



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psyko­terapeut­programmet

Mentaliseringsförmåga hos unga vuxna

-en jämförande studie mellan en klinisk grupp och en normalgrupp

Terese Petersson
Susie Ek Rasmussen

Psyko­terapeut­examens­uppsats 2012

Handledare; Per Johnsson
Examinator; Lars-Gunnar Lundh

The capacity to mentalize among young adults
- a comparative study between a clinical group and a normal group

Susie Ek Rasmussen, Terese Petersson
Department of psychology, University of Lund

Abstract

The purpose of this study is to explore the capacity to mentalize among twenty young adults, between 18 and 25 years, in one clinical group and one normal (control) group. The study also explores and compares differences in experiences of relationships during the life course. The study uses semi-structured interviews, the Rosenberg Self-Esteem Scale (1965), the 20-item Toronto Alexithymia Scale (2000), a Mentalization Scale and the Reflective Functioning Scale (1998) to collect the material. The interviews are analyzed using content analysis (Breakwell, Hammond & Fife-Shaw, 2000) and five major themes are identified: problems, relations, ability to understand own problems, thoughts about mental illness in general and cure, limited and high reflective functioning. The results show a significant difference between the clinical group and the normal group in capacity to mentalize. This correlates with results on the RSES, TAS-20 and the RF-Scale. The clinical groups' lower scores on capacity to mentalize correlates with lower self-esteem, limited or moderate reflective functioning and higher scores on TAS-20, indicating a higher level of alexithymia. The results also suggest a connection between mentalization, attachment strategies and overall relational background in both groups. The results are compared with the results of previous studies and discussed in light of the theory on mentalization, attachment strategies, object relations and affect regulation.

Keyword: Reflective Functioning Scale, Rosenberg Self-Esteem Scale, Mentalization, Psychodynamic, Young adults, Toronto Alexithymia Scale, Affect regulation, Attachment, Objectrelations

Innehållsförteckning

INTRODUKTION s.7

- Inledning s. 7
- Begreppet mentalisering s. 8
- Mentaliseringsförmågans utvecklingspsykologiska grund s. 10
- Anknytning och mentalisering s. 13
- Objektrelationsteori och anknytning s. 14
- Brist och konflikt s. 16
- Affektmedvetenhet och mentalisering s. 16
- Alexitymi s. 18
- Avstängning av mentalisering s. 19
- Hur ser god samt bristfällig mentalisering ut? s. 20
- Tidigare forskning om mentalisering och psykopatologi s. 22
- Frågeställning s. 23

METOD s. 24

- Undersökningsdeltagare s. 24
 - Urval s. 25
- Material s. 26
 - Intervjuguide s. 26
 - Bedömning av mentalisering s. 26
 - Bedömning av personlighetsstruktur s. 27
 - Val av instrument s. 27
 - Reflective Functioning Scale s. 28
 - RSES s. 28
 - TAS-20 s. 28
 - Mentaliseringstest s. 29
- Procedur s. 29
 - Pilotstudie s. 29
 - Genomförande av intervjuer och testning s. 30
 - Analys s. 30
 - Etik s. 31

RESULTAT s. 31

- Kvantitativa resultat s. 31
 - Resultat på Rosenberg self esteem scale (RSES) s. 31
 - Resultat på alexitymiskalan TAS-20 s. 32
 - Resultat på mentaliseringsskalan, MS54 s. 32
 - Resultat för Reflective functioning scale, RF-skalan s. 33
 - Reliabilitet s. 33
 - Korrelation mellan skalor s. 34

Intervjuresultat s. 34

- Problematik s. 34
- Svårigheter/Symtom s. 34*
- Sysselsättning s. 35*
- Brist eller konflikt och borderline personlighetsorganisation eller neurotisk personlighetsorganisation s. 35*

Relationer s. 36
Skilsmässa/separation s. 36
Pappa s. 36
Mamma s. 37
Vänskap s. 37

Förståelse av egna problem, tankar kring psykiskt lidande i allmänhet samt bot s. 38
Livserfarenheter s. 38
Bot s. 38

Bristande samt god reflekterande förmåga s. 38
Exempel på bristande reflekterande förmåga i den kliniska gruppen s. 38
Exempel på bristande reflekterande förmåga i normalgruppen s. 41
Exempel på god reflekterande förmåga i den kliniska gruppen s. 41
Exempel på god reflekterande förmåga i normalgruppen s. 42

Sammanställning s. 44

DISKUSSION s. 51

Betydelsen av den tidiga omsorgsmiljön s. 54
De fem med lägst resultat på MS54 s. 58
Slutkommentar s. 59
Metoddiskussion samt framtida forskning s. 60

REFERENSER s. 63

Introduktion

Inledning

Under senare år har unga vuxna vuxit fram som en specifik population som studerats ur många olika synvinklar. Studier visar att unga vuxna är en grupp som har större psykisk ohälsa än övriga befolkningen och att denna ohälsa är ökande. Ökningen kan skönjas över hela världen och det är framförallt kvinnorna som står för den (Forsell & Dalman, 2004; Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut, 2012). Unga vuxna är individer som är i ett intensivt skede i sin personliga utveckling, i färd att etablera ett mer stabilt själv samt i färd med att etablera sig såväl socialt som på arbetsmarknaden (Blos, 1962, refererat i Wrangsjö & Winberg Salomonsson, 2006). En reflekterande funktion som skapar förutsättningar för möjligheten att organisera självet, som skänker en upplevelse av att hänga ihop över tid samt begripliggör den egna samt andras inre värld är en förutsättning för hur man förmår hantera sina relationer och sin sociala tillvaro och för hur man förmår reglera sina affekter vid stress. Denna funktion, kan man anta, är essentiell för unga vuxna på deras väg genom livet. Flera studier har konstaterat skillnader mellan kliniska grupper och normalgrupper gällande förmågan till reflektion eller mentalisering (Fonagy, Target & Gergely, 2000; Bly, Wright & Tuber, 2012; Müller, Kaufhold, Overbeck & Grabhorn, 2006). Denna förmåga är möjligen, av extra stor vikt i den historiska epok och i det sociala sammanhang vi lever i. Vår tid och vårt samhälle karakteriseras av en hög grad av reflexivitet och föränderlighet (Fornäs, 1995; Jørgensen 2004). Allt ter sig möjligt, en oändlig mängd vägar förefaller vara möjliga att vandra och alla ”till synes” valbara möjligheter ställer stora krav på unga personer. Att uppnå en hög kompetens vad gäller sociala relationer är önskvärt och normen för vilka relationella mönster individen förväntas etablera förändras över tid (Wood, 1986). Överlag ställs höga krav på s.k. ”social kompetens” i vår kultur (Goffman, 2007), inte minst i arbetslivet (Persson, 2012). I en sådan tid behövs en berättelse om det egna självet som innefattar såväl dess förflutna som dess framtid, allt för att hålla samman individen och ge han eller hon förmågan att navigera i en oändlighet av valmöjligheter. Kunskapen om det egna jaget, vem man är och vilken relation man har till andra, kan möjligen fungera som ett ankare som håller en stadigt på plats i en ständigt föränderlig värld. En god mentaliserande/reflekterande förmåga förefaller därför vara essentiellt för att kunna ta sig an dessa utmaningar, något som de tidiga relationerna skapar förutsättningar för. Men går det bättre för unga vuxna, som fått en god start i livet i jämförelse med unga vuxna, som redan stött på hinder i sin utveckling mot ett självständigt liv, när de ska ta sig an de utmaningar som samtidigt ställer dem inför? Kan vi finna skillnader avseende den mentaliserande förmågan/reflekterande funktionen mellan två olika grupper, en klinisk grupp och en ”normal” grupp, oberoende av diagnos och symtomatik? Eftersom den kapacitet som fokuseras, och som gör individen motståndskraftig vid påfrestningar av olika slag, skapas och utvecklas inom ramen för den tidiga omsorgsmiljön är det

viktigt att undersöka om sårbarhet i form av lägre mentaliserande förmåga följer ur brister i den tidiga omsorgsgivande miljön. Självet och dess utveckling blir navet i föreliggande studie. Med denna utgångspunkt kommer mentaliseringsteorins släktskap med angränsande teoribildningar att utforskas.

Den teoretiska genomgången utgår från begreppet mentalisering, berör dess utvecklingspsykologiska förankring samt beskriver mentalisering ur ett psykopatologiskt perspektiv. Även närbesläktade begrepp och teoretiska områden berörs såsom affektmedvetenhet, alexitymi, Kernbergs psykoanalytiska objektsrelationsteori, samt begreppen brist och konflikt. Dessa jämförs med mentaliseringsteorin såsom den utformats av gruppen kring Peter Fonagy. Slutligen redovisas forskning som anknyter till mentalisering och psykopatologi.

Begreppet mentalisering

Centralt i det psykodynamiska tänkandet är sökandet efter mening och förståelse i relation till det egna självet, dess relation till andra och till sin historia. Att reflektera, eller mentalisera, d.v.s. att ägna sig åt att försöka förstå intentionen bakom eget och andras handlande, att beakta och fundera kring eget och andras handlande utifrån deras inre värld, de tankar, känslor, bilder, fantasier, drömmar som existerar där, är en central aspekt i såväl psykodynamisk teoribildning i stort som inom det psykoterapeutiska psykodynamiska arbetet. Tillsammans med fokus på de relationella erfarenheter som tillsammans med affekt har skapat specifika relationella mönster/ anknytningsmönster/objektrelationer som påverkar personen på ett icke medvetet sätt i interaktion med andra och omvärlden, kanske detta kan ses som en del av själva kärnan i ett psykodynamiskt synsätt.

Under de senaste tio till femton åren har Peter Fonagy och hans kollegor utvecklat en omfattande mängd teoretisk och klinisk forskning som behandlar vikten av förmågan till mentalisering (Slade, 2008). Mentalisering handlar om att tolka mänskligt beteende utifrån intentionella mentala tillstånd, dvs. att beakta att människor har en inre värld med ett mentalt innehåll som är skilt från ens eget samt förstå att det egna likväl som andras handlande drivs av behov, begär, känslor, övertygelser, mål, mening och orsaker. Aktiviteten är intimt sammanlänkat med en relation såväl för sin uppkomst som för dess utövning och sker oftast automatiskt, den ”är en intuitiv snabb emotionell reaktion” som vi alla gör utan att lägga märke till det, för det mesta en icke medveten aktivitet (Bateman & Fonagy, 2006). Dessutom involverar aktiviteten alltid ett visst mått av föreställande eller fantiserande, vi kan aldrig veta säkert vad som finns i någon annans sinne (Fonagy, 2008). Mentaliseringsförmågan etableras, bibehålls och utvecklas inom ramen för relationer: ”... vår förmåga att ge mening åt psykologiska erfarenheter utvecklas som ett resultat av vår upptäckt att det finns en mental värld bakom andras handlingar, vilken utvecklas optimalt i en relativt säker och

trygg social kontext.” (Fonagy, 2008, s. 29, vår översättning). Detta sätt att betrakta utvecklingen av mentaliseringsförmågan skiljer sig från tidigare sätt att betrakta utvecklingen av ”theory of mind” enligt en biologiskt givet tidtabell, även om den även här ses som beroende av en given kognitiv utveckling (Fonagy, 2008).

Fonagy och hans kollegor är involverade i att utveckla en psykoanalytisk förståelse av personlighetsstörning, i första hand av borderline problematik, med influenser från anknytningsteori, utvecklingspsykologi, ett interpersonellt och intersubjektivt perspektiv samt från evolutionspsykologi. Evolutionärt finns det en selektiv fördel vad gäller förmågan att mentalisera eftersom den ökar möjligheterna till både samarbete och konkurrens. Förmågan att mentalisera inom ramen för anknytningsrelationer är förmodligen eftersträvansvärt då individer som kan mentalisera medan de tänker på romantiska partners eller spädbarn hanterar dessa relationer bättre, har mindre turbulenta relationer och är kanske särskilt effektiva då det uppstår oundvikliga konflikter (Fonagy, 2008).

Mentalisering involverar både en interpersonell och självreflexiv komponent. I artikeln ”The parent-infant dyad and the construction of the subjective self” beskriver Fonagy, Gergely och Target (2007) hur utvecklingen av förmågan till mentalisering inte endast innebär förmågan att förstå och förutsäga den sociala världen, dvs. andra människor, utifrån inre mentala tillstånd. Mentalisering inbegriper även att samma kapacitet riktas mot, eller omfattar, självet; d.v.s. förmågan att förstå, differentiera och förutsäga de egna inre subjektiva tillstånden. Att etablera denna mentaliserande kapacitet skapar avgörande förutsättningar för förmågan till affektreglering, impuls kontroll samt för hur vår uppmärksamhet fungerar. Mentalisering påverkar subjektets förmåga till agentskap och skapar en upplevelse av att den inre och yttre världen är förutsägbar och sammanhängande (Fonagy, Gergely, Target, 2007). Således skänker denna förmåga subjektet en känsla av att hänga ihop, vilket är centralt för hur vi förmår organisera vårt själv, den skapar en upplevelse av att vara någon som kan handla och driva och styra sig själv i en viss riktning.

Även om begreppet självkänsla inte används explicit existerar det underförstått i beskrivningen av hur anknytning, mentaliserande förmåga, affektmedvetenhet och –reglering påverkar utvecklingen och organiseringen av självet. Ett sammanhållet själv, med möjlighet att betrakta och förhålla sig till sitt eget och andras inre och via detta förhållande skapa förståelse och mening, har större möjlighet att reglera självet vid motgångar och därmed bibehålla ett generellt mer positivt förhållande till det egna självet.

