med gjennomlesning skriver en inn egne kommentarer til teksten på venstre side.

Kommentarene kan være assosiasjoner som vekkes, sammendrag av lengre fortellinger, eller fortolkninger ut ifra relevant psykologisk litteratur. Meningen er her å få tak i hva som skjer i teksten, først og fremst ut ifra det som faktisk sies i teksten og i mindre grad fortolkninger. Dette steget kan gjerne gjentas flere ganger for å forsikre seg om at en fanger meningen i teksten.

- 2) Tema som kommer til syne blir notert i høyre marg. De første kommentarene som er notert gjøres om til mer meningsfulle utsagn, som reflekterer et bredere meningsnivå fra en bestemt del av teksten. Disse temaene burde reflektere teoretisk betydningsfylt innhold i teksten. De temaene som noteres i dette trinnet er ikke nødvendigvis endelige. De kan godt endres i neste trinn.
- 3) Temaer blir skrevet opp på et eget ark i kronologisk rekkefølge slik de fremkommer i teksten. En forsøker nå å identifisere felles linker mellom temaene og reorganisere de på en mer analytisk eller teoretisk måte. Det kan være at en her kommer frem til noen overordnede og noen mer underordnede temaer. For å restrukturere temaene på denne måten må en stadig gå tilbake til den transkriberte teksten for å sjekke ut hvordan analysen som dannes faktisk går over ens med originalteksten.
- 4) Til sist lages en oversikt over temaer i en sammenhengende rekkefølge. Temaene blir alle navngitt, og hvert tema blir linket til den originale teksten ved å velge ut bestemte sitat. På dette trinnet kan en gå bort i fra enkelte temaer dersom de viser seg ikke å være relevante for de overordnede temaene som presenteres, eller simpelthen fordi de ikke gir bidrag av betydning for analysen.

Det er tre ulike elementer som aktualiseres i den analytiske prosess for denne oppgaven, det fenomenologiske blikk, teoretisk lesning og prosessfokus. Ved å følge IPA's fremgangsmåte utforsket jeg teksten fenomenologisk, uten å bekrefte eller avkrefte teoretiske hypoteser, men simpelthen ved å se hvilke temaer som dukker opp i gjennomlesning av teksten. Altså la jeg bort jakten på hypermentalisering, og så kun til hva det er klienten og terapeuten trekker frem i sine beskrivelser. Neste trinn var å tilnærme seg teksten ved et teoretisk blikk, hva forteller teksten om hypermentalisering? Temaene ble omorganisert til funn og ikke-funn for å bekrefte eller avkrefte teoretiske antagelser om hvordan hypermentalisering arter seg. Til sist rettet jeg blikket mot endringsprosesser de transkriberte

tekstene vitnet om. Kan en legge merke til endringer som har funnet sted gjennom terapiprosessen ut ifra de skildringer som gis? I denne siste fasen ble det særlig viktig å ha to perspektiv (klient og terapeut) på endringsprosessen, slik at en ikke bare får tak i om og hva som eventuelt er endret, men også hvordan denne endringen ser ut til å ha skjedd. Ved å få tak i hva som ser ut til å skape en endring vil en også kunne si noe mer om kliniske implikasjoner.

Begrepet hypermentalisering og betydningen av det, er ikke et fenomen som klient eller terapeut i seg selv er bevisste. Det har aldri vært eksplisitt tema for terapien, og klientens skåre på *Reading the Mind in the Eyes* har heller ikke vært drøftet. Dette kompliserer analysen. En kan likevel se til de beskrivelser som er gitt av opplevelser både i og utenfor terapi, om en finner eksempler som kan forstås som hypermentalisering eller annen informasjon som kan videre utvide forståelsen av begrepet.

## 6 Resultater

Resultatene vil bli fremstilt i fem deler. Den første delen vil ta nærmere for seg hvordan klient og terapeut forstår klientens høye skåre på *Reading the Mind in the Eyes* testen. Videre vil funn i form av tegn på hypermentalisering presenteres, før en tar et skritt tilbake og ser på hva som kan trigge hypermentaliseringen. Til sist vil jeg utvide forståelsen av begrepet ved å se på hvordan klienten forholder seg til disse triggerne samt drøfte kliniske implikasjoner ut ifra den endring som er synlig i den terapeutiske prosessen.

### 6.1 Klienten og terapeutens forståelse av *Reading the Mind in the Eyes* testen

*K: mm... jeg er vel var på sånt da. Jeg tror ikke jeg er så dårlig på å lese andre mennesker, men det kan jo hende at jeg også er oversensitiv i forhold til å tolke omgivelsene fordi.. er dette trygt eller? liksom lodde stemningen da. Og hvis du skal gå rundt og tolke ansikter, jeg synes ikke at jeg gjør det bevisst jeg går ikke rundt sånn i verden. Jeg tror ikke jeg går rundt som sånn skremt fugl. Men eh.. men sånn innlært greie med at du kan se på folk har de gode intensjoner dårlig intensjoner hva.. eller om de er trist og lei seg, det er jo bra det å kunne lese andre mennesker [...] men det er jo ikke nødvendigvis slik at jeg er noe bedre til å sosialisere meg eller tolke andre folk av den grunn.. selv om jeg skårer bra på en test. [...]..jeg tror det er en indre forsvarsmekanisme hvor du går rundt og forsvarer.. fordi jeg har opplevd mye dritt. Jeg går alltid tilbake til at liksom, altså gamle fryktmønstre sitter fast liksom ubevisst. Sånn at et eller annet skremt skummelt ansikt du så da du var fem år kan dukke opp hos en mann på bussen. Og da klarer man ikke helt å koble, er det nåtid/datid altså samme frykt som man hadde da man var fem år kan man bare få slengt i trynet ikke sant fordi du klarer ikke å.. tidfeste.*

Klienten svarer her på spørsmål om hvordan hun selv forstår sin høye skåre på *Reading the Mind in the Eyes* testen. Klienten er tidligere blitt informert om egen skåre. Det ble også i forkant av intervjuet presisert at dette var bakgrunnen for at jeg ønsket å snakke med nettopp henne. Siden betydningen av skåren ikke har vært videre drøftet med klienten, og det kun er en hypotese at høy skåre er et tegn på hypermentalisering, valgte jeg å unngå å bruke ordet «hypermentalisering» i intervjuet med klienten. Begrunnelsen for dette var at jeg

ønsket å få beskrivelser som så nært som mulig gjenspeilet hennes opplevelsesverden. Ved å bruke et begrepsnavn direkte som var ukjent for klienten ville jeg kunne gå glipp av informasjon. Det klienten her trekker frem er en veldig varhet mot andre, som del av en forsvarsmekanisme som forsøker å finne ut om det er trygt eller ikke. Hun knytter dette opp mot vonde opplevelser og at det har vært viktig for henne å forstå andres intensjon. I likhet med klienten, knytter også terapeuten den høye RMET skåren opp til en lært strategi hvor det å være sensitiv for omgivelsene har vært nødvendig:

*T: Det er litt det som man kanskje ser når hun skårer så bra på den testen da, så er det litt hennes lærte strategi på å være veldig årvåken. Sjekke ut. Hun har vært utsatt for alvorlige overgrep gjennom hele sin barndom. [...] Det har vært god grunn for at hun har måttet lære seg å lese andre. Så er det jo ikke sikkert at hun tolker riktig bestandig, men selv om den testen viser det.. så tror jeg det nok kan kollapse i situasjoner hvor hun blir veldig emosjonelt aktivert eller veldig redd for eksempel. Da tror jeg hun kan feiltolke veldig og.. å se avvisning og se farer ikke sant.. i små ting.*

Terapeuten åpner her for at klienten kan feiltolke andres intensjon, eksempelvis ved å se avvisning og fare i små ting. I følge terapeuten vil sjanser for feiltolkning trolig øke i emosjonelt aktiverte situasjoner, særlig ved redsel. Begrepet «hypermentalisering» ble eksplisitt tatt opp i etterkant av en drøfting av klientens RMET skåre i intervjuet med terapeuten. På spørsmål om hvordan hun forsto begrepet hypermentalisering var hun usikker:

*T: Det vet jeg ikke.. faktisk. Det synes jeg er et litt vanskelig..vanskelig begrep. Hypermentalisering. Jeg vet ikke hva det er (ler)[...] ja altså for det er spørsmål om du er veldig god på det eller om du på måte er bare sånn opptatt av det at du.. at det går i ball for deg, ikke sant, at det ofte blir feil? Jeg tenker at det er en veldig sånn hårfin grense der, mellom å være veldig trent på å se andres signaler. Men det er ikke sikkert at du nødvendigvis er så veldig god på å se dine egne signaler [...] det kan jo være noe i det, at hun her er veldig god på det også må jeg spørre om for eksempel da jeg jobber med trigger til "hva er det som skjer når du går inn i en annen tilstand for eksempel" - så er hun helt clueless liksom, at hun aner ikke. Og det tenker jeg kan handle om en kanskje manglende mentaliseringsevne innover da, i seg selv.[...] Det er ikke sikkert at det hun har lært seg utover, nødvendigvis går innover da like mye og at feilene eller mistolkene like gjerne kan gå innover som utover.*

Barndomstraumer er sentralt for hvordan klienten og terapeuten forstår klientens skåre på *Reading the Mind in the Eyes* testen. De beskriver en overspent relasjonell sensitivitet som en tidligere nødvendig forsvarsstrategi. RMET skåren i seg selv forteller kun hvorvidt en korrekt identifiserer affektive uttrykk hos en annen (Baron-Cohen et al., 2001), uten å si noe om intensjonen bak og hvorvidt denne er riktig fortolket. Det som måles er av relasjonell kvalitet, og taper klientens sensitivitet ut mot andre. For å vurdere funn på hypermentaliserings må begrepet operasjonaliseres ut over RMET skåren alene.

## 6.2 Tegn på hypermentaliserings

Tar en utgangspunkt i de ulike omtaler og definisjoner av hypermentaliserings som er beskrevet tidligere i oppgaven, vil en operasjonalisering av begrepet favne nokså bredt. En hyperårvåkenhet, eller sensitivitet – både generelt (Bateman & Fonagy, 2012a), men også en overspent sensitivitet spesifikk rettet mot andres sinnstilstand (Skårderud et al., 2012) vil være tegn på mulig hypermentaliserings. En kan også forvente at dersom hypermentaliserings er tilstede, vil det være eksempler på misforståelser både i og utenfor terapi. Samt en tendens til å overattribuere ytre stimuli og en overfortolkning av andres affekt og/eller intensjon (Sharp et al., 2013; Bremser & Gallup, 2012). Det som også kan være tegn i retning av hypermentaliserings er en overdreven kognitiv forståelse av mentale tilstander, uten å være i kontakt med den affektive kjernen, overlappende til begrepsdefinisjonen av pseudomentaliserings (Fonagy et al., 2012). I tillegg er det å være ytrestyrt og stadig forsøke å tolke og tilfredsstille andres behov, atferd som er assosiert med og kan lede til hypermentaliserings (Skårderud & Fonagy, 2012). Terapeut og klienten peker på overspent relasjonell sensitivitet og feiltolkninger som sentrale elementer i forklaringen av resultatene på *Reading the Mind in the Eyes* testen. Til tross for at Rydén og Wallroth (2008) ikke nevner noe om feiltolkning av intensjon eller misforståelser, vil jeg ta med meg deres antagelse om en svekket forståelse av seg selv samt hypotesen om at hypermentaliserings tidligere har vært en nødvendig strategi. Noe som klienten og terapeuten allerede har bekreftet gjennom sine forklaringer av *Reading the Mind in the Eyes* skåren. Dette sett i lys av de definisjonsoperasjonaliseringer som er nevnt overfor, gjør at jeg har valgt å fokusere på konstruktene *overspent relasjonell sensitivitet og feiltolkning av intensjoner* som tegn på hypermentaliserings.