Mentalisering är inte en enhetlig funktion eller egenskap utan en förmåga som är dynamisk och varierar intersubjektivt såväl som intrasubjektivt beroende av påfrestning och sammanhang. Begreppet kan beskrivas som uppbyggt av fyra funktionella polariteter vilket var och ett är relaterat till ett neurologiskt system (Bateman & Fonagy, 2012). Den första polariteten beskriver

automatisk/implicit kontra kontrollerad/explicit mentalisering. Automatisk mentalisering är den typ av mentalisering som är ständigt pågående, som vi sysslar med när navigerar i våra olika relationer och som varken kräver intention, ansträngning eller medvetenhet. Kontrollerad eller explicit mentalisering går långsammare och kräver reflektion, är oftast verbal och kräver en medveten ansträngning. I bästa fall finns en ”adaptiv flexibilitet” mellan den implicita och explicita formen där man vid komplikationer inom ramen för en relation övergår till att mer aktivt reflektera kring sig själv och den andre. Stress och påfrestning kan leda till att individen använder sig mer av automatisk mentalisering, på bekostnad av mer kontrollerad. Detta eftersom stress och obehag alltid innebär en utmaning för vår förmåga till kontrollerad mentalisering och medför en benägenhet att återvända till utvecklingsmässigt tidigare sätt att tänka kring subjektivitet, t.ex. i enlighet med psykisk ekvivalens. Den andra polariteten handlar om huruvida mentaliseringen tar sin utgångspunkt i inre erfarenheter såsom tankar och känslor eller i yttre egenskaper, t.ex. fysiska egenskaper eller handlingar hos det egna självet eller hos andra. Den tredje polariteten berör vem man riktar den mentaliserande kapaciteten mot, vilket optimalt är både mot det egna självet samt mot andra. Nedsättning här kan t.ex. handla om en obalans mellan individens förmåga att mentalisera i förhållande till sig själv och dennes förmåga att mentalisera i förhållande till andra. Den fjärde polariteten berör kognitiva och affektiva aspekter av mentaliseringsförmågan. Fullständigt mentalisering involverar integrerad kognition och affekt men vissa individer lägger mer vikt vid den ena av dessa poler eller har svårigheter att integrera dem. Det kan t.ex. innebära att personer med alexitymi (se även nedan) har svårt att integrera kognitiva tolkningar med mer kroppsliga känningar (Bateman och Fonagy, 2012).

I den litteratur som på olika sätt behandlar förmågan att beakta och tänka kring sina egna och andras mentala tillstånd används både begreppet reflekterande funktion och mentalisering. Begreppet reflekterande funktion avser en synlig och mätbar manifestation och kan betraktas som en operationalisering av det teoretiska begreppet mentalisering. I denna text används de båda begreppen omväxlande men båda begreppen syftar hela tiden till förmågan att beakta och tänka kring sitt eget och andras mentala tillstånd.

Mentaliseringsförmågens utvecklingspsykologiska grund

Förmågan till mentalisering etableras och utvecklas hos det lilla barnet inom ramen för de primära objekt- eller anknytningsrelationerna och spelar en avgörande roll i den process inom vilken trygg anknytning passerar från en generation till en annan. Kvalitén på den intima relationen mellan föräldrar och barn, den grundläggande erfarenheten av att uppfattas som någon med en mental värld, av en anknytningsperson med en egen mental värld, med en förmåga att svara på barnets signaler på ett sensitivt sätt, är avgörande för en positiv utveckling av en mentaliserande

kapacitet. Förälders förmåga att betrakta barnet som någon som har en mental värld är även i viss mån beroende av, eller interagerar, med barnets temperament (Sharp & Fonagy, 2008).

Utvecklingen av mentalisering spelar en nyckelroll i vår reglering av affekter, det har betydelse för självets utveckling, individens möjlighet till självkontroll och utvecklingen av ett handlingskraftigt själv.

Fonagy et al. (2007) beskriver hur barnet, via föräldrarnas spegling, skapar sig en bild av sig själv och sina känslor. Tilliten till det egna själv utvecklas i takt med att tilliten till föräldern finns där, via dennes känsligt avstämda spegling, empatiska gensvar och bärande. Via denna process får barnet möjlighet att lära sig differentiera inre fysiologiska och mentala tillstånd och etablera sekundära representationer av dessa. Utvecklingen av andra ordningens representationer av egna emotionella tillstånd omvandlar individens förmåga att reglera affekt. Via våra första nära relationer får vi under optimala betingelser möjlighet att uppfatta, förstå och reglera mentala tillstånd och på så vis blir våra psykologiska själv till.

Föräldrarnas spegling är avgörande för förmågan att känna igen egna mentala tillstånd och utvecklingen mot affektmedvetenhet, affektreglering och mentalisering. Spädbarn lär sig differentiera inre tillstånd genom att observera vårdtagarnas speglingar via ansikte och röst (Fonagy et al., 2007). Föräldrarnas spegling och affektuttryck behöver på ett sensitivt sätt vara anpassat till barnets affekt och behöver på ett rimligt och konsekvens sätt överensstämma med spädbarnets mentala tillstånd. Lika viktigt är det att speglingen är markerad, dvs. att föräldern visar att affekten som speglas överensstämmer med barnets men inte uppfyller föräldern såsom den gör för barnet; vilket kan understrykas genom att delvis visa en annan affekt (Fonagy et al., 2007; Fonagy, 2001). En upplevelse av själv som ett reglerande och handlande själv kommer till stånd genom att barnet associerar den kontroll han eller hon har över föräldrarnas spegling med den förbättring som inträder av barnets affektiva tillstånd (Fonagy, 2008).

Barn är mer benägna att lära från vuxna till vilka de har trygga relationer. Känsligt anpassade pedagogiska ledtrådar, ”ostentive cues”, säkrar både att barnet effektivt tillskansar sig kunskap, både kulturellt delad sådan och sådan som rör de inre mentala tillstånden och att anknytningen påverkas på ett positivt sätt. Dessa synliggörande ledtrådar fångar barnets uppmärksamhet och signalerar att den vuxne har för avsikt att kommunicera vilket leder barnets uppmärksamhet åt ett introspektivt håll. Exempel på synliggörande ledtrådar är etablerandet av ögonkontakt, tendensen att höja ögonbrynen, böja huvudet framåt, säga barnets namn, ett visst intonationsmönster, tur-tagning, ett följsamt sätt, samt lärande via imitation (Fonagy et al., 2007). Vidare lever barn med utgångspunkten att alla andra människor har samma kunskap som barnet själv har, det barnet kan och vet antar det att alla andra också vet och kan. Föräldrarna spelar en viktig roll för att på ett mildt sätt utmana barnets antagande om universellt delad kunskap, så att denna övervärdering av det egna

perspektivet hålls tillbaka samtidigt som barnets ökar sin kunskap om inre tillstånd (Fonagy et al., 2007; Bateman & Fonagy, 2012). Det skapar förutsättningar för ett själv att gradvis växa fram samt möjliggör differentieringen mellan det egna självet och andras. En grundläggande förutsättning för förmågan att förstå andra är insikten att andras inre världar kan innehålla tankar, känslor och begär som är skilda från de egna (Bateman & Fonagy, 2012).

Förmågan att kontrollera en impuls är en viktig förutsättning eller föregångare till utvecklingen av mentalisering. Kontrollen av impulser avser förmågan att inte omedelbart svara på eller fokusera på det mest uppenbara i en viss situation utan generera ett svar i förhållande till mindre uppenbara aspekter i en viss situation. I strävan att förstå andras handlande blir tillskrivandet av det egna mentala tillståndet det som ligger närmst och det krävs uppmärksamhetskontroll för att barnet ska kunna dra slutsatsen att den andres mentala tillstånd skiljer sig från dess eget. Likaså är denna kontroll över uppmärksamheten nödvändig för att kunna fokusera på mentala innehåll snarare än den fysiska realitet som framträder tydligast (Fonagy, 2008). Tidiga anknytningsrelationer bidrar till att utrusta barnet med denna kapacitet då barnet genom dessa internaliserar moderns förmåga att förmå barnet att uppmärksamma något annat än det mest omedelbara (Fonagy, 2008).

Anknytningssystemet har som grundläggande funktion att hjälpa barnet med obehag och föräldern gör detta bl.a. genom att trösta samt genom att distrahera barnet bort från källan till obehaget (Fonagy, 2008). Anknytningsrelationer spelar således en viktig roll för organiseringen av uppmärksamhetssystem och brister i anknytningen kan leda till nedsättning i kontrollen av uppmärksamhet och därmed till brister i förmågan att mentalisera.

Vid fyra års ålder har det visat sig att barn, under normala omständigheter, har utvecklat ett mentaliserande sätt att uppfatta sig själva och andra. Innan dess tänker man sig att det lilla barnet likställer den inre världen med den yttre, det som benämns som psykisk ekvivalens. Detta innebär att det som finns i fantasin för barnet också finns i realiteten, vilket kan vara mycket skrämmande. Så småningom får barnet möjlighet att via ett s.k. låtsasläge i sin fantasivärld laborera med skeenden och fantasier, men nu utan koppling till verkligheten. Successivt integreras dessa både ”modes” eller lägen till en mentaliserande hållning där den inre och yttre världen erfars som sammanbundna (Fonagy, 2008).

På vilket sätt kan den ovan beskrivna utvecklingen leda till brister i barnets och sedermera den vuxnes förmåga till mentalisering? Problemen består överlag ofta i vårdnadshavarens brist på spegling och bärande av negativa affekter. En optimal frustration i förhållande till barnet gynnar toleransutvecklingen avseende negativ affekt och barn är beroende av föräldrarnas affektreglerande interaktion för sin självreglering. Icke känsligt speglade barn får svårt med etiketteringen av inre tillstånd vilket kan leda till att dessa upplevs som förvirrande, osymboliserade och därmed svåra att reglera. En spegling där affekten hos föräldern är kongruent men saknar markering kan

översvämma barnet, dvs. om barnet uppfattar att föräldern upplever en korresponderande negativ affekt men själv är eller blir alltför uppfylld av den, kan den resultera i en kumulativ desorganisation snarare än i en organiserande och bärande erfarenhet. Vid kronisk felaktig spegling, försummelse eller övergrepp pressas barnet att internalisera det mentala tillståndet hos förövaren som en central del av självet. Vilket resulterar i "det främmande självet", som sedan måste avbördas, splittas bort eller projiceras ut. Men genom projektiv identifikation återvänder det som hotande, förföljande eller så uppstår identifikation med aggressorn (Rydén & Wallroth, 2008).

Anknytning och mentalisering

John Bolwby har tillsammans med sin kollega Mary Ainsworth utvecklat teori och bedrivit forskning kring anknytning. Anknytning handlar om barnets medfödda tendens att söka upp och upprätthålla närhet till en skyddande anknytningsperson, hur spädbarnet använder denna person som en "trygg bas" samt hur anknytningssystemet aktiveras vid fara eller hot om fara (Rydén & Wallroth, 2008). Det mönster som dessa första relationer levs enligt blir till generaliserade inre arbetsmodeller som blir mönster för våra framtida relationer. Mary Main beskriver, utifrån studier om hur barn reagerar på separation från mamman, tre varianter av inre arbetsmodeller. 1) Otryggt/undvikande, ett till synes självständigt utforskande men barnet förmår ej använda föräldern som trygg bas eftersom det inte litar på att föräldern kommer finnas där för en. 2) Otryggt/ambivalent/motspänstigt, barnet maximerar anknytningsbeteenden och förmås inte lugnas av föräldern men är samtidigt ständigt upptagen av anknytningspersonen och är än klängande, än arg och frustrerad. 3) Trygg anknytning, barnet använder föräldern som en trygg bas och det existerar en balans mellan utforskande och anknytning samt en grundläggande tillit och tilltro till tillgänglighet och spegling. Senare tillkom en fjärde arbetsmodell, nämligen otrygg/desorganiserad vilken karakteriseras av ett samspel som bygger på rädsla och kaos och en dubbelhet i förhållande till anknytningspersonen utan möjlighet att göra samspelet förutsägbart. Det är som att ständigt leva i ett stresstillstånd och försöka hantera detta på olika sätt. Den senare formen av anknytning är den som är tydligast kopplad till olika typer av problem (Broberg, Mothander, Granqvist & Ivarsson, (2008; Holmqvist, 2007; Rydén & Wallroth, 2008).

Barns tidiga anknytning är relationsspecifik, dvs. barn kan ha en typ av anknytning till mamma/en förälder och en annan till pappa/annan förälder. Det förefaller finnas en tendens att dessa olika anknytningsstilar följer varandra förmodligen beroende på att en trygg anknuten person ofta söker någon annan som är tryggt anknuten (Broberg et al., 2008).

Med avseende på sambandet mellan anknytning och psykopatologi hos barn och vuxna förefaller det inte finnas någon enkel relation mellan dessa. Mycket forskning tyder dock på att olika former av otrygg anknytning är en riskfaktor vad gäller utvecklandet av psykiska besvär, t.ex. depression

och allmänt sämre återhämtningsförmåga (Fonagy, 2001). En trygg anknytning kan betraktas som ett skydd mot olika former av psykopatologi (Fonagy, 2001).

Sambandet mellan anknytning och förmågan till mentalisering har berörts inom forskning och teori under de senaste decennierna (Bateman & Fonagy, 2012). Sambandet mellan de båda medieras troligen via olika aspekter av föräldraskapet. Fonagy & Bateman (2012) påpekar, utifrån ett flertal studier, att mammans förmåga att inta ett psykologiskt perspektiv på sina egna samt på barnets handlingar associeras med både trygg anknytning och god mentaliseringsförmåga .

Det förefaller finnas en inbördes relation mellan anknytning, stress och mentalisering (Bateman & Fonagy, 2012). Med ökande stress sker ett byte från ett mer exekutivt och frontalt till ett mer automatiskt och prefrontalt sätt att fungera på. Ett antal olika anknytningsstrategier svarar mot de olika inre arbetsmodeller som nämns ovan och de skiljer sig på ett antal olika sätt i hur byte från kontrollerad (kortikal) till mer automatisk (subkortikal) mentalisering sker. Vid hyperaktiva anknytningsstrategier söker individen snabbt mycket stöd och tröst och kan bli krävande, klängande och ”ägande” i försök att reglera stress. Man finner här en låg tröskel i förhållande till att kontrollerad mentalisering slås av och automatisk mentalisering slås på och det tar också lång tid innan man återvinner förmågan till kontrollerad mentalisering. Vid automatisk mentalisering försämras förmågan att bedöma huruvida den andre går att lita på vilket kan leda till att man knyter an på ett lite urskiljningslöst sätt. Anknytningsbehoven förnekas vid deaktiverande anknytningsstrategier och den egna självständigheten och oberoendet understryks i försök att reglera stress. Här bibehålls kontrollerad mentalisering under en längre period än vid hyperaktiva anknytningsstrategier och den återvinns relativt snabbt. Det kan vara svårt att särskilja pseudomentalisering som härrör ur deaktiverande strategier från genuin mentalisering men under ökad stress tenderar dock de deaktiverande strategierna att misslyckas. Mentaliseringsbrister hos avvisande och undvikande individer visar sig troligast i situationer som innebär en stark utmaning och därför en stark aktivering av anknytningssystemet. Vid desorganiserade anknytningsstrategier pendlar individen mellan hyperaktiva och deaktiverande anknytningsstrategier. Trygga anknytningsstrategier innebär att man kan bibehålla höga nivåer av mentalisering även i stressade situationer samt en relativt snabb återhämtning (Bateman & Fonagy, 2012).

Objektrelationsteori och anknytning

Otto Kernberg och forskarlaget kring honom intresserar sig även de för förmågan att se bakom det uppenbara för att finna förståelse och mening i förhållande till egna och andras handlingar. Här använder man företrädesvis begreppet reflekterande förmåga för att beskriva samma förmåga som mentaliseringsbegreppet avser, d.v.s. förmågan att beakta och fundera kring eget och andras inre liv. Inom ramen för denna psykoanalytiska objektrelationsteori betraktas patologi som ett resultat av

brister i de underliggande psykologiska strukturerna. Internaliserade objektrelationer, eller en representation av självet samt en representation av den andre tillsammans med en affekt, betraktas som de psykologiska strukturernas byggstenar. Hur väl de psykologiska strukturerna har integrerats under individens utveckling avgör sedan på vilken nivå personligheten kommer att organiseras. En person med en normal personlighetsorganisation har en sammanhängande känsla av själv vilket är grunden för att kunna känna att man är värdefull (självkänsla) och för att man ska kunna njuta av både arbete och relationer. Tillsammans med en sammanhängande och integrerad upplevelse av andra (helobjekt), som bl.a. möjliggör en realistisk bedömning av andra, skapar det möjligheter för emotionella relationer där individen både kan känna beroende och samtidigt bibehålla en känsla av autonomi. Den normala personlighetsorganisationen innebär förmågan att uppleva och reglera flertalet affekter samt har ett internaliserat, väl integrerat och individualiserat moralsystem (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006).

En individ som är organiserad på neurotisk nivå har en integrerad identitet såväl som en integrerad upplevelse av andra och försvaren är överlag mogna till sin karaktär men kan vara påtagligt oflexibla och hämmade (Clarkin et al., 2006).

Borderline personlighetsorganisation karakteriseras emellertid av en brist på integrering av såväl självet som den andre. De tidiga positiva och negativa erfarenheterna av självet och av andra, färgat av affekt, har inte integrerats och det i syfte att skydda de idealiserade representationerna. Detta står i kontrast till en normal utveckling där bilden och upplevelsen av både det egna självet och den andre bli successivt mer realistisk och komplex och där individen utvecklar en tolerans för att människor kan ha både goda och mer problematiska sidor. När detta inte sker inträder en försvarsmanöver varigenom det sker en uppdelning av goda och dåliga affekter och objekt, s.k. splitting. Vid en personlighet organiserad på denna nivå använder man sig överlag av mer omogna försvar, splitting är ett exempel och projektiv identifikation ett annat (Clarkin et al, 2006; Kernberg, 1988). I mötet med en individ som är organiserad på borderline nivå kan man bl.a. märka denna avsaknad av integration genom att han eller hon är icke reflekterande, motsägelsefull eller kaotisk i sina beskrivningar av sig själv och andra (Clarkin et al., 2006). Det kan komma att innebära svårigheter med att skapa sig en övergripande bild av personens liv och dennes interaktion med andra (Kernberg, 1988).

Om man jämför med anknytningsteori (se ovan) ser man att en normal och/eller neurotisk personlighetsorganisation passar förhållandevis väl ihop med det som inom anknytningsteorin benämns som trygg anknytning och man kan tänka sig att otrygg anknytning är en förutsättning för utvecklingen av en borderlineorganisation (Fonagy, 2007).

Brist och konflikt

I en numera klassisk artikel av Björn Killingmo (1989) gör han upp med dåtida psykoanalytisk teori och hur man inom ramen för denna beskriver grunderna till psykopatologi. Killingmo föreslår begreppen brist och konflikt för att beskriva två olika maligna utvecklingsspår, vilka i mångt och mycket överensstämmer med Kernbergs beskrivning av borderline personlighetsorganisation samt neurotisk personlighetsorganisation. Brist beskrivs som en typ av patologi där primär intentionalitet saknas. Självet upplevs ej som ansvarig för behov, känslor och handlingar. Känslor av förvirring, skam och skuld, samt fragmenteringsångest och ångest inför att förlora den egna känslan av identitet är också karakteristiskt för bristproblematik. Detta synsätt liknar mentaliseringsteorins beskrivning av hur den mentaliserande förmågan är en förutsättning för utvecklingen och organiseringen av ett sammanhållet själv samt hur den ger individen en upplevelse av vara ett enhetligt subjekt som kan driva sig själv i en viss riktning. Killingmo (1989) menar också att brist karakteriseras av objektlöshet eller en avsaknad av en upplevelse av grundläggande mening, och man finner ofta en pendling mellan hopp och förtvivlan. Detta motsvaras av beskrivningar av både borderline personlighetsorganisation och borderline personlighetsstörning (DSMIV, American Psychiatric Association, 1994) och den tomhet, affektlabilitet och snabba pendling mellan olika självtillstånd som man finner i dessa tillstånd. Bristbegreppet torde inom anknytningsteorin motsvaras av olika former av otrygg anknytning. Konfliktproblematik å andra sidan, karakteriseras av en upplevelse av ett sammanhängande själv men med en konfliktfylldhet som kan vara begränsande. Dock uppmärksammar Killingmo att brist- samt konfliktproblematik vävs samman i komplexa personlighetsmönster, där det är svårt skilja det ena från det andra hos den vuxna personen. Att den strukturella nivån varierar inom en del av personligheten till en annan, samt från en situation till en annan, är i samklang med Kernbergs syn (Clarkin et al., 2006) på hur olika representationer av självet och den andre tillsammans med affekt, kan aktiveras inom oss beroende av situation.

Affektmedvetenhet och mentalisering

Affektmedvetenhet är viktig för vår möjlighet att begripliggöra inre och yttre skeenden och för vår berättelse om oss själva då den hjälper oss att binda ihop vår livshistoria samt har betydelse för vår förmåga att minnas. Den norska affektteoretikern Jon Monsen har utvecklat begreppet affektmedvetenhet vilket syftar till en persons förmåga att uppfatta, reflektera kring och uttrycka affekt (Mohaupt, Holgerson, Binder & Nielsen, 2006). Begreppet utvecklades under tidigt 1980-tal utifrån en studie på personlighetsstörda patienter och har inspirerats av ett flertal teoretiker och författare, främst rör det sig dock om Silvan Tomkins och hans affektteori (Solbakken, Hansen & Monsen, 2011). Affektmedvetenhet definieras som:

”den ömsesidiga relationen mellan aktiveringen av en basal affektiv upplevelse och individens kapacitet att medvetet uppfatta, tolerera, reflektera och uttrycka dessa erfarenheter. Det operationaliseras traditionellt som graden av medvetenhet, tolerans, icke verbala och begreppsliga uttryck för var och en av, i den senaste revisionen av modellen, de elva distinkta affekterna.” (Solbakken et al. 2011, s. 486, vår översättning).

De elva affekterna är: intresse/upphetsning, njutning/glädje, rädsla/panik, ilska/raseri skam/förnedring, förakt, avsky/avsmak, ledsnad/förtvivlan, avund/svartsjuka, skuld/ånger samt ömhet/omtänksamhet (Solbakken et al., 2011). En person som har låg affektmedvetenhet kan varken göra sina egna eller andras känslotillstånd begripliga och får därmed svårt att se orsaken bakom eget och andras handlande. Detta påverkar i förlängningen möjligheten att upprätthålla relationer till andra (Mohaupt et al. 2006). Likheten med de förmågor som begreppet mentalisering har som ambition att fånga ter sig betydande. Enligt t.ex. både Solbakken et al. (2011) och Mohaupt et al. (2006) överlappar de båda begreppen affektmedvetenhet och mentalisering varandra. Mohaupt et al. (2006) skriver: ”båda begreppsliggör förmågan att uppfatta, reflektera kring och uttrycka affekt på ett adekvat sätt.” (s. 241, vår översättning). Både teorierna understryker vikten av affektreglering, möjligen betonar dock mentaliseringsteorin än mer hur själva mentaliseringsförmågan förvandlar arten av affektreglering samt hur detta inte endast möjliggör en anpassning av det affektiva livet utan också hur detta i en fundamental bemärkelse används för att reglera självet (Fonagy, 2008).

Reglerad affekt innefattar möjligheten att låta affekten komma till uttryck, att tolerera att den finns där men utan att nödvändigtvis handla utifrån den. Att mentalisera kring en affekt innebär att göra egna och andras handlingar och känslor begripliga utifrån sin egen och andras inre världar, och de intentioner, motiv och behov som härskar där. Denna förståelse kan ge både en känsla av mening och en upplevelse av förutsägbarhet. Att reglera affekter via mentalisering handlar således både om att tolerera affekten samt sätta dessa känslor i ett större sammanhang av förståelse och mening. Mentaliserad affektivitet, ett begrepp som Fonagy och hans kollegor använder (Fonagy, 2008), markerar en mogen förmåga att reglera affekt. Begreppet markerar en samtidighet där individen är i affekten och på samma gång är medveten om den. Mentaliserad affektivitet är det begrepp som Solbakken et al. (2011) anser vara mest likt Monsens begrepp affektmedvetenhet. Förmågan innefattar upptäckten av den subjektiva betydelsen i de egna känslorna, vilket innebär en vägledning till kunskap om sig själv och andra (Fonagy, 2008). Detta kan ses som kärnan i många psykologiska behandlingar eftersom de handlar om den erfarenhetsmässiga förståelsen av individens egna känslor på ett sätt som går utöver intellektuell förståelse (Fonagy, 2008). Möjligheten att dela sina känslor med andra och via språket samtala kring dem är ytterligare en aspekt av god affektreglering. Sammantaget innebär affektreglering att man förmår stå ut med psykisk smärta under tiden man

försöker förstå, symbolisera och/eller förmedla sina plågsamma affekter.

Solbakken et al. (2011) och Mohaupt et al. (2006) pekar på hur Fonagy och hans kollegor betraktar affekter som ofattbara, flytande och utbytbara till sin natur och hur individer ofta inte riktigt vet vad de känner samt hur de kan känna flera känslor samtidigt. I Monsens teori tillförs ett betonat kognitivt perspektiv där varje distinkt affekt organiseras via kognitionen. Detta står i kontrast till mentaliseringsteorins antaganden om att affekt är delvis bortom kognitiv förståelse (Mohaupt et al. 2006). Inom mentaliseringsteorin skiljer man inte heller mellan olika distinkta affekter, vilket upphovsmakarna till affektmedvetenhetsbegreppet ser som en brist (Solbakken et al., 2011). Enligt dessa författare skulle mentaliseringsteorin tjäna på en mer detaljerad och specificerad beskrivning av affekterna och vilka deras funktion är samt hur de kommer till stånd. En anledning till att det betraktas som en brist är att ”affekter kan ge värdefull vägledande information och bristen på specificitet skymmer detta” (Solbakken et al., 2011, s. 489, vår översättning). Detta perspektiv delas av Lech (2012) som även han menar att mentaliseringsteorin förlorar på att inte skilja mellan diskreta affekter.

En annan viktig skillnad är mentaliseringsbegreppets mer explicita fokus på reflektion i förhållande till andras mentala tillstånd och affektmedvetenhetsbegreppets större fokus på reflektion i förhållande till de egna affekterna. Självreflektionen antas sedan få implikationer avseende förståelsen av andra.

Alexitymi

Peter Sifneos myntade 1973 begreppet alexitymi för att beskriva patienter som inte kunde uttrycka känslor (Fava, G.A, 2009). Begreppet betyder ordagrant ”utan ord för känslor”. Speciellt under de senare två decennierna har intresset för alexitymibegreppet ökat och det finns i dagsläget betydande empiriskt stöd för alexitymibegreppets validitet samt för sambandet mellan alexitymi och flera medicinska och psykiatriska åkommor (Taylor & Bagby, 2004).

Utvecklingen av självskattningsformuläret Toronto Alexitymi skalan (TAS) och den reviderade 20 frågorsversionen har delvis bidragit till expansionen av forskningen kring alexitymi. Skalan har visat vara ett instrument som uppvisar god faktorvaliditet och reliabilitet på olika språk och i olika kulturer (Taylor & Bagby, 2004). Individer som har omfattande alexityma drag antas ha affektiva upplevelser som inte representeras mentalt vilket gör att dessa individer tenderar att fokusera på de kroppsliga upplevelserna vilket i sin tur kan leda till att affektiva upplevelser missförstås som somatisk sjukdom. Empiriskt stöd finns också för att de affektiva upplevelserna inte på ett tydligt sätt kopplas till bilder och ord samt att det hos alexityma individer finns en betydande symboliseringsbrist (Taylor & Bagby, 2004).