## 6.2.1 Overspent relasjonell sensitivitet

Klienten beskriver seg selv som var og kanskje oversensitiv på å fortolke omgivelsene. Som beskrevet i sitatet i del 6.1, er hun ute etter å lodde stemningen og lese den andres intensjon som en avklaring for om det er trygt eller ikke. Denne varheten eller overspente relasjonelle sensitiviteten er særlig tilstede i møte med ukjente mennesker, *K: En premis for å føle seg trygg sammen med andre er å vite at det å involvere seg i et annet menneske og tilbringe tid sammen, ikke innebærer fare eller risiko. [...] Å møte en person for første gang derimot kan jo innebære en risiko og trussel, derfor blir jeg mer var og oppmerksom.* Klienten virker også sensitiv for endringer i andres sinnstilstand, selv om det er mennesker hun kjenner godt, som for eksempel de vennene hun bor sammen med. *K: Han er sånn som ikke har lyst å snakke om ting så da lar jeg det gå da. Det er jo ikke min oppgave å tvinge frem ett eller annet hvis jeg ser at han er sur. Men man legger jo merke til noe med forandringer liksom i atmosfære og ordvalg og hvordan.. også kan jeg nok sikkert være sånn veldig overfortolkende når jeg har det dårlig selv.* Det som kommer frem av dette sitatet er at hun legger merke til det, men at hun ikke agerer på det. Hun forteller at hun kan bli opphengt i hva andre føler og tenker, men ikke nødvendigvis om henne. Dette viser en overspent relasjonell sensitivitet. Det er derimot vanskeligere å få tak i om og eventuelt hvordan intensjonen som ligger bak affekten feiltolkes, og om feiltolkningen kan være et resultat av en projisering av egen negativ selvvurdering, slik en kunne forvente (Skårderud et al., 2012).

Jeg forsøkte å få tak i om denne varheten er noe klienten har med seg til enhver tid, *K: Ja.. men det er ikke alltid at man tenker over det. Men det er noe man lærer seg å være trygg i verden, og det vet jeg jo ikke helt hva er ennå men det er fortsatt ikke.. det er vanskelig å forklare hva.* Den overspente relasjonelle sensitiviteten er likevel i dag mindre bevisst tilstede: *Når hele verden, nabolaget, butikken osv. tidligere følte utrygg brukte jeg enormt mye energi på å "passe på". Når jeg så lærte at det å gå på butikken i 99% av tilfellene ikke innebar noen fare for meg, så trengte jeg heller ikke å scanne omgivelsene lenger.*

Terapeuten omtaler også en overspent relasjonell sensitivitet. Hun tenker at den blant annet er beskrivende for det som skjer når klienten går inn i en annen tilstand, *T: Men jeg tenker at det er.. jeg tenker at det finnes der, det er ett eller annet på veldig mikroplan som hun eh.. fanger opp.. eller tror hun fanger opp eller noe som gjør henne redd da. Og det kan være relasjonen mellom oss og det kan også være noe jeg gjør som setter henne på en tanke som vekker et minne fra tidligere.* Dersom klienten går over i en dissosiativ tilstand kan det

altså være at det er noe i relasjonen som utløser det, uten at terapeut og klient foreløpig har fått tak i hva det er som plukkes opp. Til tross for manglende svar på hva som er utløsende faktor, er dette likevel et tydelig tegn i retning av en overspent relasjonell sensitivitet, og en kan ut i fra dette og tidligere sitat anta at den fungerer både bevisst og ubevisst for klienten.

## 6.2.2 Feiltolkning av intensjoner

Feiltolkning av intensjoner vil med stor sannsynlighet kunne føre til misforståelser. Klienten har gått i terapi hos sin nåværende terapeut i tre år. Misforståelser mellom de to ser ut til å ha vært mer aktuelt den første tiden, enn hva det er i dag. Klienten forteller også at hun var mer opptatt av «å lese» terapeuten i starten av terapiforløpet. Eksempel på en slik tidligere misforståelse er:

*K: det var en eller annen time som.. ja hva var det for noe da.. hvor jeg ihvertfall oppfattet eller jeg tenkte at "åh nå var hun skikkelig irritert og sint på meg" for jeg hadde hevet stemmen eller noe. Husker ikke helt hva det dreide seg om..også kom jeg hjem, også begynte jeg å skrive en mail for det gjorde jeg jo ofte, "jeg hadde liksom en fornemmelse av at du var sint og sur, var du det?" jeg var liksom helt der da. "Er du lei av meg nå?"*

*I: Ja for det var det du tenkte at hvis hun var sint så..*

*K: ..ja nei nå gir hun meg opp eller er forbanna og vil hun ikke ha noe med meg å gjøre mer. Jeg sa jo ikke det da jeg satt der, men det var det jeg tenkte, og da kunne jeg skrive det også sendte jeg det. Også var det sånn at jeg hadde oppfattet det feil[...] det handlet jo ikke om noe avvisning eller at jeg var slem eller fæl eller noen ting.*

Det vises her hvordan klienten plukker opp noe ved terapeuten som hun oppfatter som en irritasjon mot seg selv, og overfortolker så dette til et tegn på at terapeuten ikke orker henne og tar det som en mulig avvisning. Det er viktig å merke seg at klienten ikke gir uttrykk for dette til terapeuten før etter at timen er avsluttet. I siste setning kommer det også frem det en kan forstå som klientens egen negative selvvurdering, at hun er slem og fæl. Et annet eksempel hvor klienten feiltolker terapeutens intensjon i det som skjer, uten direkte å konfrontere terapeuten er:



*K: Jeg hadde en stund hvor det ikke var helt uvanlig at jeg ringte henne for eksempel [...] ..og da fikk jeg alltid enten en sms om at hun hadde sett at jeg hadde ringt eller at hun kanskje ikke hadde tid til å snakke med meg, eller altså det var aldri en sånn avtale at .. så det var helt greit. Men hvis jeg plutselig ikke fikk svar på noe vis da, så var helt sånn "herregud skjer", orker hun ikke eller er hun død eller det var liksom.. det var et par måneder som var sånn. Og det var jo bare på grunn av at ja hun hadde glemt igjen mobilen hjemme, skjønner du? eller, ja det var jo ikke verre.*

Igjen ser det ut til at misforståelsen oppstår uten at det følger en konfrontasjon. Konsekvensen av feiltolkningen går innover i klienten selv. Til tross for at det ser ut som slike feiltolkninger sjeldent bringer frem en direkte konfrontasjon, plukker likevel terapeuten opp at dette er situasjoner hvor noe skjer i klienten som føler seg avvist:

*T: Jeg har kanskje ikke svart på telefonen eller jeg ikke har vært på mail for eksempel, sånn også snakker vi om det og tar det med til timen.. også har jeg min.. en opplevelse av at det er noe i henne som har følt seg litt avvist selv om hun kan snakke om det og forstå det veldig godt når vi snakker om det i timen. så har jeg inntrykk av at det er litt delt da, noen ganger.*

Terapeuten undrer seg også om den delen som føler seg avvist er en mer umoden emosjonell del i klienten, mens den intellektuelle og voksne delen av klienten lettere kan snakke om det og forstå (Anstorp, 2006). I intervju med terapeuten spør jeg også hvordan det er med misforståelser i terapirelasjonen i dag, om det fremdeles oppstår situasjoner hvor klienten kan reagere med å føle seg avvist:

*T: Ja men ikke i nærheten av den grad da.. så jeg synes jo egentlig at det forholder seg veldig fint da. Jeg tror det handler om at vi har prøvd å lage tydelige rammer hvor hun vet at jeg sier at "jeg kommer veldig ofte ikke til å svare men jeg lover å lese" for eksempel da.. så vi har jobba med det at hun på måte er trygg på det [...] altså på en måte så vil jeg kanskje si nei, fordi at som jeg sa at vi jobber med de rammene og snakker veldig mye om sånne ting og jeg tror hun er trygg på meg, jeg kan si ganske mange ting til henne uten at hun føler seg avvist. At vi har en sånn grunnleggende okei allianse.*

Hvordan fortøner så dette seg utenfor terapirummet i andre relasjoner? En ville forvente at misforståelser var tilstede også her, både ut ifra mentaliseringstradisjonens grunnleggende tanke om at det kan skape vansker i interpersonlige relasjoner når mentaliseringen svikter, samt at flere studier viser forekomst av sosiale vansker innenfor pasientgrupper med spiseforstyrrelser (se punkt 2.5 s.12). Det er derfor noe overraskende at begge intervjuene, både med klient og med terapeut, avkrefter dette. Slik beskriver terapeuten de relasjonelle ressursene i klienten:

*T: Hun har en forbausende evne til å holde oppe relasjonene og venner og kontakter over mange, mange år.. [...] Så det er jo ikke sant, det er jo ganske mange ressurser i henne som er intakte, tenker jeg - altså relasjonelle ressurser.. men jeg tror hun på en måte.. til å være så intellektuelt bevisst på det her med.. med å være stabil, med affektregulering... sikkert fordi hun har vært i behandling i så mange år, og liksom fått det litt i blodet at hun jobber for å holde seg unna konflikter for eksempel, holde seg unna situasjoner hvor.. hun kommer i en, til at hun blir så redd da - blir så aktivert. Men det er mye av dette jeg ikke helt vet, og forstår.*

I tillegg til terapeutens ydmykhet i forståelsen av klientens indre, legger en her også merke til at det samtidig med fravær av konflikter eller misforståelser, også ser ut til å være en bevisst unngåelse fra situasjoner hvor dette kan oppstå. Vi skal komme tilbake til denne unngåelsen senere.

### **6.3 Hva trigger hypermentalisering?**

Hva er det så som utløser denne overspente relasjonelle sensitiviteten og feiltolkningen av intensjoner, med misforståelser som tidvis kan følge. Slik klienten selv forteller om dette er det tydelig at det har skjedd en endring. Tidligere ville hun ikke vært i stand til å si noe om hva som utløser den overspente relasjonelle sensitiviteten, som kan vises eksempelvis i form av angst. Klienten har tidligere vært mye plaget av angst, og unngikk da både offentlige steder som kjøpesenter, eller steder hvor mange er samlet på engang, f.eks. kollektiv trafikk. Hun beskriver at hun heller ikke den gangen var redd for ulykker og egentlig ikke folk i seg selv – men gikk likevel rundt med en enorm redsel som ikke gav mening for henne. Klienten har i dag bevisste refleksjoner omkring hva som kan trigge det hun selv omtaler som varhet. I tillegg er det også flere uttalelser som viser til hvilke tanker hun gjør

seg forut for feiltolkninger. Disse triggerne kan beskrives henholdsvis som *sinte blick*, som er et faresignal, og en *frykt for avvisning*. Begge triggerne spiller seg ut i relasjonelle situasjoner, men ser likevel ut til å være adskilt ved at frykten for avvisning virker best å beskrive nære relasjoner (særlig terapirelasjon), mens faresignaler i form av *sinte blick* blir plukket opp i relasjonelle situasjoner ute i verden.