Taylor and Bagby (2004) ger exempel på vilka möjliga utvecklingspsykologiska aspekter som

inverkar på utvecklingen av alexitymi. Sociala faktorer som att t.ex. födas in i en barnrik familj, bo på landet, vara ett önskat barn förefaller inverka, psykiskt trauma likaså. Individuella skillnader i den lingvistiska utvecklingen spelar roll och det förefaller vara gynnsamt att börja tala tidigt. Kvalitén på anknytningsrelationerna spelar roll för utvecklingen av alexitymi och flera studier visar att alexitymi associeras med otrygg anknytning och särskilt med otrygg/undvikande och otrygg/desorganiserad (Taylor & Bagby, 2004).

De framträdande aspekterna hos begreppet alexitymi handlar om svårigheter att identifiera egna affekter/känslor, skilja mellan känslor och kroppsliga sensationer vid affektiva påslag, en begränsad förmåga att föreställa sig och beskriva affektiva upplevelser samt ett kringskuret fantasiliv med en externt orienterad kognitiv stil (Taylor, 2000) vilket sammantaget innebär en nedsättning i förmågan att kognitivt bearbeta känslomässiga upplevelser samt nedsättning i förmågan att reglera affekter/känslor. Utvecklingen av TAS 20 har sin utgångspunkt i dessa komponenter och är en operationalisering av dem. Det förefaller finnas en viss oenighet huruvida begreppet bör innehålla en femte komponent. T.ex. anser Bermond (1997) att brister i förmågan att erfara affektiva/känslomässiga tillstånd bör inkluderas som en femte komponent (Bagby et al., 2009).

Bateman och Fonagy (2012) föreslår TAS-20 för mätning av förmågan till mentalisering. Det som instrumentet, enligt deras uppfattning, främst kan indikera är: mentalisering riktat mot det egna självet, gällande både kognitiva och affektiva aspekter; automatisk mentalisering i viss mån; kontrollerad mentalisering samt mentalisering på basis av inre egenskaper. De anser dock inte att instrumentet förmår fånga förmågan till mentalisering kring andra samt mentalisering på basis av yttre egenskaper.

Bagby, Taylor & Parker har visat att TAS-20 relaterar negativt med ”psychological mindedness” mätt med ”the Psychological Mindedness Scale of the California Psychological Inventory”. Denna skala berör två aspekter av ”psychological mindedness” som ligger nära alexitymibegreppet, nämligen att ha tillgång till sina känslor och vara intresserad av varför människor gör som de gör (Bagby, Taylor & Parker, 1993). Detta begrepp är även i hög grad närbesläktat med mentaliseringsbegreppet, men diskuteras möjligen mer som en egenskap än som en psykologisk aktivitet (Bateman & Fonagy, 2012).

Avstängning av mentalisering

Personer som antingen är konstitutionellt sårbara och/eller utsatta för försummelse och/eller trauma och/eller inte på ett adekvat sätt speglats av omsorgstagaren, riskerar att utvecklas med en försvagad eller bräcklig kapacitet att representera affekt och kontrollera sin förmåga till uppmärksamhet. När dessa individer utsätts för påfrestningar är det troligt att de reagerar med att stänga av sin förmåga att på ett begripligt sätt handskas med sina egna och andras mentala tillstånd,

speciellt i en anknytningskontext. Denna avstängning kan ses som adaptiv och som ett medvetet undvikande av det mentala tillståndet hos den som gör individen illa och utgör ett försvar mot den personen man är beroende av. Men relationen mellan mentalisering och anknytning är förmodligen mer komplex. Det förefaller röra sig om två neurobiologiskt ömsesidigt inhiberande system där de delar av hjärnan som underbygger mentalisering inhiberas när de system i hjärnan som medierar anknytning aktiveras. Det innebär att när individen befinner sig under stress går anknytningssystemet i gång medan mentaliseringsförmågan slås av (Fonagy, 2008).

Med ökande stress och påfrestning försämras förmågan till mentalisering och detta gäller till viss del för oss alla. Bateman och Fonagy beskriver (2012) hur :

”patterns of brain functioning can shift from flexibility to automaticity – that is, from relatively slow executive functions mediated by the prefrontal cortex (PFC) to faster habitual and instinctual behaviors mediated by posterior cortical (e.g., parietal) and subcortical structures (e.g., amygdala, hippocampus, and striatum). Concomitantly, mentalizing appears to disappear as self-protective physical reactions (fight-flight-freeze) come to dominate behavior.” (s. 17).

Den gräns där interpersonell stress triggat igång automatisk mentalisering på bekostnad av mer kontrollerad mentalisering kan skilja sig åt från situation till situation, samt beroende på vilket sammanhang det rör sig om. Likaså finner man individuella skillnader i hur mycket stress som tåls innan förmågan till kontrollerad mentalisering påverkas (se ovan) (Bateman & Fonagy, 2012).

Vissa personer har t.ex. på grund av trauma och/eller medfödd sårbarhet, utvecklat ett hypersensitivt anknytningssystem som gör att de lättare hamnar i tillstånd av stress med minskad mentaliseringsförmåga som följd. Mentalisering utvecklas tidigare hos de barn som är tryggt anknutna, vilket kan förklaras med att det hos dessa barn finns färre anledningar till att anknytningssystemet behöver aktiveras och detta är i sin tur anledningen till den tidiga utvecklingen av mentalisering.

Hur ser god samt bristfällig mentalisering ut?

Grundläggande för en god mentaliserande förmåga är intresset för mentala tillstånd hos sig själv och andra. Det innefattar en flexibel och avslappnad hållning samt ett erkännande av det provisoriska, föränderliga samt ogenomskinliga hos dessa tillstånd. Viktigt i denna förmåga är också att känna trygghet i utforskandet av mentala tillstånd, att vara öppen för upptäckt och ha en inre frihet i att utforska även smärtsamma minnen och erfarenheter liksom att flexibelt kunna byta mellan automatisk och kontrollerad mentalisering. En integrering av kognitiva och affektiva aspekter av sig själv och av andra och att förmå reglera obehag är utmärkande för god mentaliserande förmåga. Tillika är nyfikenhet på andra och deras perspektiv och utgångspunkten att

man är ansvarig för sitt beteende, snarare än att saker och ting ”händer”, karakteristisk för god förmåga. Slutligen är engagerande humor, förlåtande inställning, icke paranoid och självutforskande hållning, erkännande av förmedvetet och omedvetet fungerande, inre konfliktmedvetenhet samt ödmjukhet är kännetecknande för riktigt god mentaliserande förmåga (Bateman & Fonagy, 2012).

Bristande mentalisering kännetecknas av en generell tendens att inte vara uppmärksam på tankar, känslor och önsknings hos sig själv och andra samt en motvillighet att utforska komplexa mentala tillstånd som orsaker till händelser. Bristfällig mentalisering indikeras genom stilen på berättelsen, innehållet samt den implicita attityden. Fokus i berättelsen ligger ofta på externa faktorer snarare än på mentala tillstånd och regler och roller, plikter och ansvar anges som om dessa var adekvata förklaringar till beteenden. Ett fåordigt berättande och förnekande av egen inblandning indikerar en motvillighet mot att se och uppfatta egna och andras intentioner på ett meningsfullt sätt. Rigiditet, brist på osäkerhet samt hänsynstagande, i förhållande till både egna och andras perspektiv kan indikera bristande mentalisering. Den kan komma till uttryck genom en överdrivet sparsmakad eller överdrivet detaljerad utsaga eller genom att för stor vikt läggs vid antingen kognitiva eller affektiva aspekter av mentalisering. Omfattande generaliseringar, fördomsfullhet samt polariserat tänkande indikerar ofta bristande mentalisering.

Bristande mentalisering innefattar de sätt att tänka kring inre tillstånd som representerar en subjektivitet som föregår fullt utvecklad mentalisering och är en del av problematiken vid olika former av psykisk ohälsa i allmänhet och för borderline problematik i synnerhet. ”Låtsasläge” motsvaras av små barns sätt att träda in i leken utan att förmå integrera lek och verklighet (Bateman & Fonagy, 2006). Här existerar ingen koppling mellan den inre och yttre verkligheten och den inre verkligheten kan existera så länge ingen koppling görs till den yttre verkligheten, den extrema varianten är dissociation. Vid psykisk ekvivalens sker det motsatta genom att fantasi, tankar och känslor hos det egna självet blir alltför verkligt. Känslomässiga subjektiva upplevelser blir till ett faktiskt här och nu, ”som om” blir till ”är”, vilket motsvaras av det lilla barnets tro på att det verkligen finns en tiger en under sängen. Ett ”teleologiskt sätt att representera den inre världen” innebär att man behöver fysiska uttryck för mentala tillstånd och innebär ett extremt beroende av vad som är observerbart vid förståelse av intentioner, vilket fångas i uttrycket ”jag tror det inte förrän jag ser det” (Bateman & Fonagy, 2012; Rydén & Wallroth, 2008). ”Pseudo-mentalisering” är en speciell form av bristande mentalisering som är svår att skilja från genuin mentalisering. Pseudo-mentalisering är mer subtil, har en tydlig defensiv karaktär och talet om mentala tillstånd har en överdrivet kognitiv kvalité och då de reflektioner som görs i allt för hög utsträckning tjänar egna syften bör pseudomentalisering övervägas. ”Invaderande pseudo-mentalisering” innebär en alltför stor säkerhet avseende andras tankar och känslor, vid ”överaktiv pseudomentalisering” investeras överdriven energi i att tänka på hur andra tänker och känner, här idealiseras insikten för sin egen

skull (Bateman & Fonagy, 2012).

Tidigare forskning om mentalisering och psykopatologi

Bateman och Fonagy m.fl. har under de senaste 10-15 åren utvecklat en utvecklingspsykologisk teori samt en behandlingsmetod för borderline personlighetsstörning med utgångspunkt i begreppet och förmågan mentalisering. Fonagy och Bateman föreslog redan 1989 att patienter med "borderline personality disorder" (BPD) uppvisar en förminskad mentaliseringsförmåga och här betraktas borderline personlighetsstörning som en mentaliseringssjukdom och mentaliseringsbristen tillsammans med interpersonella svårigheter anses vara det centrala. Brister i mentaliseringsförmågan visar sig genom att den minskar kraftigt eller slås ifrån helt i påfrestande situationer, då affekterna ökar i styrka. För en individ med BPD kan det innebära att när ångesten stiger inom ramen för en nära relation leder detta till att mentaliseringsförmågan avtar och ett eller flera förmentalistiska sätt att förstå verkligheten aktiveras. Samtidigt kan det uppstå ett starkt behov av att externalisera det "främmande självet" i syfte att skapa en bättre känsla av sammanhang (Rydén & Wallroth, 2008). Numera finns även mentaliseringsbaserade behandlingsansatser inriktade mot t.ex. depression, ätstörningar samt arbete med föräldrar och barn (Bateman & Fonagy, 2012).

En mängd forskning stödjer sambandet mellan brister i mentaliseringsförmåga och psykisk ohälsa. Fonagy, Target och Gergely visade år 2000 att förekomsten av borderline personlighetsstörning har samband med lägre eller frånvarande reflexiv funktion. Mentaliseringsförmåga kan både teoretiskt och empiriskt kopplas till en fungerande personlighet och till psykisk hälsa. 2006 kommer Müller, Kaufhold, Overbeck och Grabhorn fram till att reflexiv funktion korrelerar på ett signifikant sätt med patientens strukturella diagnos (enligt strukturaxeln på OPD) samt förutspår förbättring i allmänt mentalt tillstånd hos 24 kvinnliga psykoterapipatienter mellan 18 och 55 år.

Pedersen, Lunn, Katznelson & Poulsen rapporterar 2012 en studie som undersöker den reflekterande förmågan hos en grupp patienter med bulimia nervosa och finner att denna inte generellt är nedsatt men att teorin kring mentalisering kan bidra till förståelsen av denna grupp. De redogör för flera studier som har visat det motsatta, nämligen att den metaliserande/reflekterande förmågan visat sig vara sänkt vid anorexia nervosa samt vid ätstörningar generellt (Pedersen et al., 2012). För närvarande pågår arbete med att utveckla en behandlingsmetod baserad på antagandet att brister i den reflekterande förmågan är en av de huvudsakliga svårigheterna i alla ätstörningar (Pedersen et al., 2012).

2012 undersöker Bly et al. sambandet mellan reflekterande funktion, axel II-psykopatologi (personlighetsstörning enligt DSM IV) och dessa svårigheters inverkan på socialt utsatta vuxna

personer vad gäller förmåga att erhålla och bibehålla en anställning (Bly et al., 2012). Mer specifikt intresserar sig studien för om det är en bristande reflekterande funktion som står för det förmodade och många gånger konstaterade sambandet mellan axel II-problematik och minskade förmågor och möjligheter att etablera sig socialt. Författarna påpekar att axel II-problematik är den typ av psykisk ohälsa som har mest genomgripande effekt på psykosocial funktion och det är större sannolikhet att finna globala funktionsnedsättningar och större sociala och interpersonella svårigheter hos de med en personlighetsstörning i jämförelse med dem utan. Vidare konstaterar man att skattningar avseende reflekterande funktion är särskilt låga för de patienter med en axel II-problematik, samma fynd har gjorts för de med en bakgrund av övergrepp (Bly et al., 2012). En mängd interpersonella förmågor är nödvändiga för att erhålla och bibehålla ett arbete. Det kan handla om att kunna kommunicera effektivt, arbeta i team, vara anpassningsbar, inneha förmågan att ta den andres perspektiv och läsa av även mer subtila tecken i andras beteende, att kunna reglera sina affekter vid stress samt tolka andras handlingar. Samtliga förmågor faller inom ramen för en fungerande mentaliserande förmåga. Deltagarna i den studie som Bly et al. (2012) genomfört kommer från ”HOPE Program”, i Brooklyn New York, som syftar till att göra socialt belastade fattiga personer boende i storstad mer redo för arbete. Programmet påminner mycket om Fenix (för beskrivning av Fenix se nedan) verksamhet vad gäller målsättning, till viss del i upplägg men inte minst vad gäller målgrupp. Studien konfirmerar att en axel II-diagnos associeras med lägre nivåer av reflekterande funktion samt finner att den lägre förmågan att beakta och reflektera kring mentala tillstånd hos själv och andra är det underliggande skälet till varför en personlighetsstörningsdiagnos kommer i vägen för att uppnå anställning. För de med högre poäng på reflekterande funktion var det ungefär två gånger så troligt att de fullföljde det arbetsförberedande programmet samt över tre gånger så troligt att de fick ett arbete (Bly et al., 2012). De understryker att resultatet även stödjer att mindre skillnader i reflekterande funktion kan göra skillnad när det kommer till att genomföra programmet och/eller erhålla och bibehålla ett arbete. Mentaliseringsförmågan har således inte endast en klinisk relevans utan har relevans för en större social kontext inklusive arbetsmarknaden.