### 6.3.1 Sinte blick

Klienten har særlig lett for å plukke opp *sinte blick*, dette er noe som skremmer henne. Et eksempel på dette er når klienten tar bussen og blir vitne til en krangel som ikke har noe med henne å gjøre. Slike *sinte blick*, aggressive håndbevegelser, høyrøstethet etc. beskriver klienten som *...så integrert i mitt følelsesliv som tegn på trussel at nettopp følelser tok over for både rasjonalitet og av og til handling. Som å gå av flere stopp enn man egentlig skulle pga. en udefinierbar frykt for "noe" eller rett og slett ikke vite hvorfor, mer i gata som "jeg måtte gå av da, men vet ikke hvorfor"*. Slike faresignaler trigger den overspente relasjonelle sensitiviteten, «følerne» er så langt ute at hun reagerer uten en gang å være bevisst hva det er en plukker opp. Det er altså et ytre fokus orientert mot andre hvor det skjer en implisitt og affektiv prosessering. Faresignalene er nært knyttet opp til klientens traumehistorie:

*K: Konkret eksempel fra mitt liv er at jeg fra veldig liten ble utsatt for overgrep, og et sint fjes var for meg som 5 åring enten et forvarsel om seksuelle overgrep med vold, vold uten innslag av seksuelle overgrep eller det meste man kan tenke seg av krenkelser andre kan påføre et annet menneske.. og videre; Dermed vokste jeg opp med at årsak og sammenheng kun er knyttet til at når folk er sinte [...] så vil jeg bli skadet.*

### 6.3.2 Frykt for avvisning

Flere av de tidligere sitatene illustrerer en frykt for avvisning. Tanker om at terapeuten ikke skal orke mer, gi opp, etc. Denne frykten virker å være bevisst tilstede hos klienten: *men jeg har alltid vært veldig...[...] man blir så var på avvisning*. I tidligere terapirelasjoner kan det se ut til at denne frykten for avvisning har forhindret nærhet:

*K: ..det er jo ikke alle det har vært naturlig å på en måte åpne seg opp for og vise følelser for for eksempel eller svakhet.. Jeg kan ha følt meg som litt sånn dårligere menneske fordi de virka så overlegne og pene og tynn og flink og morsomme, og deres liv er så*

*perfekt.. Hvilken rolle er jeg i det liksom? Går du hjem til det perfekte huset ditt og alt det der, også sitter jeg her, og du driter vel i hvordan jeg har det egentlig..*

Et tankekors en bør hvile en stund ved er at behandlingen også har blitt et sted hvor relasjoner ikke forblir stabile. Dette er et sted hvor en stadig «mister» noen: *..Jeg hadde gått hos henne (tidligere terapeut) et halvt år også var det jaa jaa så skulle jeg bytte terapeut igjen. Så jeg var veldig skeptisk når jeg begynte hos [nåværende terapeut]. For jeg tenkte "igjen?! Hvor mange psykologer har jeg egentlig hatt nå liksom, 12..?"*

Også hos sin nåværende terapeut var klienten lenge redd for avvisning og det ble viktig for henne å få avkrefte denne frykten igjen og igjen fra terapeuten:

*K: ..det var jeg jo veldig redd for lenge fordi det var så ustabil da og "nå orker du ikke mer", "jo jeg er her og jeg holder ut".. sånn at hun liksom ikke bare "du er så slitsom pasient og det så mye styr med deg at en bare nå må du begynne hos en annen".. også når vi har snakka om at kanskje vi skal søke et annet sted eller sånt så er det "nei men jeg er her fortsatt liksom, selv om du blir innlagt og..så forsvinner jeg ikke" okei.. for jeg er vant til en avvisning og alltid miste folk i livet mitt da, ikke ha en lang stabil relasjon.*

Klienten er tydelig knyttet til sin nåværende terapeut, men det kan se ut til at denne tilknytningen også aktiverer en frykt for avvisning, *K: Da blir man jo redd for å liksom miste den ene personen som holdt deg ut når du hadde så mye..når det skjedde så mye da.* Samtidig er denne frykten for å miste terapeuten, i takt med misforståelsene, mindre tilstede i dag:

*I: ..men er det sånn at du, hvis du kjenner på den frykten for å skulle miste henne eller at hun avviste deg - blir det lettere misforståelser da, eller kan..?*

*K: Ja.. men nå har jeg ikke den, det er ikke sånn nå lenger da. Det er ikke sånn at jeg må klamre meg fast.*

## **6.4 Klientens tilpasning og overlevelse**

Som tidligere nevnt finner en få misforståelser i klientens relasjoner utenfor terapirommet. En mulig fortolkning av dette er at klienten unngår å danne for nære relasjoner i frykt for avvisning, og demper sådan selve frykten ved å holde relasjoner på trygg avstand.

Faresignaler kan vekke uro og angst. Klienten har flere måter å dempe dette emosjonelle ubehaget på. Flukten fra ubehagelige følelser, vonde minner og tanker kan omtales som selve essensen i spiseforstyrrelsens funksjon. I de neste avsnitt vil jeg ta frem sitat som belyser hvordan klienten på sin måte forholder seg til og delvis «løser» eller demper ubehaget som triggerne vekker.

#### **6.4.1 Måter å dempe emosjonell smerte på**

Som nevnt tidligere er både klienten og terapeutens forståelse av den høye skåren på *Reading the Mind in the Eyes* knyttet opp mot traumer fra tidlig barndom. Minner om barndomstraumer dukket først opp i etterkant av oppstarten av terapi med klientens nåværende terapeut. Forklaringen på hvorfor minnene kom først da, opplever klienten som sammensatt, men trekker frem at trygghet til terapeuten nok har vært en avgjørende faktor. Hun understreker likevel tydelig at det ikke ligger noe iatrogen i dette. De skildringene klienten gir av sin traumehistorie er også med på å danne et tydeligere bilde av hvorfor det å kjenne på og utrykke affekt er blitt så skummelt for henne:

*K: ..jeg har opplevd mye overgrep og dårlige ting da jeg var veldig liten. Og som da liksom gjør at man ikke... utvikler normale emosjonelle reaksjoner da, for det har ikke vært rom for det. Du kan ikke være.. hvis du er oppvokst med å bli slått når du er 5år og hvis du begynner å grine så blir du slått mer.. så sitter den fast. Og da sitter man som voksen og tenker at jeg kan ikke begynne å grine for da kommer noen til å komme å slå meg. Og selv om det at jeg skjønner at det er jo ikke logisk. [...]Men sånn emosjonelt eller følelsene på en måte i kroppen, så er det ikke det samme. [...] å skulle liksom gå å ha med seg masse dritt og skulle utvikle trygge relasjoner når du ikke har fått det hjemme.. da vet du jo ikke hva det er. Så du bare flyter med da, sånn som alle andre ser ut til å.. å leve livet sitt.. som jeg har prøvd uten å ja.. på mitt vis da som ikke har vært så konstruktivt da men jeg har ihvertfall overlevd (humrer).*

I siste del av sitatet viser klienten til hvordan hennes måte å være i verden på, om ikke konstruktiv, likevel har gjort at hun har overlevd. Terapeut og klient virker å ha en felles forståelse av de ulike symptomenes funksjoner, og at disse er nødvendig inntil en finner andre måter å håndtere livet på.

*T: Altså jeg tenker om hennes spiseforstyrrelse som et symptom for å holde andre ting i sjakk. Holde andre følelser, minner, frykt..ehh..under kontroll.. ha en mestringsstrategi. Hun har andre, hun bruker noe alkohol, hun selvskader seg til tider. Og hun bruker maten som reguleringsmekanisme. Det er hennes, det er drivkraften i hennes spiseforstyrrelse tenker jeg. Det er det mye mer enn.. enn tanken om å være så og så tynn for eksempel.*

Som beskrevet tidligere har klienten flere måter hun kan rømme på. Og som terapeuten også er inne på, er spiseforstyrrelsen kun en av flere fluktruter:

*K: Jeg stenger meg fremdeles inne, rømmer ved å overspise og kaste opp, har drevet med mye selvskading, drukket for mye, gått ute midt på natten eller havnet i en dissosiativ tilstand med hukommelsestap, men hvor verden likevel har eksistert som normalt uten at jeg har "vært der". Alt for å slippe å kjenne på følelsen "frykt" fordi den er så direkte knyttet opp mot vanskelige minner jeg ikke orker å minnes på...*

Fluktrutene har felles mål, men fungerer noe ulikt. Blant annet beskriver klienten spiseforstyrrelsen som en rus over tid som tar henne bort fra alt annet tankeinnhold, mens selvskading (som i dag er mindre fremtredende) fungerer som en straff som igjen gjenspeiler en svært negativ selvnedvurdering. Det er ikke bare konkrete minner, følelser og tanker som klienten rømmer fra. Det er også vanskelig for klienten å skulle stå i det å kjenne på et indre kaos, uten selv å forstå eller kunne skille hva som er hva:

*K: ..det fikk jeg jo beskjed om av en psykolog en gang, " ja du er god på mange ting du - men du er innmarig dårlig på følelser" [...] han skjønnte jo at jeg fikset å høre den setningen, og det er jo egentlig helt sant. For det er noe med å identifisere hva som er hva. Jeg aner ikke jeg for da blir det bare kaos. Så da prøver man å rømme da. Å gjøre noe konkret istedenfor å sette seg ned å føle ting.*

Selv om klienten i dag har oppnådd positiv endring på flere punkt, er denne måten å håndtere det vonde på en ond sirkel som fremdeles repeteres:

*K: Jeg sitter her med massevis av arr som en gang i tiden var kutt og sår, og det hjalp meg kanskje der og da, akkurat de minuttene, til å tenke på noe annet eller føle noe annet enn desperasjon, angst, forvirring, fortvilelse og alle andre følelser jeg ikke klarte å føle. [...] Det er innmarig leit å vite at jeg har skadet meg selv både direkte og*

*indirekte på en måte som har gjort at jeg har fått varige mén – og likevel, en av de få måtene jeg klarer å håndtere den tristheten på, er ved å fortsette å rømme fra meg selv, spise mat og kaste opp... Jeg ser mønstrene selv, men "glemmer" det igjen og igjen...*

## **6.4.2 Unngåelse og oppdeling av verden**

En mulig forståelse av de få eksemplene på misforståelser i sosiale relasjoner utenom terapirommet, kan altså være at dette mer enn noe annet gjenspeiler en unngåelse av situasjoner hvor nettopp misforståelser kan oppstå. I refleksjonen rundt dette trekker terapeuten linjer til klientens lange fartstid i behandlingsapparatet. Terapeutens refleksjoner omkring selve unngåelses-mekanismen er forøvrig også i overensstemmelse med klientens egen beskrivelse:

*K: Kan ikke huske en eneste stor konflikt og ihvertfall ingen krangel fra de siste 10-15 årene. Både fordi jeg ikke er en "kranglete/kverulerende" type, og fordi jeg er konfliktsky. Jeg tar heller på meg skylda hvis det har oppstått en misforståelse så saken kan komme ut av verden raskt. [...] Jeg har alltid enten sagt "Det var min skyld" hvis jeg aner en konflikt eller forlatt en krangel/ konflikt ved å gå et annet sted. Det gjelder både face to face og misforståelser som kan oppstå på telefon, sms eller e-post.*

Igjen viser dette at dersom det oppstår en feiltolkning av intensjon vil konsekvensene gå innover og ramme klientens eget indre, og ikke ut slik at det rammer de sosiale relasjonene og skaper misforståelser. En annen mulig forklaring er at klienten, som flere sitat viser, er svært oppmerksom på å unngå å dømme eller overfortolke andre rundt henne. Her trekker også klienten linjer til det å ha vært i langvarig behandling, men på et annet nivå enn hva terapeuten peker på. Det klienten vektlegger er at en gjennom flere innleggelse har møtt svært mange og ulike mennesker, og at dette bygger ned fordommer eller forutinntatthet om hvordan andre er eller hva de tror, tenker og føler. Samtidig som det også kommer frem at det er viktig for henne å ha en forståelse av det som skjer i andre:

*K: Jeg tenker ikke så mye over det alle andre driver å tenker på. Eller jeg, det kommer jo helt an på kontekst. Men jeg tror ikke det er noe sykt i det å lure på hva andre tenker*

*om ting. [...] ..jeg prøver å ikke ilegge andre liksom egenskaper og tanker og meninger og holdninger som jeg ikke alltid kan noen ting om. Som jeg ikke kan vite.*

Et interessant moment i forståelsen av hvorfor det er fravær av misforståelser i sosiale relasjoner, er at klienten skiller mellom sin syke og sin vanlige verden: *..jeg alltid vært sånn at når jeg har vært innlagt så har jeg ikke hatt eller har ikke hatt lyst på å få besøk for eksempel. For det er min syke verden der som de ikke har noe med.* Det er derfor vanskelig å skulle vurdere om det er en svekket sosial fungering i slike perioder fordi hun ikke utnytter de sosiale rammene hun har. På en dårlig dag isolerer hun seg på sitt eget rom. Klienten forklarer behovet for dette skillet slik:

*K: Det har vært min tid som pasient, min tid til å slappe av og ikke ta meg sammen og ta masse ansvar, min tid til å bare være... Å være hjemme og ha det veldig lite greit, men samtidig holde det skjult, ikke vise svakhet, ikke gråte, ikke ligge i senga i ukevis og skape bekymring – det tar masse energi. Jeg har blitt innlagt mange ganger uten at de rundt meg egentlig har skjønt at det har vært ”så ille”.*

Det fremkommer i dette sitatet at klienten aktivt forsøker å skjule sitt indre fra andre. Det er gjennomgående i intervjuet at hun ikke ønsker å skape bekymring eller belastning for andre, det er viktig å unngå «å være til bry»: *I tillegg vil jeg ikke involvere andre, mase, bekymre eller bruke av andres tid mer enn nødvendig hvis jeg har det vanskelig.* Dette er relevant fordi en kan tenke at det å skjule sitt indre indirekte kan være med på å skape misforståelser eller vansker mellom klienten og andre. Ikke minst kan resultatet som klienten selv også peker på være at hun går glipp av sosial støtte: *Men det har jo ofte gått litt sånn, at da virker det kanskje bedre enn jeg er da, eller gladere..*

Klienten har som del av behandlingen i *Minding the Body* prosjektet, deltatt i gruppeterapi. Noe frimodig kan en undre seg om klientens løsning for å unngå at hypermentaliseringen trigges resulterer i en annen form for mentaliseringssvikt, nemlig pseudomentalisering:

*K: Jeg kan snakke om mine greier, men det blir ikke noe emosjonelt ut av det eller.. [...] det var ikke naturlig for meg å sitte i gruppe og snakke om sånt da. Eller om noe som er så emosjonelt og sårbart da, det er liksom veldig privat for meg. Så det blei mer en sånn intellektualiserende greie..*



Denne intellektualiserende formen merkes også i intervjuet med meg. Eksempelvis i fortellinger om behandlingserfaringer, som er lengre narrativ med overvekt på kognitive eller intellektualiserte beskrivelser uten den affekt en ville forvente ut ifra innhold. Selv når spørsmålene er direkte vendt mot klientens indre opplevelser, har svarene ofte en generell og intellektualisert form uten en tydelig affektiv kjerne. Dette kan være tegn på pseudomentalisering (Luyten et al., 2012a). Som allerede nevnt beskriver klienten at varheten er mer aktivert når hun møter noen for første gang. Klienten forteller også at hun ofte kan være ærlig og åpen, men ikke nødvendigvis privat. Jeg forstår av dette at hun holder noe av sitt indre tilbake, og at den affektive kjernen i det hun formidler ikke blir uttrykt. Et annet perspektiv er at dette ikke direkte er pseudomentalisering, selv om det er intellektualiserende i formen. Tvert imot kan en fortolke dette som en konstruktiv måte for klienten å regulere nærhet og avstand på. Hun er selv klar over at nærhet kan trigge intens emosjonell aktivering. Det er da en forståelig måte å ordne seg på ved å holde samtaler på et intellektuelt og ikke emosjonelt plan, dette gjør at hun kan fungere fint i sosiale relasjoner.

Det ser imidlertid ut til å ha skjedd en endring i løpet av terapien når det gjelder å uttrykke og dele av eget indre. Den intellektualiserende formen i samtale med terapeuten er mindre fremtredende. Dette er bare et av flere punkter hvor en kan se at den terapeutiske prosessen har skapt en endring.

## **6.5 Endring og den terapeutiske prosessen**

Terapien ser ut til å ha utfordret klientens måter å forholde seg til det som kan trigge hypermentalisering. En kan også se en endring i klientens måte å være i verden på. Det er tre punkter hvor en spesielt legger merke til en endring hos klienten, og som ser ut til å være knyttet opp mot bevegelse og arbeid i terapiprosessen. Disse er at klienten er bevisst på å skille mellom nåtid og fortid, at klienten i større grad forstår og kan dele av sitt indre, og til sist men aller tydeligst, at det er etablert en trygghet i terapirelasjonen.

### **6.5.1 Skiller bedre mellom nåtid og fortid**

Klienten beskriver en tydelig endring hvor hun i dag i langt større grad er i stand til å skille mellom gamle fryktmønstre og det som skjer her og nå. Dette hjelper henne å håndtere faresignalene hun kan plukke opp ute i verden:

*K: Jeg går ikke rundt og er sånn årvåken på bussen, men kanskje jeg plutselig merker at "oj, den der personen så skummel ut" og da blir jeg litt redd. Også blir jeg redd, også hvorfor i alle dager blir jeg redd nå - jeg har jo ikke noe grunn til det.. men det er jo liksom gammelt emosjonelt grums som sitter fast, som ikke er forankret i her og nå i det hele tatt. Og det må man jo lære seg å skille på, hva er gammelt nytt liksom.*

Et annet eksempel på dette skillet er da klienten for kort tid siden skulle fornye passet sitt. Hun forteller at dette var noe hun utsatte og utsatte i lengre tid, uten helt å forstå hvorfor, men hver gang hun tenkte på det fikk hun angst. Etter hvert fikk hun nærmest en aha-opplevelse, slik hun beskriver det, ved at hun innså at utsettelsen kom av gammel frykt knyttet til det å være på politistasjonen. Forrige gang hun var på denne politistasjonen så hadde hun vært der for å anmelde en sak, og satt i avhør om det hun litt enkelt beskriver som «forferdelige ting». Det var dette som trigget frykten og dermed unngåelsen. Da hun så denne linken, roet det henne slik at hun gikk og fikk ordnet det:

*K: Så det var egentlig en litt sånn, deilig å.. å oppdage det. Samtidig som liksom, ja okei det er så lite som skal til for å trigge noe skummelt. Men så er det mulig å gjøre noe med det. Jeg dro jo dit, og døde jo ikke. Det skjedde jo ingenting.*

Dette sitatet belyser også en annen viktig endring, håp. Klienten fremstår håpefull til at positiv endring er mulig.

## **6.5.2 Forstår og deler mer av sitt eget indre: Økt affekttoleranse**

*K: For jeg vet jo ikke helt hvem jeg er. Det er jo det som er litt vanskelig.* Klienten er fremdeles i arbeidet med sin historie, og i tråd med mentaliseringslitteraturens begreper er hun i prosessen med å bedre mentaliseringsevnen innover. Terapeuten påpeker også at klienten fremdeles kan streve med å være, og å være i seg selv – men at hun likevel ser *..en noe økt evne til å forholde seg selv, til seg selv og til livet sitt..* Noe som peker tydelig på fremgangen når det gjelder å forstå og dele mer av sitt eget indre, er at klienten våger seg nærmere i relasjoner også utenfor terapirommet:

*K: hun (om terapeuten) har jo lært meg det der med trygge relasjoner etterhvert da, at det eksisterer. Så jeg har jo blitt mye flinkere. Sånn at det jeg har fått et mye nærmere forhold til søsteren min etterhvert, fordi jeg har kunnet for fortelle om ting som har*

*skjedd meg. Mamma som jeg egentlig aldri har fortalt om noen ting til. Så vennene mine har jo sagt [...] "før så bare gikk vi rundt og så på at du ødela deg selv, også fikk vi ikke gjort noen ting" eh.. "mens nå er der noen å hjelpe". Og det var litt sånn "oj, ja", fordi da har jo de rundt meg bare gått rundt og følt at de ikke får gjort noen ting, fordi jeg har vært så avstengt. Så hadde jeg liksom åpnet meg litt opp sånn at de følte at de kanskje..det var noen å hjelpe [...] Fordi jeg liksom klarte å si noe om, ett eller annet om mine liksom gitt uttrykk for mine behov da..*

Ved å bli tydeligere for seg selv, ser det også ut til at klienten er blitt tydeligere for andre. Det er naturlig å tenke at dette også vil være med å forhindre misforståelser i nære relasjoner ved at klientens tydelighet reduserer sjansen for at andre feiltolker eller misforstår henne.

### **6.5.3 Etablert trygghet**

Etter å ha lest intervjuene igjen og igjen, er det et ord som står opp fra sidene når en skal forsøke å se en helhet – *trygghet*. Det utrygge skaper en sensitivitet som raskt plukker opp faresignaler ute i verden. Frykten for å bli avvist eller miste noen gjør relasjoner utrygt og behovet for å forstå hva som skjer i andres indre vokser seg større. Jo tryggere omgivelsene eller relasjonen er, jo mindre er denne sensitiviteten tilstede. Eksempler på både overspent relasjonell sensitivitet og feiltolkning av intensjoner handler først og fremst om tidligere hendelser tilbake i tid. Klienten beskriver i dag en trygghet i relasjon til sin terapeut:

*K: Å få bevis på at noen "tåler hele meg" var det som la grunnlaget for at jeg ikke trengte å bevise så mye og jeg kunne også tillate meg å være sårbar, redd, forvirra, stille dumme spørsmål og ikke alltid prestere noe. Nå kjennes det ikke unaturlig ut å sitte i en krøll i stolen og si at livet er vanskelig uten å smile – jeg er ikke der for å underholde henne. Og jeg vet at hun ikke sender meg ut døra fordi jeg er en jævlig kjedelig og sur person av den grunn liksom.*

En kan se at tryggheten gjør at klienten nå stoler på at terapeuten ikke avviser henne. Dette er en endring som ikke kan løftes frem tydelig nok. Frykten for avvisning ute i verden ser også ut til å være betydelig dempet:

*K: ..det å fortelle om min historie og bli møtt med forståelse og ikke minst det å bli trodd – det har gjort skammen mindre, redselen for hva "alle andre tenker om meg nå" mindre og hele verden har blitt snudd litt på hodet i form av at jeg kanskje kan tenke på at jeg har en plass her i verden jeg også.*

En av de viktigste kliniske implikasjonene som kan trekkes ut ifra disse funnene, er at etablering av trygghet i den terapeutiske relasjonen bidrar til å dempe hypermentaliseringsen. Så hvordan arbeider så terapeuten for å etablere trygghet, og hva er det klienten beskriver omkring dette.