Frågeställning

Anknytningsrelaterade brister, psykisk ohälsa i allmänhet och personlighetsstörning i synnerhet har, som vi sett ovan, samband med brister i förmågan att beakta och fundera kring eget och andras mentala tillstånd. Till ungdomsmottagningen samt till Fenix söker sig unga vuxna med varierande grader av psykologisk/psykiatrisk problematik. Kan man finna skillnader mellan en klinisk grupp hämtad från dessa båda verksamheter och en s.k. normalgrupp avseende deras mentaliserande/reflekterande funktion, oavsett diagnos?

I studien undersöker vi två aspekter av mänskligt fungerande som är intimt sammankopplade.

Dels undersöks skillnader i mentaliseringsförmåga eller reflexiv förmåga, dvs. förmågan att beakta och reflektera kring tankar, känslor, intentioner hos sig själv och andra, mellan en klinisk grupp och en icke klinisk grupp av unga vuxna. Dels undersöks skillnader i relationella erfarenheter mellan den kliniska gruppen och den s.k. normala gruppen och hur dessa erfarenheter är sammanlänkade med utvecklingen av reflekterande förmåga.

Metod

Undersökningsdeltagare

Undersökningsdeltagarna i den kliniska gruppen kommer från ungdomsmottagningen Rooseum i Malmö och från Fenix verksamhet i Malmö. Ungdomsmottagningen (UM) är en verksamhet i Sverige som tar emot ungdomar mellan 12-25 år. Regionala skillnader förekommer vad gäller åldersgränsen. På UM arbetar barnmorskor, undersköterskor, manliga sjuksköterskor, kuratorer, psykologer och läkare. Besök på UM handlar ofta om preventivmedelsrådgivning, testning av könssjukdomar, frågor om kroppen, sexologisk rådgivning och psykologisk/psykosocial problematik. I Malmö består 25% av besöken av pojkar och 75% av flickor. Enligt Sveriges ungdomsmottagningars policyprogram (2000), skall UM:s arbetsmetoder innebära att vad än ungdomar söker för så skall hela deras situation beaktas. Helhetssynen innebär samarbete mellan olika professioner och präglar ungdomsmottagningens verksamhet. Fenix är en kommunal verksamhet inom Malmö stad som vänder sig till unga vuxna mellan 18-25 år, för vilka de vanliga sociala och arbetsmarknadspolitiska insatserna visat sig vara otillräckliga. Målet med verksamheten är att hjälpa ungdomarna att utvecklas personlighetsmässigt och socialt och därigenom förbättra sina förutsättningar för arbete och studier. I aktiviteterna ingår individuell psykoterapi, psykosocialt stöd och arbetspraktik. På Fenix arbetar socialsekreterare och psykologer. 50% av besöken består av unga män och 50% av besöken består av unga kvinnor.

Vår undersökning fokuserar på unga vuxnas mentaliseringsförmåga och vi har valt att avgränsa gruppen till personer mellan 18-25 år, vilket är de ramar som Fenix sätter för deltagande i Fenix verksamhet. Undersökningsgruppen omfattar tjugo personer, 5 män och 15 kvinnor, och består av en normalgrupp och en klinisk grupp med vardera tio personer. Den kliniska gruppen består av fem personer från mottagningen Fenix och fem personer från Ungdomsmottagningen Rooseum. I den kliniska gruppen är åtta personer kvinnor och två är män, den yngsta är 18 år och den äldsta är 25 år. Sex personer har ingen etablerad sysselsättning, två personer läser på högskolan, en går på gymnasiet och en person arbetar. I gruppen har nio personer vuxit upp i hem med skilda föräldrar och en person i hem med båda föräldrar. Tre bor själva och sju bor kvar hos en förälder. Inom den kliniska gruppen föreligger en skillnad mellan de fem från ungdomsmottagningen och de fem från

verksamheten Fenix. Gruppen från Fenix har överlag tyngre social och psykisk problematik samt saknar sysselsättning. I normalgruppen är sju kvinnor och tre män, den yngsta är 18 år och den äldsta är 25 år. Fem studerar på högskola, tre personer går på gymnasiet och två personer arbetar. Nio personer har vuxit upp med skilda föräldrar och en i hem med båda föräldrar. Fyra personer bor själva, en bor med sin sambo och fem bor tillsammans med en förälder.

Urval. Den kliniska gruppen består av fem individer som blivit aktuella på Fenix och fem individer som sökt sig till Ungdomsmottagningen Rooseum, under perioden 1 december 2011 till 31 januari 2012. Inkluderingskriterier är åldersspannet 18-25 år. På UM Rooseum valdes de första fem individerna som bokade tid under tidsperioden och därefter tackat ja till att delta i undersökningen. På Fenix valdes de senaste fem som aktualiserats från väntelistan och som tackat ja till att delta i undersökningen. Både på UM Rooseum och på Fenix har ett konsekutivt urval gjorts. Urvalet baserar sig endast på vem som stod i tur på väntelistan eller sökte sig hjälp under en viss period, ingen annan bedömning eller värdering gjordes. Det enda exklusionskriteriet som användes var konstaterat intellektuellt funktionshinder. Ingen exkluderades p.g.a. detta. Trots att inte alla unga vuxna med en klinisk kontakt i hela populationen hade lika stor möjlighet att ingå i undersökningen ledde denna urvalsmetod till att gruppen har en betydande relevans i förhållande till frågeställningen. Gruppen representerar även en betydande mångfald i förhållande till problematik och symtom (se resultat).

Normalgruppen representeras av tio personer som inte har pågående psykiatrisk kontakt. Exkluderingskriterier för normalgruppen har även varit pågående självskada och/eller ätstörning samt konstaterat intellektuellt funktionshinder. Normalgruppen valdes enligt principerna för ett bekvämlighetsurval (Kazdin, 2003; Robson, 2002). Syftet var att finna personer som åldersmässigt matchade den kliniska gruppen samt överensstämde med exkluderingskriterierna. I övrigt har personerna i studierna valt utifrån tillgänglighet och intresse av att delta. Denna urvalsmetod har sina uppenbara begränsningar avseende t.ex. representativitet och generaliserbarhet i förhållande till den totala populationen (Kazdin, 2003; Robson, 2002). T.ex. kan de personer som frivilligt tackar ja till att ingå i studien skilja sig på flera sätt från personer som inte anmäler sig som frivilliga (Kazdin, 2003). Studiens begränsningar avseende flera praktikaliteter, t.ex. tids- samt omfångsbegränsningar ledde till detta urvalsförfarande. Information om undersökningen (se bilaga 2) gick ut till personal och studenter på Malmö Högskola, Malmö gymnasieskolor, Halmstad Högskola och Kristianstad Högskola. Vi lämnade även information om studien till kollegor och vänner, som i sin tur informerade personer i åldern 18-25 år. De personer som hörde av sig fick mer information om undersökningen per telefon, varefter intervjuerna bokades in. Detta förfarande fortsatte till dess att tio personer tackat ja till deltagande. Rekrytering av de tio deltagarna i studien

fördelades enligt följande: tre från högskola, tre från gymnasieskola, två från kollegor och två från vänner till författarna.

Studien använder sig av en s.k. ”case-control design” (Kazdin, 2003, s. 239). Denna typ av design har potential att undersöka kausala relationer samt hur olika omständigheter påverkar det begrepp som är föreliggande studies fokus (Kazdin, 2003). En risk att vara medveten om i denna typ av studie är att gruppernas karakteristik inte nödvändigtvis avspeglar den större populationen och att vissa egenskaper hos urvalet kan komma att innebära att resultatet drar åt ett visst håll (Kazdin, 2003).

Material

Intervjuguide. Insamling av kvalitativ data gjordes i form av en semistrukturerad intervju enligt intervjumallen (se bilaga 1). En semistrukturerad intervju ger möjlighet att fokusera specifika aspekter av intervjupersonens livserfarenheter, samtidigt som det finns en öppenhet i förhållande till intervjupersonens utsagor (Willig, 2001). Intervjuguiden är konstruerad av författarna utifrån studiens syfte och teoretiska referensram. Vi frågade här efter två betydelsefulla relationer i dåtid, företrädesvis föräldrarelationer eller alternativa likvärdiga relationer, eventuella trauman samt bad om exempelsituationer. Två betydelsefulla relationer i nutid efterfrågades på motsvarande sätt. Bedömning gjordes av kvalitet på anknytningsrelationer, anknytningsstrategier, generella mentaliseringsförmågor och affektmedvetenhet. Författarna gjorde en klinisk bedömning samt bedömning av personlighetsstruktur (se nedan) och intervjun behandlades som kvalitativt material samt kodades i enlighet med RF-skalan. Avslutningsvis efterfrågades deltagarens uppfattning om testen. Intervjuguiden förhåller sig i flera avseenden till anknytningsintervjun (AAI), som i syfte att urskilja anknytningsmönster, bland annat frågar efter relationen till egna föräldrar och om egna erfarenheter av separationer. I AAI sker bedömning utifrån *hur* relationer beskrivs snarare än *vad* som beskrivs och man förhåller sig till fyra maximer om logik och tal, vilka är kvalitet, kvantitet, relevans och uppträdande. Utifrån tolkning av det språkliga innehållet i intervjun, exempelvis hur den intervjuade talar om känslomässigt laddade relationer, delas berättelserna in i karaktäristiska mönster som trygg, otrygg/undvikande, otrygg/ambivalent och otrygg/desorganiserad (Rydén & Wallroth, 2008).

Bedömning av mentalisering. Vid bedömning av mentalisering rekommenderar Bateman & Fonagy (2012) att minst en, gärna två till tre kliniska intervjuer görs. Intervjuerna bör fokusera på individens anknytningshistoria och uppmärksamma specifika relationer i dåtid samt nutid. Det är viktigt att intervjuerna innehåller frågor som explicit kräver och utmanar mentalisering i förhållande till dåtida och nutida relationer. Bedömaren bör ta hänsyn till de starka affekter som kan väckas vid

samtal kring trauman. Allmänt tal om känslor och tankar är i sig inte tillräckligt för att konstatera att mentalisering äger rum, då detta inte behöver innebära att man aktivt föreställer sig just den tanken eller känslan. Bedömaren måste se bortom de många ord som handlar om mentala tillstånd och fokusera på individens förmåga att ta sig an mentaliserande utmaningar i den kliniska situationen. Vidare bör den förklaring och redogörelse som individen kan ge i förhållande till sina symtom och sitt lidande beaktas. Bedömaren bör här bortse från lånade förklaringar till symtom eller lånade förklaringar till hur lidande betraktas rent allmänt. Därtill bör man observera hur den nya anknytningsrelationen till bedömaren påverkar mentaliseringsförmågan. Kan man till exempel använda bedömaren för att reglera stress? Individuella skillnader i användandet av sekundära anknytningsstrategier observeras under intervjun samtidigt som intervjuaren måste beakta att mentaliseringsförmåga är en relationsspecifik förmåga och kan skilja sig mycket från en anknytningsrelation till en annan. Mentalisering är också beroende av den mentaliserande förmågan hos partnern. Således kan bedömningen av mentalisering utan hänsyn till kontexten bli felaktig (Bateman & Fonagy, 2012).

Bedömning av personlighetsstruktur. Personlighetsstruktur fastställdes utifrån den totala informationen som framkom i intervju samt resultat från skattningsskalor. Bedömning av personlighetsstruktur utgår främst från Kernbergs beskrivning av normal, neurotisk samt borderline personlighetsorganisation (se teoriavsnitt ovan) och följer de bedömningskriterier som Kernberg (1988) samt Clarkin, Yeomans och Kernberg (2006) fastställer. Författarna hade att ta ställning till graden av identitetsintegrering, kvalitén på internaliserade objektrelationer, karakteristiska försvar, möjligheten hos den enskilde individen att uppleva och reglera/kontrollera affekt samt dennes moralutveckling och realitetstestning (Clarkin et al., 2006). Författarna tog hänsyn till beskrivningar av erfarenheter och händelser i deras dagliga liv, t.ex. beskrivningar av relationer, beteenden och symtom. Bedömningen grundar sig även i information som i intervjun förmedlas via icke verbala aspekter, t.ex. sättet informationen förmedlas på samt överförings- motöverföringsskeenden. En viktig aspekt av detta är hur bristande integration av själv och andra i intervju kan visa sig via individens icke reflexiva, motsägelsefulla och/eller kaotiska beskrivningar av sig själv och andra (Clarkin et al., 2006).

Val av instrument. Instrumenten Reflective Functioning Scale (RF-skalan), The twenty-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) och Mentaliseringsskalan (MS54) valdes utifrån deras förmåga att mäta och fånga in den mentaliserande förmågan. Stöd i urvalet har vi fått av Batemans & Fonagys (2012) genomgång av instrument i ”*Illustrative list of measures assessing dimensions of mentalization*” (s. 55-57). Rosenbergs Self-esteem scale (RSES) valdes för dess potential att fånga

en aspekt av självet d.v.s. global självkänsla samt för dess omfattande användning inom forskningen.