*K: ..når jeg begynte hos [terapeut] så var det mer å finne ut av hva som er trygt eller ei da. Veldig mye sånn tilknytnings.. nei altså var det vel god kjemi tenker jeg. Jeg kunne liksom..ja hun gikk ikke på alle de der, jeg har en tendens til å bagatellisere eller fleipe bort ting, og hun har jo masse humor men hun liksom satte foten ned noen ganger da "men det er jo ikke morsomt". "Det er jo bare tragisk og farlig det du forteller om"..mm.. Og da begynte jeg liksom ja er det sånn.. bryr hun seg om meg kanskje?..hmm.. kanskje hun gjør det? ja.. så hun gav seg ikke da hun var litt streng noen ganger, men det er jo bare fordi hun bryr seg. Så tenkte jeg, er det noen som kan bry seg om meg i det hele tatt.. og det var helt vanvittig å tenke at det ikke bare var jobben sin hun gjorde. Hun gjorde det også, men hun var engasjert da..*

Noe av det klienten trekker frem i dette, og andre sitat hvor hun beskriver sin opplevelse av trygghet i terapien, er at det er en terapeut som: deler sine egne tanker og følelser, er tilgjengelig, forstår noe mer enn klienten selv, samtidig som hun er undrende og ikke konkluderende. Klienten opplever også at terapeuten bryr seg om henne, og ikke minst rommer og tåler hele henne over tid. Klienten er tydelig på at for henne er det relasjonen til terapeuten som har betydd mest, ikke akkurat hva eller hvordan terapeuten har gjort ting. Tryggheten i terapirelasjonen er en erfart trygghet over tid. Jeg forsøkte i intervjuet med klienten å få tak i hva denne tryggheten gjør med henne:

*K: Det gjør vel det at jeg kan komme dit og liksom ikke ta meg sammen.. Jeg kan komme dit og være sliten og sur..og jeg kan komme dit og eventuelt grine, jeg kan komme dit og bare alt er helt.. jeg trenger liksom ikke å legge skjul på noen ting da. [...] Men tryggheten er vel bare å ha ro til å være, uten å prestere.. At man har lov til å være*

*sliten eller lei seg eller sint eller blid eller.. og det er ikke noe sånn der å komme dit og føle at nå må vi drive aktiv terapi liksom.*

Terapeuten forteller at hun fra starten av har vært bevisst på å arbeide med at klienten skal bli trygg på henne, dette har hun blant annet gjort ved at klienten selv i oppstart av terapien hadde kontroll på hvilken informasjon terapeuten mottok fra klientens forrige behandler. Terapeutens fokus har vært *Jeg skal være trygg, stabil og være her*, (med «her» menes da terapeutens kontor). I følge terapeuten selv har hun ikke hatt et eksplisitt fokus på mentaliseringsintervensjoner som sådan, men hun trekker frem at prinsippet om «two minds in the room» har vært nyttig i arbeid med denne klienten (Skårderud & Fonagy, 2012). Hun trekker også frem betydningen av å arbeide med at hun blir et trygt objekt for klienten, og at klienten ved å kunne ta innover seg andres omsorg eller empati forhåpentlig også vil klare å opparbeide empati for seg selv. I likhet med klienten, ser også terapeuten på stabilitet over tid i relasjonen de imellom som en del essensen i grunnlaget for endring:

*T: Så det å være stabil da, og ikke gå inn i en privatrelasjon, men heller ikke måtte fjerne meg og bli lei av henne når hun har det vanskelig og ikke kommer videre på en måte, men å være stabil. Det tenker jeg er kanskje en av de viktigste terapeutiske ingrediensene over tid da, egentlig så det er relasjonen til meg. Kan det være at hun har en helt annen mening om det (humrer..), men det.. det er sånn jeg tenker om det.*

Det har utvilsomt vært en utvikling over tid i terapirelasjonen mellom klient og terapeut. Dette er naturligvis positivt, men akkurat i denne oppgaven kan det også være en ekstra utfordring i utforskningen av hypermentaliserings. Likevel er det min mening at resultatene like fullt utvider vår forståelse av begrepet hypermentaliserings. Et av de viktigste bidragene er kanskje at en ser hvordan feiltolkning av intensjon ikke nødvendigvis resulterer i misforståelser, men kan gå innover og bekrefte klientens negative selvbylde. Dette opprettholder frykten for avvissning. Altså kan en på sett og vis tenke på misforståelser som positivt i terapirelasjonen dersom de fanges opp, fordi da kan de også repareres og klienten lærer noe mer om seg selv. Dette sier noe om mekanismen i hypermentaliserings, mens klientens traumehistorie gir forklaring på den overspente relasjonelle sensitiviteten som kan utløse eller trigge hypermentaliserings. I tråd med traumelitteraturen, er det i behandling essensielt å etablere trygghet (Allen, 2001; Allen et al., 2012). Noe som ser ut til å være sant for denne terapirelasjonen.

# 7 Diskusjon

Denne oppgaven har tatt sikte på å besvare tre forskningsspørsmål, hvordan kan vi forstå hypermentalisering, hvordan arter det seg og hvilke implikasjoner det kan ha for psykoterapi. Kompleksiteten i hvordan hypermentalisering forstås og omtales er til dels redegjort for i del tre av oppgaven. Jeg vil nå gå litt tilbake til tidligere definisjoner og beskrivelser som er gitt, for å se disse i lys av resultatene. Hvordan hypermentalisering arter seg kan ikke forklares på noen absolutte vis, likevel kan en si noe om hvordan dette ser ut til å arte seg for denne klienten. Jeg vil forsøke å illustrere dette gjennom en figur som vil bli drøftet i denne delen av oppgaven. Til sist vil jeg drøfte hvorvidt hypermentalisering er et nyttig begrep i en klinisk sammenheng.

## 7.1 Så hva er egentlig hypermentalisering?

I likhet med moderbegrepet mentalisering, ser heller ikke hypermentalisering ut til å være en stabil form for mentaliseringsprosessering på tvers av situasjoner og relasjoner. Alle foruten om Rydén og Wallroth (2008), peker på at dette er en relasjonell mentaliseringsvikt. Til dels er Rydén og Wallroth (2008) sin definisjon godt beskrivende for klientens egen fremstilling hvor hun bekrefter å streve mer med seg selv, enn med forståelsen av andre. Det ser likevel ut til at hun kan feiltolke intensjon hos andre i enkelte situasjoner og dette er noe som har skapt utfordringer, særlig i terapirelasjonen. Til tross for at konsekvensene av feiltolkningen like gjerne kan gå innover i klienten selv som utover og skape misforståelser, oppstår selve feiltolkningen i relasjonelle kontekster.

Flere hevder at hypermentalisering er en form for pseudomentalisering (Fonagy et al., 2012; Luyten et al., 2012a). Jeg strever med å forstå denne likestillingen. En overspent relasjonell sensitivitet og korrekt identifisering av affekt, tross i mulig påfølgende feiltolkninger av intensitet og intensjon, er ikke off-line mentalisering eller pseudo. Denne typen mentaliseringsprosessering kan føre til en mentaliseringsvikt ja, men vedkommende er online og plukker opp noe som skjer ute i verden. Det ville derfor være underlig å omtale denne prosessen som pseudo, hvilket betyr uekte, falskt eller pretensiøst. Vi kan alle feiltolke intensjonen bak handlinger eller affekt. De fleste av oss har vært del av en misforståelse hvor vi feilaktig har ilagt andre intensjoner det viser seg at de ikke har hatt. Kanskje har en

feiltolket signaler som ble gitt, men signalene en har plukket opp er noe som faktisk har skjedd.

Jeg ble noe overrasket da jeg leste Sharp og kollegaer (2011) sin uttalelse om at hypermentalisering har en sterk tradisjon i psykoanalytisk litteratur hvor det blir omtalt som *excessive use of projection*. Som allerede påpekt finner jeg ikke igjen denne beskrivelsen andre steder i litteraturen, eller i referansen som oppgis. Den sammenfatning av studier hun har gjort, gjelder studier av sosialkognisjon hos pasienter med borderline personlighetsforstyrrelser eller borderlinetrekk. I og med at Sharp sin forskning har omhandlet borderlineproblematikk, ville det være noe prematurt å hevde at denne modellen av hypermentalisering er gjeldende på tvers av psykiske lidelser. Selv om Sharp (i trykk) integrerer ulike forskningsfunn i en tilsynelatende helhetlig modell, mangler det likevel noen biter av puslespillet ennå. Det er noe vagt hva som definerer en intens emosjonell interpersonlig hendelse som er satt som triggeren til hypermentalisering. Det kommer ikke frem hva som utløser selve hypermentaliseringen, og hvorvidt dette er egenskaper ved situasjonen eller egenskaper ved den som hypermentaliserer. Min antagelse er at forut for en slik intens emosjonell hendelse vil det være en overspent relasjonell sensitivitet og at det er subtile signaler ved situasjonen som trigger enten en trusselbasert eller en trygghetsbasert mentaliseringsprosess hos vedkommende. Hypermentaliseringen utløses av en oppfattet trussel. Hva denne innebærer vil trolig være avhengig av det enkelte individs personlige narrativ. For den klienten jeg har intervjuet, ser det ut til at det er faresignaler som sakte blikk eller en frykt for avvisning som trigger en trusselbasert mentaliseringsprosess. Modellen til Sharp (i trykk) nevner heller ikke noe om hva feiltolkningen handler om. Plukker en opp signaler som en feiltolker, eller feiltolker en som resultat av at det er visse signaler en ikke plukker opp? En skulle tro at det i behandlingsøyemed ville være en vesentlig forskjell om feiltolkningen skyldes manglende sosial forståelse, eller er en projisering av ens eget negative selvilde.

Det er et gjentagende problem i mentaliseringslitteraturen at begreper brukes om hverandre. Det blir derfor utydelig hva som er den egentlige betydningen av et begrep, fordi forskjellene hvikes ut som et resultat av parallell bruk. Stänicke (2012) påpeker at et problem ved selve mentaliseringsbegrepet er at det skal vise til mange og ulike aspekter av psykisk fungering. Dette påvirker begrepets spesifisitet, det blir for elastisk. Noe som videre

understreker hvor viktig det er å ha en mer presis forståelse av «underbegrepene», i dette tilfelle hypermentalisering.

### **7.1.1 En ressurs eller et problem?**

Rydén og Wallroth (2008) beskriver den hypermentaliserende som en god lytter, oppmerksom og innsiktsfull. Å være var for andres indre kan være en ressurs, men som Rydén og Wallroth (2008) understreker, kan dette gå på bekostning av varheten for ens eget indre. Det som diskuteres er også hvor godt en faktisk forstår andre, eller om varheten skaper feiltolkninger. Den overspente relasjonelle sensitiviteten som aktuell klient viser, står i veien for trygghet. Opprettholdelsen av et slikt «på vakt» forsvar er nok trolig svært strevsomt. Slik som klienten beskriver situasjonene hvor hypermentalisering oppstår, blir den trigget av faresignaler som sinte blikk og en frykt for avvisning. Når frykten aktiveres er det naturlig å beskytte eller forsvare seg selv. Tar en utgangspunkt i Skårderud og kollegaer (2012) sin omtale av hypermentalisering, hvor den forklarende mekanismen er at en projiserer egne selvnedvurderinger inn i andre, kan en mulig fortolkning være at klienten beskytter seg selv mot avvisning ved å forvente og se avvisningen før den kommer. Dersom en forventer å bli avvist eller forlatt, gjør det kanskje ikke like vondt som når det skjer brått og uventet. Denne løsningen kan likevel bli til et stort problem når en ser farer og avvisning der hvor dette faktisk ikke er tilfelle. Forsvaret mot avvisningen blir en hindring for aksept og omsorg. Denne nærmest jakten for å få bekreftet sitt eget negative selvilde kan i sin mest ekstreme form skape en slags paranoiditet, i tråd med enkelte beskrivelser av hypermentalisering (Bremser & Gallup, 2012; Frith, 2004).

Hypermentaliseringen er et problem for klienten. Dersom feiltolkning av intensjon går ut vil gjentagende misforståelser kunne skape en sosial svikt. Går feiltolkningen innover, blir det et problem for klientens bilde av seg selv. Begge alternativer vil likevel kunne påvirke terapirelasjonen. Misforståelser kan skape gnisninger, men enda verre er det dersom terapeutens intensjoner blir feiltolket uten en mulighet for å korrigeres.

## **7.2 En utvidet forståelse av hypermentalisering**

Sentralt i forklaringene og beskrivelsene som både klient og terapeut gir, er at klientens måte å være i verden på er sterkt preget av klientens traumehistorie.



Hypermentaliseringen har ikke oppstått i et vakuum. Jeg støtter meg til Rydén og Wallroths (2008) antagelse om at hypermentaliseringen på et tidspunkt har vært en nyttig strategi. Dette er noe som blir trukket frem i mentaliseringshåndboken av Asen og Fonagy (2012) som beskriver utviklingen av hypermentalisering i en kontekst hvor barnet ikke får plass til seg selv og sitt indre. Luyten og kollegaer (2012b) setter også hypermentalisering i sammenheng med desorganisert tilknytning.

### **7.2.1 Traumer og utvikling av hypermentalisering**

Vi vet at utviklingen av mentaliseringsevnen skjer i de tidlige årene av livet og er avhengig av kvaliteten på emosjonell interaksjon mellom barn og omsorgsgiver (Fonagy et al., 2002; Jurist, 2010). I tilfeller hvor tilknytningen er traumatisert vil den emosjonelle interaksjonen mellom barn og omsorgsgiver være nokså kompleks. Relasjonen til tilknytningsfiguren kan preges både av nærhet og kjærlighet, samtidig med en terroriserende frykt. Utviklingen av en hypersensitivitet for andres blick eller affektuttrykk kan nok derfor ha tette bånd til barndomstraumer. Det blir da uhyre viktig å kunne fange opp andres affekt for å kunne predikere fare, når er det trygt eller ikke. Dersom en ikke er på vakt til enhver tid vil en kunne gå glipp av viktig informasjon, og verden forblir uforutsigbar og utrygg. Den overspente relasjonelle sensitiviteten blir det lille forsvar man har å klamre seg til.

Liotti og Gilbert (2011) introduserer et skille mellom en trusselbasert og trygghetsbasert mentaliseringsprosessering. Dersom et system av trussel og forsvar aktiveres vil dette hindre mentaliseringen, det samme vil aktivering av tilknytningssystemet. I utgangspunktet vil aktivering av tilknytningssystemet gjøre at mentaliseringen går på autopilot fordi det ikke er nødvendig med refleksjon i trygge relasjoner og situasjoner. Desorganisert tilknytning derimot, hvor tryggheten ikke er tilstede, blir derfor et alvorlig hinder for god mentalisering. Både tilknytningssystemet og trussel-forsvar systemet aktiveres på en og samme tid. Som en konsekvens av dette blir nærhet til noe skummelt for vedkommende. Liotti og Gilbert (2011) belyser hvordan emosjonell nærhet kan vekke minner om uløste tilknytningstraumer som forstyrrer mentaliseringen. Det er mange grunner til hvorfor nærhet og det «å bli forstått» kan være truende for en klient med relasjonstraumer. Nyere studier (Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman & Glover, 2008) har vist at for de som er høy på selvkritikk vil det å se for seg at noen er varme og omsorgsfulle mot dem, fysiologisk aktivere en trusselrespons (referert i Liotti & Gilbert, 2011). Som Bowlby (1982)

postulerte, påvirker tilknytningsprosesser nevrobiologisk utvikling på måter som former basale emosjonsregulering- og tilpasningsstrategier (referert i Allen et al., 2012).

Relasjonstraumer påvirker altså ikke bare forholdet til andre, men også forholdet til seg selv. Når en ikke mestrer å regulere følelsene, kan de bli skumle og potensielt overveldende.

En kan i tillegg til frykt for nære relasjoner, eller avvisning, utvikle en frykt for sitt eget sinn (Allen et al., 2012). Ens eget indre blir da forbundet med u håndterbare følelser og traumatiske minner. Allen (2006) beskriver det som etter hvert har blitt et berømt sitat. Han kommenterte i en gruppeterapi hvordan vårt indre kan være et skremmende og utrygt sted. En av klientene svarte da umiddelbart *Ja! Og man vil virkelig ikke gå inn dit alene* (min oversettelse). Som jeg allerede har poengtert i resultatdelen, er *trygghet* det ordet som står for meg når en skal se en helhet i datamaterialet. Klienten har gjennom erfart trygghet og tillitt til terapeuten klart å utfordre det som trigger hypermentaliseringsprosessen. Når de traumatiske erfaringene sitter som en ryggmargsrefleks, er denne tryggheten i terapirelasjonen avgjørende for å kunne våge å tenke alternative tolkninger og å mentalisere egen affekt.

### **7.2.2 Et komplekst begrep og en kompleks prosess**

Slik jeg ser det skyldes noe av kompleksiteten i begrepet det faktum at begrepet ser ut til å være todelt. Den første delen består av en overspent relasjonell sensitivitet, dernest kommer en eventuell feiltolkning av intensjon. Hva som ligger bak den overspente relasjonelle sensitiviteten vil trolig variere og være preget av individuelle forskjeller. Min hypotese er likevel at en vil finne at mange av de som viser en tendens til hypermentalisering har en desorganisert tilknytning som følge av relasjonstraumer. Den andre delen av begrepet, nemlig feiltolkning av intensjon, ser også ut til å være mer komplekst enn hva det kan virke som ut ifra tidligere beskrivelser av hypermentaliseringsbegrepet. Denne feiltolkningen av intensjon kan nemlig få konsekvenser både utover, i form av misforståelser og vansker i sosial interaksjon, men den kan også like gjerne gå innover i personen selv, og ytterligere forsterke et negativt selvbilde. Et negativt selvbilde opprettholder også det som i denne oppgaven er omtalt som en av triggerne til hypermentalisering, nemlig frykten for avvisning. Frykten for avvisning skjerper den overspente relasjonelle sensitiviteten, og forsterkningen blir sirkulær. Ens eget indre blir selv offeret i mentaliseringen av andres indre.

Kompleksiteten kan forklare noe av forskjellen mellom de ulike beskrivelser som er gitt. De ulike forfattere har vektlagt ulike deler av hypermentaliseringsprosessen i sine definisjoner og

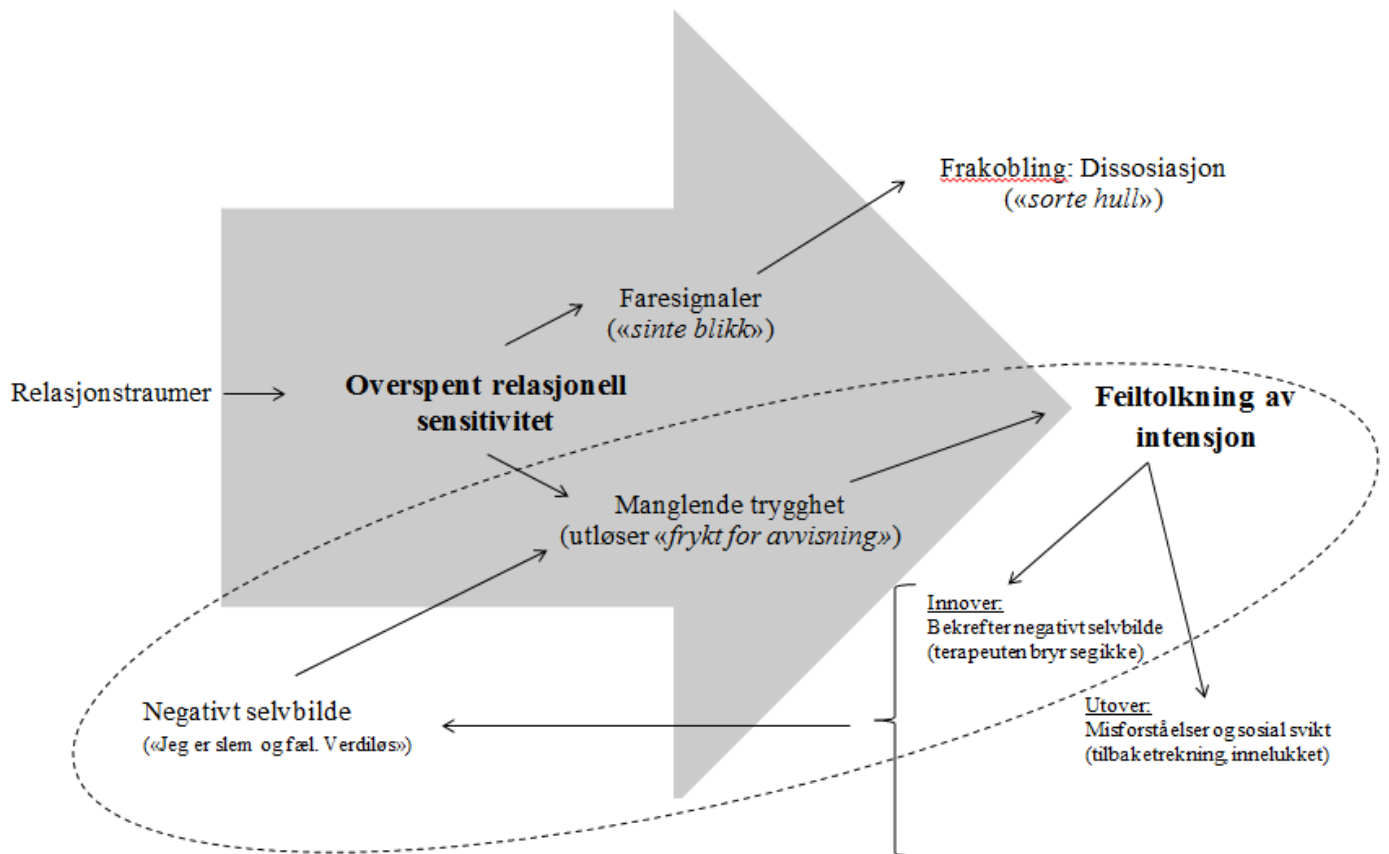
eksemplifiseringer. Et annet moment som også vil påvirke omtalen av hypermentaliserings i ulike retninger er hvordan man undersøker dette fenomenet. Som allerede diskutert måler *Reading the Mind in the Eyes* testen kun en del av hypermentaliseringsen, nemlig den overspente relasjonelle sensitiviteten. På en side kan en si av MASC (*Movie for the Assessment of Social Cognition*) måler mer enn RMET. Samtidig ville jeg anta at aktuell klient i denne oppgaven, ville skåret nokså godt også på MASC. Dette er forøvrig kun spekulasjoner, men begrunnelsen ligger i min forståelse av at klienten kjenner til de sosiale spillereglene og ville derfor kunne svare riktig på spørsmål i MASC testen. Tar en utgangspunkt i forståelsen av hypermentaliserings basert på hennes beskrivelser, oppstår problemet først når hun blir trigget av enten faresignal som sinte blikk, eller av en frykt for avvisning. Å se en film av totalt ukjente som en ikke faktisk selv er i interaksjon med, vil neppe trigge hypermentaliseringsen på samme måte som relasjonen med terapeutens eksempelvis kan gjøre. Min antagelse er derfor at det ikke ville ha tilstrekkelig personlig relevans for henne, og dermed ikke føre med seg hverken forhøyet emosjonell aktivering eller aktivering av tilknytningen. MASC-oppgaven kan dermed løses på et intellektuelt plan.

### **7.2.3 Mitt bidrag: En ytterligere tydeliggjøring av begrepet**

Hypermentaliserings er fremdeles et komplekst begrep. En fullstendig forståelse av fenomenet krever videre oppmerksomhet gjennom forskning og klinisk observasjon. Forståelsen er likevel noe tydeligere fordi teoretisk gjennomgang og empirisk utforskning har gitt ny informasjon. En utvidet forståelse hvor relasjonstraumer kan spille en sentral rolle er introdusert. På grunnlag av en inndeling hvor en ser på triggere til, tegn på og ulike konsekvenser av hypermentaliserings, har jeg foreslått en todelt forståelse av fenomenet, henholdsvis *overspent relasjonell sensitivitet* og *feiltolkning av intensjon*. Begge er tegn på hypermentaliserings, men forekommer i ulike deler av en hypermentaliserende prosess. Resultatene i denne oppgaven peker på *sinte blikk*, som tegn på fare, og *frykt for avvisning* som triggere til hypermentaliserings. I forbindelse med triggeren *frykt for avvisning*, vil jeg anta at ens eget negative selvilde er med både som det som projiseres inn i andre, samt en forsterkende mekanisme hvor frykten for avvisning opprettholdes. En annen hypotese er at triggeren *sinte blikk* som tegn på fare, vil avhengig av kontekst enten utløse den andre triggeren *frykt for avvisning* eller føre til en annen form for mentaliseringsvikt, eksempelvis dissosiasjon. Aktuell klient beskriver dissosiative opplevelser som «sorte hull» i hukommelsen, hvor verden eksisterer som normalt uten at hun har «vært der». Dissosiasjon er

et annet mye omtalt begrep. En kan forstå dissosiasjon som alt fra en normal funksjon, frakobling av bevisst oppmerksomhet, til en mer patologisk fungering hvor det skjer en oppdeling eller manglende integrasjon mellom to eller flere systemer eller strukturer i personligheten (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2006). For en mer fullstendig forklaring og diskusjon av dissosiasjonsbegrepet se Anstorp, Benum og Jakobsen (2006).