Reflective Functioning Scale. Reflective Functioning Scale (RF-skalan) har utvecklats av Fonagy, Target, Steele och Steele (1998), och bedömer en individs generella mentaliseringsförmåga. Den innefattar en global bedömning av mentalisering i olika sammanhang och relationer, och poängsättning kan, enligt Bateman och Fonagy (2012) göras utifrån intervjuer som AAI (Hesse, 2008), Child Attachment Interview och Object Relations Inventory. RF-skalan har även använts för att poängsätta mentalisering i förhållande till specifika symtom, till exempel ångestattacker (Rudden, Milrod, & Target, 2006). Bedömning görs utifrån en skala från -1 (konkret, total avsaknad av mentalisering eller grov förvrängning av andras mentala tillstånd) till 9 (komplext, genomtänkt, raffinerat eller originellt resonerande om mentala tillstånd), där den nedre delen av skalan, -1 till 4, motsvarar negativ eller begränsad reflekterande förmåga (RF) och den högre delen, 5 till 9, god eller hög RF (Bateman & Fonagy, 2012).

RSES. Rosenbergs Self-esteem scale (RSES) utvecklades av Morris Rosenberg 1965. Studier stödjer upprepat god reliabilitet och validitet (Robins, Hendin, & Trzesniewski, 2001) samt uppvisar cronbachs alfa från .84 till .95 (Sinclair et al., 2010). RSES är ett självskattningsformulär som består av 10 påståenden som testpersonen tar ställning till utifrån en 4-gradig likertskala (*instämmer helt, instämmer, instämmer inte, instämmer inte alls*). Högsta möjliga poäng på RSES är 40 och minsta möjliga är 10 poäng. Skattning under 25 poäng visar på negativ skattning. Sinclair et al. rapporterar 2010 normer för åldersgruppen 18-25 år ett medelvärde på 29.67 och standardavvikelse på 6.63 och hänvisar till metastudie av RSES där Twenge och Campbell (2001) fann en signifikant effekt för ålder på självkänsla mellan gymnasie- och högskoleåren.

TAS-20. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), är utvecklat av Bagby, Parker och Taylor (1994). Instrumentet uppvisar cronbachs alfa på .81 samt god validitet (Bagby et al., 1994). Vi har använt den svenska versionen av TAS-20 (Simonsson-Sarnecki, 2000). Cronbachs alpha är här .83. Självskattningsformuläret TAS-20 består av 20 påståenden som testpersonen ska ta ställning till utifrån en 5-skalg likertskala. Frågorna är indelade i tre faktorer som benämns som F1 ”svårigheter att identifiera känslor”, F2 ”svårigheter att beskriva känslor” och F3 ”externt orienterat tänkande”. Högsta möjliga poäng är 100 och minsta möjliga är 20 poäng. Ett totalvärde över 61 poäng indikerar en alexitym profil enligt Taylor, Bagby och Parker (1999). 51 poäng är gränsen för icke alexitymi (Taylor et al., 1999). TAS-20 skattar mentalisering i förhållande till det

egna självet (intern) inte i förhållande till andra (extern) (Bateman & Fonagy, 2012). Kritiken gentemot TAS-20 handlar sammanfattningsvis om instrumentets tendens att betona det kognitiva på bekostnad av den mer emotionella aspekten av alexitymi, t.ex. förmågan att befinna sig i ett emotionellt tillstånd (Gori, Giannini, Palmieri, Salvini & Schulberg, 2012).

Mentaliseringstest. MS54 är ett självskattningstest som består av 54 påståenden som testpersonen tar ställning till utifrån en 6-gradig skala, *instämmer inte alls, instämmer inte, instämmer inte helt, instämmer delvis, instämmer och instämmer verkligen*. Högsta möjliga poäng är 324 och minsta möjliga är 54 poäng. MS54 är en översatt och bearbetad version av Reflective Functioning Questionnaire (Perkins, 2009). MS54 är ett nytt instrument som ännu är under utveckling vilket innebär att validiteten, reliabiliteten samt normerna för detta frågeformulär är oklara för författarna. En pågående utvärdering och validering av instrumentet utförs just nu på flera ställen, bland annat i England och Norge, och beräknas publiceras inom kort. Skalan är ursprungligen engelskspråkig och den svenska översättningen från engelska är vår egen. Någon back-translation har inte skett, däremot har formuläret prövats på ett antal personer i en pilotstudie. Utifrån feedback från försökstestningen har översättningen korrigerats och utvärderats, innan MS54 användes i studien. Vår studie jämför två grupper avseende relationsbaserad mentalisering. Vi har valt att använda MS54 då det är det enda självskattningsformuläret som avser att fånga mentalisering inom ramen för anknytningsrelationer, d.v.s. reflekterande funktion. Trots avsaknad av normer och värden för validitet och reliabilitet anser vi därför att skalan har stort värde för undersökningen .

Procedur

Pilotstudie. En pilotstudie med 10 personer genomfördes. Vi var intresserade av om den inbördes ordningen på frågeformulären fungerade och om frågorna i formulären var begripliga. Eftersom vi själva översatt MS54 från engelska och det ännu ej är validerat, var vi speciellt intresserade av respons på detta formulär. De 10 personerna bestod av tre män och sju kvinnor i åldern 35-56 år. Det tog mellan 12-18 minuter för testpersonerna att besvara de tre testen och de tyckte alla att ordningen fungerade bra. Omdömen om TAS-20 var att det var svårt att svänga mellan graderingarna när frågorna var vända. Ordet ”folk” var svårtolkat och kunde inbegripa både någon som står nära och någon som står längre bort. Ordet ”skrämd” upplevdes som konstigt av flera och man föreslog istället ordet ”rädd”. RSES upplevdes lättare av flertalet. Tre personer refererade till jantelagen och menade att det var svårt att fylla i positiva påståenden om sig själv. MS54 upplevdes som svårt när frågan innehöll en negation, graderingen var svår och flera nämnde upprepning av frågor. Vi fick förslag på annan översättning på två frågor, vilket vi tagit till oss och

ändrat. Sammantaget ansåg pilotgruppen att MS54 var svårast, på grund av många och krångliga frågor.

Genomförande av intervjuerna och testning. De unga vuxna som samtyckte till att delta i undersökningen fick muntlig och skriftlig information om studien (se bilaga 2). Varje intervjutillfälle innefattade en intervju på cirka 45 minuter med fokus på bedömning av mentaliseringsförmåga, affekter, relationer, personlighetsstruktur samt tre självskattningstest. Inom ramen för den semistrukturerade intervjun balanserade författarna mellan att låta intervjupersonen tala fritt och bibehålla kontrollen över samtalet i syfte att erhålla data som kunde besvara frågeställningen (Willig, 2001). Därefter delades självskattningsformulären ut i följande ordning: TAS 20, RSES och MS54. Intervjuerna inklusive besvarande av frågeformulär varade cirka 1,5 timme och intervjun spelades in. Vid oklarheter kunde de intervjuade ställa frågor och författarna svarade i den mån det var möjligt. Syftet var att de intervjuade i möjligaste mån skulle förstå frågorna. Författarna träffade vardera tio undersökningsdeltagare, fem från den kliniska gruppen och fem från normalgruppen. Intervjuerna gjordes i lokaler på Fenix eller UM Rooseum. Alla deltagare har erbjudits feedback på intervjun och självskattningstesten och alla har tackat ja till detta.

Analys. Författarna lyssnade var för sig igenom de inspelade intervjuerna, sammanställde svar på intervjufrågor och bedömde mentaliseringsförmåga utifrån kriterier för god respektive bristande mentaliseringsförmåga. Utifrån detta och intervjun i stort gjordes en skattning av intervjun utifrån RF-skalan. Skattningen följde Batemans och Fonagys (2012) instruktioner för bedömning av RF. Detta innefattade exempelvis förekomst av psykisk ekvivalens, låtsasläge, teleologisk hållning och pseudomentalisering (Bateman & Fonagy, 2012). Författarna jämförde därefter sina sammanställningar och bedömningar. För att i högsta möjliga mån få likvärdiga skattningar av RF gjordes gemensam skattning av vilka individer, bland de tjugo i studien, som skulle skattas lägst respektive högst på RF-skalan. Vid olikheter gällande bedömning och tolkning av svar i intervjuerna, fördes diskussioner mellan författarna för att finna samstämmighet. Denna process har pågått från och till under hela uppsatsarbetet. Bedömning av anknytningsstil samt personlighetsstruktur gjordes enligt ovan. En innehållsanalys (Breakwell, Hammond & Fife-Schaw, 2000) utfördes där de teman som sedan kom att ligga till grund för den kvalitativa resultatdelen utarbetades. Här arbetade författarna först var för sig fram förslag på teman utifrån intervjuguiden och intervjureultat, varefter detta diskuterades och analyserades gemensamt för att nå fram till samstämmighet kring valda teman. En sammanställning av kvantitativa och kvalitativa resultat för de intervjupersoner med lägst respektive högst poäng på MS54 gjordes sedan. De teman som

används här följer temana i intervjuresultatet.

Etik. Initialt tillfrågades verksamhetscheferna på Ungdomsmottagningen och Fenix om godkännande för genomförande av studien. Deltagarna fick muntlig och skriftlig information om undersökningens syfte, upplägg och vad som förväntades av deltagaren. De fick även namn och kontaktuppgifter till intervjuaren samt information om att deras uppgifter skulle anonymiseras och behandlas konfidentiellt (Medicinska Forskningsrådet, 2000). Samtliga deltagare samtyckte till detta skriftligt (se bilaga 2). Vi var medvetna om att deltagandet i studien skulle kunna väcka känslor av obehag, oro och ångest. Speciell hänsyn till detta togs därför i förhållande till intervjupersoner från normalgruppen, som inte hade pågående eller planerad samtalskontakt. Vid behov kunde vi erbjuda samtal på egna samtalsmottagningar eller hjälp till annan instans.

Resultat

Resultatet redovisas som tre delar, en kvantitativ del, en kvalitativ del med intervjuresultat och slutligen en sammanställning av både kvantitativa och kvalitativa resultat.

Kvantitativa resultat

Resultat på Rosenberg self esteem scale (RSES), global självkänsla. Resultatet redovisas genom deskriptiva data i Tabell 1.

Tabell 1. Global självkänsla. Medel- och medianvärde, standardavvikelse, min- och maxvärde i råpoäng för hel grupp, klinisk grupp och normal grupp.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>s</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Hel grupp</i>	20	26.05	26.50	6.95455	13	36
<i>Klinisk grupp</i>	10	21.8	22.50	7.00476	13	36
<i>Normal grupp</i>	10	30.3	30.50	3.59166	25	35

Not. n= antal personer, M= medelvärde, Mdn= medianvärde, s=standardavvikelse, Min=lägsta värde, Max=högsta värde.

Oberoende *t*-test visade att den icke-kliniska gruppen hade signifikant högre poäng på RSES än den kliniska gruppen, $t(18) = -3.415, p = .003$. Tabell 1 visar på en standardavvikelse som är nära dubbelt så hög för den kliniska gruppen jämfört med normalgruppen. Där den kliniska gruppen visar på värden spridda långt över och under medelvärde, uppvisar normalgruppen mer samlade värden. Alla deltagare i normalgruppen ligger inom värden som visar på god självkänsla, det vill

säga mellan 25-35 poäng. I den kliniska gruppen har sju av tio deltagare resultat som visar på negativ skattning av självkänsla, 13-23 poäng. Bland den kliniska gruppens deltagare finns samtidigt det högsta och det lägsta resultatet på RSES.

Resultat på alexitymiskalan TAS-20. Resultatet för TAS-20 redovisas genom deskriptiva data i Tabell 2.

Tabell 2. TAS-20. Medel- och medianvärde, standardavvikelse, min- och maxvärde i råpoäng för hel grupp, klinisk grupp och normal grupp.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>s</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Hel grupp</i>	20	47.8	43	12.37825	30	72
<i>Klinisk grupp</i>	10	55.4	58	11.84342	39	72
<i>Normal grupp</i>	10	40.2	40	7.40570	30	55

Not. *n*= antal personer, *M*= medelvärde, *Mdn*= medianvärde, *s*=standardavvikelse, *Min*=lägsta värde, *Max*=högsta värde.

Oberoende *t*-test visade att den kliniska gruppen hade signifikant högre poäng på TAS-20 än den icke-kliniska gruppen, $t(18) = 3.441, p = .003$. Signifikanta är resultat som är lika med eller mindre än .05. Standardavvikelsen, enligt tabell 2, är något högre för klinisk grupp jämfört med normalgrupp, vilket visar på en något större spridning på värden över och under medelvärde i klinisk grupp jämfört med normalgrupp. I normalgruppen är medelvärdet på TAS-20 inom gräns för icke alexitymi, det vill säga 40.2 poäng jämfört med 51 poäng, som är gränsen för icke alexitymi enligt Target et al. (1997). Här avviker en deltagare med 55 poäng. Den kliniska gruppen har ett medelvärde över gräns för icke alexitymi. Här syns fem deltagare med värden över 51, varav tre deltagare har poäng över 61, vilket indikerar en alexitym profil (Target et al., 2007).

Resultat på mentaliseringsskalan, MS54. Resultatet för MS54 redovisas genom deskriptiva data i Tabell 3.

Tabell 3. MS54. Medel-medianvärde, standardavvikelse, min- och maxvärde i råpoäng för hel grupp, klinisk grupp och normal grupp.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>s</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Hel grupp</i>	20	214.45	212.50	26.3648	167	260

<i>Klinisk grupp</i>	10	194.9	194.50	18.52596	167	228
<i>Normal grupp</i>	10	234.0	237.50	16.57977	203	260

Not. n= antal personer, *M*= medelvärde, *Mdn*= medianvärde, *s*=standardavvikelse, *Min*=lägsta värde, *Max*=högsta värde.

Oberoende *t*-test visade att den icke-kliniska gruppen hade signifikant högre poäng på MS54 än den kliniska gruppen, $t(18) = -4.973$, $p = \text{mindre än } .001$, vilket ger en tre-stjärnig signifikans. Tabell 3 visar på högt värde gällande standardavvikelse för hel grupp jämfört med klinisk respektive normalgrupp. En stor spridning av värden kan således ses i hela gruppen. I den kliniska gruppen har nio av tio deltagare poäng under medelvärde för hel grupp och i normalgruppen har nio av tio deltagare poäng över medelvärde för hel grupp.

Resultat för Reflective functioning scale, RF-skalan. Resultatet för RF-skalan redovisas genom deskriptiva data i Tabell 4.

Tabell 4. RF-skalan. Medel- och medianvärde, standardavvikelse, min- och maxvärde i råpoäng för hel grupp, klinisk grupp och normal grupp.

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>Mdn</i>	<i>s</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
<i>Hel grupp</i>	20	5.35	6	1.92696	2	8
<i>Klinisk grupp</i>	10	4.1	4	1.72884	2	7
<i>Normal grupp</i>	10	6.6	7	1.17379	4	8

Not. n= antal personer, *M*= medelvärde, *Mdn*= medianvärde, *s*=standardavvikelse, *Min*=lägsta värde, *Max*=högsta värde.

Oberoende *t*-test visade att den icke-kliniska gruppen hade signifikant högre poäng på RF-skalan än den kliniska gruppen, $t(18) = -3.783$, $p = .001$. Normalgruppen visar på mer samlade värden i förhållande till medelvärde jämfört med klinisk och hel grupp. Klinisk grupp har ett medelvärde på 4.1, vilket är strax över värdet för negativ eller begränsad RF enligt Fonagy och Bateman (2012). Inom den kliniska gruppen har tre av tio deltagare värden över 4 och därför, enligt Fonagy och Bateman (2012), god eller hög RF. Normalgruppen har ett medelvärde som visar på god eller hög RF. En deltagare i normalgruppen avviker med ett värde 4 på RF-skalan.

Reliabilitet. Cronbachs alpha för TAS-20, blir i vår undersökning, med vårt urval, .857 vilket innebär att skalan bör betraktas som reliabel i förhållande till vårt urval (cronbachs alpha bör ligga

på minst .7) Bagby et al. (1993) redovisar Cronbachs alpha på .81. Cronbachs alpha för RSES visar på .918 vilket tyder på god reliabilitet i förhållande till vårt urval. Detta kan jämföras med Sinclair et al. (2010) som visar på cronbachs alpha coefficient på .91 för hel grupp, med en range från .84 (för åldersgrupp 66+) till .95 (för grupp med arbetsökande). Gruppen unga vuxna, 18-25 år, visar Cronbachs alpha på .93. Cronbachs alpha för MS54 är .890 vilket får anses stödja skalans reliabilitet för vårt urval. Då denna skala är under utveckling existerar här ingen jämförelse.

Korrelation mellan skalor. Korrelationen mellan alla skalorna är stark. Korrelationen mellan mentalisering (MS54) och självkänsla (RSES) ger ett värde enligt Pearson på .78. Värden mellan 0.5 -1.0 visar på en stark korrelation enligt Cohen. Korrelation mellan TAS-20 och MS54 är -.75 vilket visar på, enligt Cohen (Pallant, 2010), en stark negativ korrelation. Det innebär att ett högt resultat på MS54 ger låga poäng på TAS-20. Pearson korrelationskoefficient, för TAS-20 och RSES är -.74 vilket enligt Cohen visar på en stark negativ korrelation mellan alexitymi och självkänsla. Det vill säga att ju högre poäng på TAS-20 desto lägre poäng på RSES. Stark korrelation råder också mellan RF-skalan och samtliga andra skalor. RF-skalan och RSES korrelerar positivt med .61, RF-skalan och TAS20 korrelerar negativt med -.65 och RF-skalan och MS54 korrelerar positivt med .82.

Intervjuresultat

Nedan redovisas resultat från intervjuerna enligt teman; problematik, relationer, förståelse av egna problem, tankar kring psykiskt lidande i allmänhet samt bot och bristande samt god reflekterande förmåga.

Problematik.

Svårigheter/Symtom. De symtom som vi finner i den kliniska gruppen varierar från paranoidea upplevelser, självskaehandlingar, suicidala tankar/önskningar till olika mildare former av ångest och depressivitet. Fyra av tio i den kliniska gruppen bedöms ha en personlighetsstörning(enligt DSMIV), fyra av tio beskriver spontant någon form av psykosomatiska besvär som ont i nacke och axlar och obestämbar värk i kroppen. En person har diagnostiserats med ADD, en person har diagnostiserats med ADHD och en person är under utredning för Aspergers syndrom. Hos samtliga intervjupersoner utom en i den kliniska gruppen beskrivs någon form av besvärande oro/ångest. Sex av tio beskriver någon form av besvärande sänkt sinnestämning. Tre personer bedöms ha en otrygg desorganiserad anknytning i grunden, tre personer bedöms ha en otrygg undvikande anknytning, två personer bedöms ha otrygg ambivalent anknytning och två personer bedöms ha en trygg anknytning i grunden. Hos normalgruppen beskriver sju av tio personer ett mående som inte indikerar några

symtom i dagsläget. Två personer beskriver tidigare symtom på nedstämdhet och en person beskriver en tidigare aggressionsproblematik. Två personer beskriver en nuvarande ångest och nedstämdhet som dock inte har föranlett avbrott i den sysselsättning som de bedriver. Avseende anknytning bedöms sex personer av tio, ha ett tryggt anknytningsmönster i grunden, två personer bedöms ha otrygga/ambivalenta anknytningsmönster och två personer bedöms ha otrygga undvikande anknytningsmönster.

Sysselsättning. Sex av tio i den kliniska gruppen har ingen etablerad sysselsättning, de uppstår ekonomiskt bistånd eller är sjukskrivna. Skillnaden mellan den kliniska gruppen från Fenix och den kliniska gruppen från Ungdomsmottagningen blir här tydlig. Inom den kliniska gruppen från ungdomsmottagningen arbetar och/eller studerar alla utom en som är arbetsökande, inom den kliniska gruppen från Fenix har ingen en egen försörjning, en person praktiserar inom ramen för Fenix verksamhet. I normalgruppen har samtliga någon form av sysselsättning, åtta av tio studerar, tre personer läser sista året på gymnasiet, fem personer läser på högskola, de resterande två arbetar.

Brist eller konflikt och borderline personlighetsorganisation eller neurotisk personlighetsorganisation. Utifrån begreppen ”bristproblematik” och ”konfliktproblematik” bedöms sju av tio i den kliniska gruppen lida av en bristproblematik. Tre personer ligger närmre en konfliktproblematik, men hos dessa finns tydliga trauman och andra försvårande erfarenheter samt en viss dragning åt brist. Sex av tio i den kliniska gruppen bedöms ha en borderline personlighetsorganisation och fyra av tio bedöms ha en neurotisk personlighetsorganisation. Hos de personer med en personlighetsstruktur på borderlinenivå och en tydlig bristproblematik finner vi svårigheter att beskriva anknytningspersoner på ett mångfasetterat och fördjupat sätt. Till exempel beskriver en intervjuperson i den kliniska gruppen en oföränderligt negativ relation till modern:

”relationen har inte förändrats det har alltid varit bråk, hon är stress jag är lugn, hon är inte frisk alltså”.

Överlag märks svårigheter att förmedla ett porträtt av anknytningspersonen och det förmedlas knappa, korta utsagor. En intervjuperson berättar om en negativt färgad relation till sin mamma och när han ombeds berätta om relationen till sin mamma och hur mamman är som person, låter det så här:

”...vi har aldrig haft så mycket kontakt...”.

Hos normalgruppen bedöms två av tio ha mer av en bristproblematik, än inte lika tydlig som hos den kliniska gruppen. Resterande åtta i normalgruppen bedöms antingen sakna problematik eller ha någon form av konfliktproblematik dock utan det ger upphov till några stora svårigheter i livet. I normalgruppen bedöms fem av tio ha en normal personlighetsorganisation och fem en neurotisk personlighetsorganisation. Flera individer i normalgruppen beskriver mångfacetterade anknytningspersoner som har både positiva och negativa sidor och försoningen med det som inte varit optimalt tydliggörs. En intervjuperson berättar så här om sin relation till sin mamma som kunde bli jättearg när intervjupersonen och hennes syster bråkade:

”hon skulle lägga sig i, reda ut det...hon kunde inte vara vuxen i bråk....och som tonåring hade vi olika åsikter... hon kände sig alltid påhoppad av mig....jag får alltid den lite ledsna känslan när jag tänker på henne och att hon därför inte kan ta att andra gör saker, tänker saker... även om hon alltid ser glad ut....jag tänker att hon inte känner sig så självständig...”

Relationer. De tre personer som bedöms ha den mest komplicerade symtombilden eller problematiken, berättar också om den mest komplicerade relationella bakgrunden. Hos dessa finns övergivande, sexuella övergrepp, misshandel, alkoholmissbruk och hot om suicid från förälder. Det syns ofta flera graverande omständigheter i samma berättelse.

Skilsmässa/separation. Hos samtliga intervjupersoner, utom hos två, en i normalgruppen och en i den kliniska gruppen, är föräldrarna skilda eller separerade. Överlag har man bott mer eller mindre hos sin mamma alternativt växelvis hos båda föräldrarna men även då med viss betoning på boende hos mamman.

Pappa. I den kliniska gruppen finns två exempel på en beskrivning av en god relation till sin pappa, i det ena fallet har dock pappan under uppväxten misshandlat mamman. I de andra berättelserna beskrivs relationen till pappan som problematisk på olika sätt. Passivitet och frånvaro sammanfattar de problematiska aspekterna. I två fall har pappan övergett familjen. När intervjupersonerna blivit äldre har kontakten återupprättats men beskrivs idag som bristfällig. I ett fall är pappan helt okänd. En person berättar att hennes pappa dog då hon var 11 år, innan dess beskrivs kontakten som dålig. I två fall beskrivs en kontinuerlig kontakt med pappan dock upplever man relationen som icke tillfredställande och man känner ett utanförskap i förhållande till pappornas nya familjer. Två personer berättar om en kontinuerlig men ändå problematisk kontakt med pappan.

Samtliga intervjupersoner i normalgruppen har en kontinuerlig och bibehållen kontakt med sin

pappa. Överlag beskrivs kontakten som god. I ett fall är och har pappan varit alkoholist vilket lett till traumatiska situationer, i ett fall beskrivs en pappa som har ”*dålig kontakt med sina känslor*”. Två personer berättar om papporna som komplicerade personer, där relationen upplevs som otillfredsställande för intervjupersonerna. I en berättelse har fadern alltid bott i annat land. Hos tre intervjupersoner finner man en beskrivning av en god och innerlig kontakt med sin pappa.

Mamma. Hos åtta av tio i den kliniska gruppen, finner man stora svårigheter i relationen till mamman. Intervjupersonerna beskriver t.ex. hur man har blivit slagen, hur mamman har varit deprimerad och fått ångestattacker, hur hon varit sjukskriven och ibland till och med inlagd under uppväxten. De beskriver försummelse, konflikter och en obeskrivbar dålig kontakt samt icke tillfredsställande relation. Tre personer beskriver en god kontakt med mamma, hos en av dessa blev mamma misshandlad under uppväxten och hos en av dem hade mamma omfattande psykisk problematik under uppväxten. I tre fall beskrivs mammorna som deprimerade under intervjupersonernas uppväxt. I ett av dessa fall beskrivs också svår ångest hos mamman och en person beskriver okontrollerbara tankar hos mamman. En intervjuperson beskriver hur hon blivit försummad och slagen av sin mamma. En intervjuperson blev utsatt för övergrepp under många år av mammans nya man. Fyra personer beskriver uttalat dåliga relationer till sina mammor vilka karakteriseras av en omfattande känslomässig otillfredsställelse och besvikelse. En intervjuperson beskriver snarast en icke-relation till sin mamma.

I normalgruppen förefaller en intervjuperson ha en övervägande komplicerad relation till sin mamma som har dragits med psykisk ohälsa under dennes uppväxt. I övrigt rapporterar ingen i normalgruppen varken direkt psykisk ohälsa eller missbruk hos modern. Fem personer beskriver i vissa avseende en komplicerad relation till sin mamma samtidigt som relationen beskrivs som god och nära. Fyra personer beskriver enbart god och nära kontakt med mamman.

Vänskap. I den kliniska gruppen framträder vänskap som ett komplicerat kapitel. I tre berättelser nämns mobbing spontant, i fyra berättelser framkommer att det finns eller har funnits inga eller få vänner, i tre fall framkommer att man i olika utsträckning har erfarenhet av avbrutna vänskapsrelationer och i en berättelse har personen helt dragit sig undan från vänner. I två fall beskrivs inga problem inom detta område. I normalgruppen beskrivs fungerande vänskapsrelationer hos åtta av intervjupersonerna, en person beskriver svårigheter med att låta sina vänner komma nära, en person har haft svårt att få till längre relationer till vänner under uppväxt.

Förståelse av egna problem, tankar kring psykiskt lidande i allmänhet samt bot.

Livserfarenheter. Samtliga tjugo deltagare i studien, förutom två, berör negativa erfarenheter i livet som bakgrunden till främst sin egen livssituation och eventuella psykiska lidande men ofta även som bakgrund till andras eventuella psykiska lidande. Relationerna till föräldrarna nämns ofta, likaså relationerna till jämnåriga, speciellt i de fall då dessa relationer varit befästa med problem. Genomgående har intervjupersonerna en uppfattning om att uppväxten påverkat och påverkar, dock har man inte alltid möjlighet att redogöra för det i mer detalj. Livshändelser som skett eller sker i nuet tas upp som orsak till att man kan må dåligt. Tre intervjupersoner nämner samhället, dess krav och normer som en möjlig faktor till varför människor kan må dåligt. Tre intervjupersoner nämner ett medfött temperament som medverkar till de svårigheter som kan utveckla sig. En person talar i allmänna ordalag om att vara uttråkad och icke tillräckligt stimulerad som bakgrund till dåligt mående.