Dette er kun hypoteser ut i fra resultatene etter samtaler med denne ene klienten og hennes terapeut. Jeg er ydmyk for at en etter samtaler med flere klient-terapeut par kanskje ville utformet andre hypoteser for hvordan den hypermentaliserende prosessen ser ut. Slik jeg forstår terapiprosessen til denne klienten, har etablering av trygghet dempet den hypermentaliserende prosessen. Tryggheten i terapirommet demper sannsynligvis den overspente relasjonelle sensitiviteten, det er ikke nødvendig å være «på vakt» på samme måte som før. Det kan likevel være tilfelle at tryggheten demper den overspente relasjonelle sensitiviteten i enkelte relasjoner eller situasjoner, uten at det nødvendigvis har en gjennomgående effekt på tvers av ulike kontekster. For å illustrere mine resultater, har jeg forsøkt å fremstille de skjematisk i en figur, som vist under. Formålet med denne ansatsen til tidligere forklaringer er å vise at hypermentalisering er et prosessuelt begrep, i motsetning til tidligere endimensjonale forklaringer av hypermentalisering. Grunnlaget for figuren er basert både på litteratur og empiri omkring hypermentalisering. Eksemplifisering i utformingen tar utgangspunkt i den aktuelle klientens beskrivelser. All mellommenneskelig interaksjon, også hypermentalisering, er komplekse prosesser. En prosessfigur vil derfor alltid være en forenkling av virkeligheten. Likevel kan slike figurer illustrere og gi en oversikt over sentrale forhold i aktuelle prosesser. Figur 3 i denne oppgaven viser med utgangspunkt i aktuell klient, hvordan hypermentalisering kan arte seg. En ser her hvordan relasjonstraumer skaper en overspent relasjonell sensitivitet, og det denne sensitiviteten plukker opp (manglende trygghet eller faresignaler) kan føre til ulike konsekvenser (feiltolkning av intensjon eller frakobling/dissosiasjon). Konsekvensene har igjen en forsterkende og sirkulær effekt på den overspente relasjonelle sensitiviteten (gjennom et negativt selvbylde). Den stiplede linjen rammer inn det som ser ut til å være sentralt for hvordan hypermentaliseringen arter seg innenfor terapirelasjonen. Se figur neste side.



**Figur 3.** Hypotetisk fremstilling av prosesser i hypermentalisering

En mulighet for videre utforskning av hypermentalisering er å ta for seg om det er bestemte karakteristiske forskjeller mellom de som lar feiltolkningen av intensjonen gå innover i seg selv eller utover hvor det skaper misforståelser. En kunne tenke at det her er et skille mellom ulike problematikker, eksempelvis hvor borderlineproblematikk er assosiert med ustabile og brutte relasjoner, mens spiseforstyrrelser er blitt omtalt som en selvforstyrrelse (Skårderud, 2009). Kanskje er det også slik at det er en forskjell mellom de som er internaliserende, tilbaketrekkende og ofte lukker seg, kontra de som har en mer ekstermaliserende stil hvor en oftere konfronterer andre.

For å oppsummere er min forståelse av fenomenet hypermentalisering at dette er en kompleks og todelt prosess. Hypermentalisering er en form for relasjonell mentaliseringsvikt som kan svekke både sosial fungering, men også forståelsen av seg selv. Hypermentalisering kan utspille seg i ulike former avhengig av kontekst og individuelle faktorer. I møte med en klient som viser tegn på hypermentalisering, må den oppmerksomme kliniker ikke la seg «lure» av det som på overflaten ser ut som en rolig sjø, det kan storme under havskorpen.

## 7.3 Hypermentalisering: Et nyttig begrep i klinisk praksis

Til tross for begrepets kompleksitet tilfører det en slags ramme for å forstå hvordan misforståelser oppstår i den terapeutiske relasjonen, og til dels ute i verden. Resultatene presentert i denne oppgaven viser at en etablering av trygghet i den terapeutiske relasjonen betraktelig dempet feiltolkning av intensjon og misforståelser. Det har også, som klienten påpeker, gjort frykten for hva alle andre tenker om en mindre. Begrepets nytteverdi ligger derfor i de kliniske implikasjoner som følger. En må finne ut hva det er som trigger hypermentaliseringen for den enkelte, hva som ligger bak triggerne og hvordan en kan arbeide sammen i relasjonen for å dempe disse på en mer konstruktiv måte enn det klienten selv har forsøkt gjennom symptomenes funksjoner. Bevissthet omkring hypermentaliserings funksjon og mekanismer, og hva dette innebærer for den enkelte, kan være en ressurs i behandling. Dette gjør «det uforståelige» ved klientens reaksjoner og væremåte mer forståelig for terapeuten. Som resultat kan klienten bli mer tydelig, også for seg selv. Håpet er da at sirkelen brytes sakte men sikkert, og klienten kan få erfare trygghet gjennom at en faktisk ikke blir avvist. Tvert imot kan en oppleve å bli rommet og tålt slik som en er. Å etablere trygghet krever tålmodighet fra terapeuten. Det blir viktig at en forstår klientens konfliktfylte behov, som både ønsker hjelp og endring, samtidig som en frykter det å knytte seg til et annet menneske (Benum & Seeger Halvorsen, 2013).

Både teoretisk forståelse og eksperimentell testing kan kun forklare en bit av det komplekse puslespillet mellommenneskelig atferd er. Utvidelse og forbedring av disse to tilnærmingene kan selvfølgelig gi et bedre og mer dekkende svar på hva hypermentalisering er, og hvordan det arter seg. For å si noe om hvilke implikasjoner det har for psykoterapi trenger en likevel klinisk observasjon, og samtaler med både klient og terapeut. Til tross for interessante funn i studier som har anvendt både *Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)* og *Reading the Mind in the Eyes (RMET)* testen, er foreløpig klinisk observasjon i min mening «the method of choice» for vurdering av fenomenet hypermentalisering. Sentralt å merke seg i klinisk observasjon er en klient som virker hypersensitiv i relasjonen, stadig misforstår eller gir tilbakemeldinger til terapeuten hvor det virker på terapeuten som om klienten har feiltolket terapeutens intensjon. En bør også forsøke å få tak i klientens beskrivelser av misforståelser i sosiale relasjoner utenfor terapirommet. Bevisst

oppmerksomhet rundt disse temaene vil være nyttige for å gjøre en vurdering om hvorvidt klienten har en hypermentaliserende prosesseringsstil.

## 7.4 Begrensninger og videre forskning

En naturlig begrensning ved en slik kvalitativ studie hvor det er få informanter, i dette tilfelle kun en klient og hennes terapeut, er at en ikke kan generalisere resultatet. Dette var heller ikke formålet med min utforskning. Mitt formål var å forstå noe mer. Det er likevel noen begrensninger ved min tilnærming. I og med at hypermentalisering aldri har eksplisitt blitt tatt opp som tema i terapien, er det vanskelig å vite om en ved å bruke begrepsnavnet direkte ville fått tak i annen informasjon. Likevel er det viktig å huske at dette i utgangspunktet er implisitte prosesser, som en kan bli bevisst gjennom terapi. Mekanismene og funksjonen bak en hypermentaliserende prosess vil derfor trolig ikke være noe klienten er oppmerksom på, dersom det ikke har vært tema i terapien. En annen utfordring eller begrensning er at informasjonen som intervjuene genererer, baserer seg på beskrivelser av en utvikling over tid. Det har skjedd en endring i løpet av terapien, og en kan derfor ikke vite sikkert ut ifra de beskrivelser som er gitt hvordan hypermentaliseringen artet seg i utgangspunktet. I tillegg har klienten selv påpekt i intervjuet at hun kan være ærlig og personlig, men ikke nødvendigvis privat. Det er altså ingen selvfølgelighet at intervjuene har fått tak i all informasjon en kunne tenke ville være nyttig i utforskningen av den hypermentaliserende prosessen.

I videre forskning vil det kunne være fordelaktig å intervju flere klient-terapeut par, og sammenligne på tvers av disse. Alternativt til intervju kan en ta i bruk videoanalyse for en mer direkte observasjon av hvordan hypermentalisering arter seg i psykoterapi. En slik atferdsanalyse vil gi en annen type informasjon, men mister klientens egne beskrivelser av sitt indre. Som allerede drøftet underveis kan *Reading the Mind in the Eyes* testen kun si noe om del 1 av hypermentaliseringsprosessen, *overspent relasjonell sensitivitet*. For å kunne si noe om del 2, *feiltolkning av intensjon*, behøver en klinisk observasjon. Et mulig steg videre vil være å utvikle et verktøy som kan vurdere både del 1 og del 2 av hypermentaliseringsprosessen samtidig.

## 8 Avslutning

Jeg har i denne oppgaven sett nærmere på fenomenet hypermentalisering. Hypermentalisering er et prosessuelt begrep. Det er ingen enkel mentaliseringsvikt, men en komplisert mentaliseringsprosess hvor en overspent relasjonell sensitivitet gjør at en plukker opp signal andre ikke ville lagt merke til, og videre feiltolker signalene en plukker opp. Man er *hyper-sensitiv og over-mentaliserende*.

Ved en teoretisk gjennomgang samt intervjuer av en klient og hennes terapeut, har jeg forsøkt å forstå noe mer om hva begrepet hypermentalisering egentlig betyr, hvordan det arter seg og hvilke implikasjoner det har for psykoterapi. En gjennomgang av litteraturen viser at begrepet har svært ulike definisjoner og beskrivelser. Denne oppgaven har likevel bidratt til å klargjøre betydningen av begrepet gjennom en diskusjon av de ulike begreper. Samt at forståelsen av begrepet er utvidet, ved at relasjonstraumer er introdusert som en mulig sentral faktor for utviklingen av hypermentalisering. Jeg har foreslått en todelt inndeling av den hypermentaliserende prosessen, hvor en *overspent relasjonell sensitivitet* kan trigge *feiltolkning av andres intensjoner* som både har konsekvenser utover i sosiale relasjoner, men også innover i klientens relasjon til seg selv. Hva som trigger feiltolkning av intensjoner vil mest sannsynlig variere mellom ulike personer. Et negativt selvbilde vil nok likevel kunne være en forsterkende faktor i de fleste tilfeller.

Resultatene i denne oppgaven er generert ut ifra klienten og terapeutens beskrivelser, og min fortolkning av disse. I en fortolkning vil det alltid ligge en sårbarhet for at det faktisk er en feiltolkning, men for å forstå noe om menneskets indre prosesser er nettopp fortolkninger nødvendige. Jeg vil avslutte med et sitat som jeg synes belyser både min forskningsprosess, men også fanger noe av bakteppet som danner den *hypermentaliserende* prosessen.

*Vi har alle et ansikt, men ansiktet forklarer ikke hvem vi er. Bak ansiktet finnes et sinn, og et sinn kan ikke sees. Ikke bare andres, men vårt eget sinn vil alltid være delvis uklart for oss.*

*Det kan således bare tolkes.*

Skårderud, 2013 s.301



# Litteraturliste

- Adenzato, M., Todisco, P. & Ardito, R.B. (2012). Social Cognition in Anorexia Nervosa: Evidence of Preserved Theory of Mind and Impaired Emotional Functioning. *PLoS ONE*, 7(8), 1-7. Doi: 10.1371/journal.pone.0044414
- Allen, J.G. (2001). *Traumatic Relationships and Serious Mental Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J.G. (2006). Mentalizing, In practice. In J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J.G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books, Ltd.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J.G., Fonagy, P. & Bateman, A. (2010). The role of mentalizing in treating attachment trauma. In R.A. Lanius, E. Vermetten & C. Pain (Eds.), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease, The Hidden Epidemic*. New York: Cambridge University Press
- Allen, J.G., Lemma, A. & Fonagy, P. (2012). Trauma. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

- Anstorp, T. (2006). Arbeid med delene. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integreringen av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget
- Anstorp, T., Benum, K. & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integreringen av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget
- Asen, E. & Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Family Therapy. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C. & Robertson, M. (1997). Another Advanced Test of Theory of Mind: Evidence from Very High Functioning Adults with Autism or Asperger Syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(7), 813-822
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(2), 241-251.
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences*, 6, 248-254
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004a). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment*. Oxford: Oxford University Press
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2004b). Mentalization-based Treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 36-51

- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2012a). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bateman, A.W. & Fonagy, P. (2012b). Antisocial Personality Disorder. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Benum, K. (2006). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (red.), *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integreringen av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforlaget
- Benum, K. & Seeger Halvorsen, M. (2013). Terapeuten som emosjonelt anker. I K. Benum, E.D. Axelsen & E. Hartmann (red.), *God psykoterapi: Et integrativt perspektiv*. Oslo: Pax Forlag
- Binder, P.E., Holgersen, H. & Høstmark, Nielsen, G. (2009). What is “good outcome” in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients’ point of view. *Psychotherapy Research, iFirst article*, 1-10. Doi: 10.1080/10503300903376338
- Bremser, J.A. & Gallup Jr, G.G. (2012). From One Extreme to the Other: Negative Evaluation Anxiety and Disordered Eating as Candidates for the Extreme Female Brain. *Evolutionary Psychology, 10(3)*, 457-486
- Choi-Kain, L.W. & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry, 165(9)*, 1127-1135

- Davies, H., Schmidt, U., Stahl, D. & Tchanturia, K. (2011). Evoked Facial Emotional Expression and Emotional Experience in People with Anorexia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 44(6), 531-539
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., Kessler, J., Woike, J.K., Wolf, O.T. & Convit, A. (2006). Introducing MASC: A Movie for the Assessment of Social Cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 623-636. Doi: 10.1007/s10803-006-0107-0
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D.L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Fertuck, E.A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M.C., Wilson, S.T., Brodsky, B.S. & Stanley, B. (2009). Enhanced 'Reading the Mind in the Eyes' in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39, 1979-1988. Doi: 10.1017/S003329170900600X
- Fonagy, P. (2006). The mentalization-focused approach to social development. In J.G. Allen & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Fonagy, P., Bateman, A.W. & Luyten, P. (2012). Introduction and Overview. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other press

- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 21*, 1355-1381. Doi: 10.1017/S0954579409990198
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Target, M., Gerber, A., Leigh, T., Kennedy, R. & Mattoon, G. (1996). The Relation of Attachment Status, Psychiatric Classification, and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(1)*, 22-31
- Frith, C.D. (2004). Schizophrenia and theory of mind. *Psychological Medicine, 34*, 385-389. Doi: 10.1017/S0033291703001326
- Fyfe, S., Williams, C., Mason, O.J. & Pickup, G.J. (2008). Apophenia, theory of mind and schizotypy: Perceiving meaning and intentionality in randomness. *Cortex, 44*, 1316-1325
- Goodman, M. & Siever, L.J. (2011). Hypermentalizing in Adolescents With Borderline Personality Traits: Extending the Conceptual Framework to Younger Ages (editorial). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50(6)*, 536-537
- Gullestad, F.S. & Wilberg, T. (2011). Change in reflective functioning during psychotherapy – A single-case study. *Psychotherapy Research, 21(1)*, 97-111
- Gunderson, J.G. & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment developmental model. *Journal of Personality Disorders, 22(1)*, 22-41
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2009). Emotion Recognition and Regulation in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 348-356. Doi: 10.1002/cpp.628

- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K. & Treasure, J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40, 1887-1897. Doi: 10.1017/S0033291710000036
- Hartmann, T. (2007). Selvfølelse og psykoterapi. I E.D. Axelsen og E. Hartmann (red.), *Veier til forandring: Virksomme faktorer i psykoterapi*. Oslo: Cappelen akademiske forlag
- Hill, C.E., Thompson, B.J. & Nutt Williams, E. (1997). A Guide to Conducting Consensual Qualitative Research. *The Counseling Psychologist*, 25, 517-572. Doi: 10.1177/0011000097254001
- Hill, C.E., Thompson, B.J., Hess, S.A., Knox, S., Nutt Williams, E. & Ladany, N. (2004). Consensual Qualitative Research: An Update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196-205. Doi: 10.1037/0022-0167.52.2.196
- Jurist, E.L. (2010). Mentalizing Minds. *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 30(4), 289-300. Doi: 10.1080/07351690903206496
- Karterud, S. (2013). Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT). *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50, 759-764
- Karterud, S. & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert individualterapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: SAGE Publications, Ltd
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju (2.utg)*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Langdridge, D. (2007). *Phenomenological Psychology: Theory, Research and Method*. Harlow: Pearson Education, Ltd

- Larkin, M., Watts, S. & Clifton, E. (2006). Giving voice and making sense in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 102-120.
- Lecours, S. & Bouchard, M.A. (1997). Dimensions of mentalisation: Outlining levels of psychic transformation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 855–875
- Liotti, G. & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 9-25
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A. & Target, M. (2012a). Depression. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B. & Vermote, R. (2012b). Assessment of Mentalization. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Marecek, J. (2003). Dancing Through Minefields: Toward a Qualitative Stance in Psychology. In P.M Camic, J.E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative Research in Psychology: Expanding Perspectives in Methodology and Design*. Washington, DC : American Psychological Association
- McLeod, J. (2010). *Case Study Research in Counselling and Psychotherapy*. London: Sage Publication, Ltd.
- Nijenhuis, E.R.S, Van der Hart, O. & Steele, K. (2006). Traumerelatert strukturell dissosiasjon av personligheten. I T. Anstorp, K. Benum og M. Jakobsen (red.),

*Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integreringen av det splittede jeg.* Oslo:

Universitetsforlaget

O'Brian, K., Slaughter, V. & Peterson, C.C. (2011). Sibling influences on theory of mind development for children with ASD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 713-719. Doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02389.x

Pedersen, S.H., Lunn, S., Katznelson, H. & Poulsen, S. (2012). Reflective Functioning in 70 Patients Suffering from Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 303-310. Doi: 10.1002/erv.2158

Regional avdeling for spiseforstyrrelser, Oslo Universitetssykehus (2010). *Minding the body. Research Protocoll.* Upublisert

Reid, K., Flowers, P. & Larkin, M. (2005). Exploring lived experience. *The Psychologist*, 18(1), 20-23.

Russel, T.A., Schmidt, U., Doherty, L., Young, V. & Tchanturia, K. (2009). Aspects of social cognition in anorexia nervosa: Affective and cognitive theory of mind. *Psychiatry Research*, 168, 181-185. Doi: 10.1016/j.psychres.2008.10.028

Ryden, G. & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: Att leka med verkligheten.* Stockholm: Natur og Kultur

Seligman, S. (2007). Mentalization and Metaphor, Acknowledgement and Grief: Forms of Transformation in the Reflective Space. *Psychoanalytic Dialogues*, 17(3), 321-344

Sharp, C., Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A.B., Sturek, J. & Fonagy, P. (2011). Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescent With Borderline Traits. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(6), 563-573



- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L. & Fonagy, P. (2013).  
Hypermentalizing in Adolescent Inpatients: Treatment Effects and Association with  
Borderline Traits. *Journal of Personality Disorders, 27(1)*, 3-18
- Sharp, C. (under contract). The social-cognitive basis of BPD: A theory of hypermentalizing.  
In C. Sharp & J. Tackett (Eds.), *Handbook of Borderline Personality Disorder in  
Children and Adolescents*. Springer
- Skårderud, F. (2009). Bruch Revisited and Revised. *Europeen Eating Disorders Review, 17*,  
83-88. Doi: 10.1002/erv.923
- Skårderud, F. (2013). Selviakttakelsen. Selvportrettet: En introduksjon. *Tidsskrift for norsk  
psykologforening, 50*, 298-305
- Skårderud, F. & Fonagy, P. (2012). Eating Disorders. In A.W. Bateman & P. Fonagy (Eds.),  
*Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington DC: American  
Psychiatric Publishing, Inc.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering - et nytt teoretisk og terapeutisk  
begrep. *Tidsskrift for Den norske legeförening, 9(128)*, 1066-1069
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Mentaliseringshåndboken: Mentalisering som  
holdning og handling*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B., & Fonagy, P. (2012). Den reflekterende kroppen:  
Mentalisering og spiseforstyrrelser. *Mellanrummet, Nordisk tidsskrift för barn- och  
ungdomspsykoterapi, 26*, 6-21

- Smith, J.A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 1*, 39-54.
- Smith, J.A., Flowers, P. & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: SAGE Publications, Ltd
- Solbakken, O.A., Hansen, R.S. & Monsen, J.T. (2011). Affect integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research, 21*(4), 482-496. Doi: 10.1080./10503307.2011.583696
- Stänicke, L.I. (2012). Mentalisering i arbeide med barn og ungdom. *Mellanrummet, Nordisk tidskrift för barn- och ungdomspsykoterapi, 27*, 19-31
- Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode (3.utg)*. Bergen: Fagbokforlaget
- Zucker, N.L., LaBar, K.S., Pelphrey, K.A., Losh, M., Bulik, C.M. & Piven, J. (2007). Anorexia Nervosa and Autism Spectrum Disorders: Guided Investigation of Social Cognitive Endophenotypes. *Psychological Bulletin, 133*(6), 976-1006. Doi: 10.1037/0033-2909.133.6.976

# Vedlegg 1 – Kvittering REK



UNIVERSITETET I OSLO  
DET MEDISINSKE FAKULTET

Professor dr.med Finn Skårderud  
Oslo universitetssykehus, Ullevål,  
Regional avdeling for spiseforstyrrelser

Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk Sør-Øst A (REK Sør-Øst A)  
Postboks 1130 Blindern  
NO-0318 Oslo

Telefon: 22 84 46 66

**Dato:** 10.2.2010  
**Deres ref.:**  
**Vår ref.:** 2009/2151a

E-post: [jorgen.hardang@medisin.uio.no](mailto:jorgen.hardang@medisin.uio.no)  
Nettadresse: <http://helseforskning.etikk.uio.no>

## 2009/2151a Mentaliseringsbasert terapi for spiseforstyrrelser

Vi viser til e-post av 15.1.2010 med revidert informasjonsskriv med samtykkeerklæring vedlagt og til e-post av 21.1.2010.

Komiteen tar svar på komiteens merknader til etterretning.

Komiteen har ingen innvendinger til revidert informasjonsskriv med samtykkeerklæring .

### Vedtak:

Komiteen godkjenner at prosjektet gjennomføres i samsvar med det som framgår av søknaden og av tilbakemelding på komiteens merknader.

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder for «Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren». Personidentifiserbare data slettes straks det ikke lenger er behov for dem og senest ved prosjektets avslutning.

Prosjektet skal sende sluttmelding, se helseforskningsloven § 12, senest 6 måneder etter at prosjektet er avsluttet.

Med vennlig hilsen

Gunnar Nicolaysen (sign)  
Professor  
Leder

Jørgen Hardang  
Komitéssekretær

Kopi: Forskningsdirektør Kari Kværner ved [elsa.roland@uus.no](mailto:elsa.roland@uus.no)