Bot. Samtliga tjugo deltagare i studien nämner ”prata” som en väg ur psykiskt lidande. Prata hjälper, antingen med någon man har en nära relation med, som vänner och föräldrar, eller med någon som man har en mer professionell relation med. Exempel på vad som kan hjälpa är att:

”prata av sig”, ”kanske komma till grunden med vad problemet är”, ”få hjälp att bli förstådd”, ”bli lyssnad på”, ”få veta att någon finns där”, ”få säga det”, ”bli sedd” och ”få veta att det inte är ens eget fel”.

En person understryker hur viktig relationen är till den professionelle personen och att det ”stämmer”. En annan menar att det finns flera olika sätt att må bättre på och ger exempel på hur även kulturella upplevelser kan bli en väg ut ur t.ex. ett trauma.

Bristande samt god reflekterande förmåga. I de intervjuer som utförts finner vi exempel på såväl goda som bristande mentaliserande förmågor. I vårt urval finner vi ingen som har mer globala mentaliserande svårigheter, där mentaliseringsförmågan brister handlar det snarare om partiella svårigheter. Allmänt sett illustrerar intervjuerna hur den mentaliserande förmågan varierar i förhållande till olika relationer samt i förhållande till det egna självet jämfört med i förhållande till andra.

Exempel på bristande reflekterande förmåga i den kliniska gruppen. I den kliniska gruppen syns olika sätt på vilken den mentaliserande förmågan kan brista. Vi finner exempel på psykisk ekvivalens, låtsasläge och teleologiskt läge. I materialet ser man att den mentaliserande förmågan

kan variera mellan relationer, mellan det egna självet och andra och exempel finns på användandet av så kallade tomma beteendeegenskaper, lånade redovisningar eller användandet av diagnoser för att beskriva och förklara någons beteende. Vidare finner vi exempel på både pseudo- och hypermentalisering. Att se mentalisering mer som ett intellektuellt spel förekommer i vårt material samt ett alltför kognitivt tyngt reflekterande. Nedan följer ett axplock av exempel som illustrerar några av dessa brister:

En intervjuperson berättar om hur hon ser på andra:

”Många människor döljer så mycket, döljer de rätta orden. Många människor lever så, men inte jag.” och ”Jag är så påverkad av andra människor men folk orkar inte med det, de vänder ryggen och skrattar. Man känner sig till åtlöje, orkar inte ens prestera. Det är inte så kul att höra: tjejerna vill inte umgås med dig och killarna bryr sig inte.”

(Pseudodokumentalisering - vet vad andra tänker.)

En intervjuperson berättar om en svår tid då familjen bodde på en ö och hur mammas situation var:

”Mamma är väldigt social av sig, hon är en väldigt utgående person...så från att ha mycket vänner och gå på fester till att bli instängd och inte göra något utom att ta hand om sina barn...det var väldigt deprimerande för henne.”

(Lånad redovisning av bakgrunden till mammans mående.)

En intervjuperson säger så här, apropå konflikterna med mamman och mammans tjat vilket man förstår sårade och sårar intervjupersonen:

”Jag vill bara att hon ska sluta, jag vill slå sönder hennes huvud men slår sönder annat istället, hon beter sig som en idiot, det sätter igång mig, mina aggressioner..”.

Vidare apropå mammans tjat om disk och annat i hemmet: *”En mugg i diskhon gör att hon börjar skrika klockan nio på morgonen..... (Varför tror du att hon gör så?) ... för att hon är dum i huvudet, hon kanske måste ha allt fint, men jag ska inte behöva må dåligt för att hon är så störd!”.*

(När affekterna stegras i förhållande till mamman slås mentaliseringsförmågan av och mamman kan inte ses som någon med en inre värld av tankar och känslor.)

När intervjuaren frågar en intervjuperson om pappan och framförallt hans frånvaro under dennes uppväxt blir svaret så här:

”Det är jobbigt med småbarn, och han har alltid hållit på med sina datorer , nej jag vet faktiskt inte...”(Och nu då?) ”Nu det är väl för att man har blivit vuxen....(...)... jag kan inte sätta fingret på det faktiskt, jag har ingen aning....han är alltid jättetrevlig..... han har svårt för att säga att han tycker om mig, men jag vet att han bryr sig för annars hade han ju inte gått och köpt mat till mig...”

(Exempel på teleologiskt läge.)

En intervjuperson berättar om hur misstron genomsyrar hans tillvaro och relationer till andra människor, och när han pratar med någon försöker han hela tiden förstå vad den människan har för agenda. Intervjupersonen kan till exempel tänka:

”Skrattar den åt mig för att jag ser rolig ut?”

(Exempel på psykisk ekvivalens, inre rädslor blir till yttre rädslor.)

Apropå att det inte är lönt att vända sig till andra om man har problem, berättar en intervjuperson om en situation där han uppgett för studiekamrater att han inte kan dricka alkohol p.g.a. att han äter antidepressiv medicinering. Intervjupersonen menar att:

”människor är inte intresserade av att lyssna, blev att de tog avstånd....människor har nog med sig själva..., människor ställer upp till en viss gräns..”

Samma intervjuperson anser att han föredragit att bo avskilt i en stuga i skogen, eftersom:

”människor är hänsynslösa..., de gapar högt, slänger i dörrar..., ... det är djungelns lag, den starkaste överlever....”.

(Ovan exempel på både psykisk ekvivalens och en destruktiv form av pseudomentalisering.)

En intervjuperson berättar om att föräldrarna fick sju barn och han har således sex syskon. Intervjuaren undrar hur det kommer sig att föräldrarna skaffade så många barn, varpå svaret blir:

”TV:n var väl sönder och jag vet inte varför de skaffade så många barn... det finns små familjer och det finns stora familjer..”.

(Exempel på ovilja att spekulera i vilka mentala tillstånd som ligger bakom föräldrarnas handlingar.)

Exempel på bristande reflekterande förmåga i normalgruppen. Intervjuaren frågar om vem som stått nära intervjupersonen under uppväxten:

”Väldigt svår fråga att besvara, jag förstår precis vad du är ute efter...men jag har svårt att svara på den frågan...det vet jag faktiskt inte....Man har ju alltid föräldrar , men det har väl inte varit någon jag kan kalla jättenära relation...nej, det kan jag inte säga....Jag känner nog att jag är närmre mina föräldrar nu än jag var då....”

Hur tänker du kring mamma och pappa? Vad är det som gör att de inte varit nära?” Nej, jag vet inte....det har inte känts så riktigt..inte på det viset...nej.....(tyst)mer nu kanske.....”

En intervjuperson säger så här om sin pappas dåliga mående:

”Jag tror att han behöver en kvinna som kan ta hand om honom för mamma sa att i deras förhållande var det ofta hon som tog hand om honom.”

(Lånad redovisning av symtom och besvär.)

En intervjuperson uppger att:

... ”jag ser ofta vad andra behöver för att må bättre..”, och .. ”om folk gör som jag säger så blir det bättre...” (lägger dock till att ”detta är exempel på hennes självgodasida...”)

(Exempel på överaktiv pseudomentalisering.)

En intervjuperson tycker sig ha blivit sårad av både killar och tjejer och detta följs av att hon uttalar sig om hur könen är som kategorier, utan att kunna utveckla det när intervjuaren ställer följdfrågor. Det kan låta så här:

”Jag vet inte vad det är med killar.”

Exempel på god reflekterande förmåga i den kliniska gruppen. En intervjuperson resonerar kring hur dennes uppväxt haft för påverkan:

”När jag växte upp bodde jag på olika ställen och det kanske har gjort att jag inte haft ett supertryggt hem, fast jag vet inte...eller så är det nog. Fast jag har haft en bra uppväxt, men också mycket ansvar som mamma inte gav mig men som jag tagit själv, ville att hon skulle ha det bra, ha

det lugnt. Det har skapat en rädsla hos mig att mamma skulle må dåligt. Jag blir rädd inom mig när mamma mår dåligt, det kickar igång något, allt blir hopplöst.”

En annan intervjuperson resonerar kring förändring i förhållande till relationer till föräldrar:

”När jag var i 18-19-20-årsåldern började jag förstå att jag kan också vara klokare än mina föräldrar ibland, att allt de gör kanske inte alltid är det man ska göra.”

En intervjuperson talar om varför han gjorde som han gjorde i förhållande till en före detta flickvän med vilken han hade en mycket destruktiv relation:

”Jag offrade mycket för henne, ville finnas där för henne... kanske för att jag inte kunde hjälpa min mamma, men här kunde jag göra något... såg det som en andra chans...”

En intervjuperson berättar om en upplevelse av begynnande förändring:

”Jag är mer öppen nu än när jag var yngre” och ”jag har alltid försökt hålla känslor i ett stenhårt grepp, försökt distansera mig från dem men jag har kommit till insikt att alla känslor inte är av ondo...”

En intervjuperson berättar om hur denne kände det under och efter en traumatisk misshandel:

”...jag var så ledsen och rädd, jag visste inte vad jag skulle göra....., så rädd, när jag tänker på det känns det väldigt jobbigt, det är ett öppet sår...”

En intervjuperson resonerar kring hur hon har lärt sig tänka kring andra människor som inte hälsar på henne men på andra:

”... hon kanske har dålig självkänsla eller så tycker hon inte om mig... jag var smal, hon kanske kände sig tjock...” Intervjupersonen berättar hur det kändes förr när det hände: *”Jag kände mig obekvämt, kunde inte vara mig själv...”*

Exempel på god reflekterande förmåga i normalgruppen. En intervjuperson resonerar kring pappans bristande förmåga att lyssna på det hans barn säger vilket leder till att intervjupersonen tystnar och denne menar att:

”Det kanske beror på att han är rädd för att tappa kontakten”..... , ”han är rädd för att det ska bli fel när vi träffas”, ”han har svårt att ta till sig saker som inte är bekvämt, som han ej förstår”.

Intervjupersonen spekulerar vidare: *”Det kan finnas en otrygghet i att han (pappan) ej läst vidare, han kanske blir osäker”.* Intervjupersonen funderar vidare kring *”dagsform”*, *”...när pappa är ledig är det lättare att komma nära honom”.*

En intervjuperson resonerar högt kring den personliga utveckling som hon genomgått under de sista åren:

”Ju mer tiden går, jämfört med när jag simmade, har jag lärt mig att tycka mer om mig själv...mer för den jag är än för vilka resultat jag gör, för när jag simmade var resultaten a och o. Medan nu har jag insett att tycka om mig själv för den jag är och inte för det jag gör, även om det också är en stor del av vem man är.”

En intervjuperson säger bland annat så här om sina föräldrar:

”Både mamma och pappa vill att vi ska säga snälla saker till dom, för att de säger alltid det till oss, men de vill ha det tillbaka. Men då försöker jag förklara att vi är tonåringar och gör inte såna saker, alltså det är inte normalt, det känns bara obekvämt att säga till sina föräldrar att ”du är bra””.

En intervjuperson säger så här apropå att fundera kring sig själv och prata som en väg framåt:

...”det är mycket man har inom sig som man inte vet att man har... det finns alltid något man kan göra åt det...”

En intervjuperson berättar att det var jobbigt att byta skola när hon var yngre och att hon tvivlade på att hon skulle få nya vänner. Det var samma känsla när hon sedan började gymnasiet, men menar att:

”alla vill ju lära känna andra...” och nu känns det löjligt... så kanske man alltid känner när man kommer till ett nytt ställe..... och träffar nya personer att man är blyg...”.

Apropå kärleksrelationer berättar en intervjuperson att denne börjat lägga märke till att hon stör sig

på när folk är ledsna och säger så här om det:

” Jag blir nog lite provocerad....inser att jag är arg och sur...kommer på det är nog för att han är ledsen” ... ”jag inser att jag stör mig, fattar inte den grejen....att man inte gör något åt det.....speciellt när de vet varför; jättekonstigt att jag blir så sur...”. Vidare ”Det är säkert någon konstig försvarsgrej ...jag är rädd för att jag ska vara svag, och inte klara saker, något sånt säkert, så blir jag sur när andra blir ledsna, också för att jag bryr mig...”.

Sammanställning

Nedan följer en sammanställning av resultatet för de fem deltagare som har lägst poäng på MS54 samt för de fem deltagare som har högst poäng på MS54. Resultaten presenteras även i förhållande till resultat på TAS-20, RSES, RF-skala samt teman från kvalitativ intervju.

Tabell 13. Sammanställning av resultat för deltagare med lägst poäng på MS54.

	MS54	TAS-20	RSES	RF
Id nr: 1	167	72	17	3
Id nr: 3	189	58	13	6 (#)
Id nr: 11	168	63	13	2
Id nr: 13	191	70	22	4
Id nr: 14	193	41(#)	23(#)	4

(#) visar på värden som ligger över median för klinisk grupp. TAS-20 korrelerar negativt och här visar (#) på värde under median för klinisk grupp. Se tabell 1-12 för medianvärden.

Deltagarna med lägst poäng på MS54 är de med id-nummer: 1,3,11,13 och 14 och de tillhör alla den kliniska gruppen. Med ett undantag är det samma personer som har lägst poäng på RSES, RF-skalan samt högst poäng på TAS-20 jämfört med hela gruppen. Lägst poäng på MS54 samvarierar med lägst poäng på RSES, lägst poäng på RF-skalan och högst poäng på TAS-20.

Tabell 14. Sammanställning av ålder, boende och sysselsättning för grupp med lägst poäng på MS54.

	<u>Ålder</u>	<u>boende</u>	<u>sysselsättning</u>
Id nr: 1	20	Mamma	Ingen
Id nr: 3	21	Mamma, bror	Ingen, avhopp gymn
Id nr:11	21	Mamma	Ingen, avhopp gymn
Id nr: 13	25	Eget boende	Högskola
<u>Id nr: 14</u>	<u>18</u>	<u>Mamma, bror</u>	<u>Gymnasiet åk 2</u>

Intervjupersonerna ovan representerar hela åldersspannet i undersökningen, det vill säga 18-25 år. De fyra som bor hemma hos en förälder sammanfaller med de fyra som har eller har haft svårigheter i skolan. Id nr 14 går på gymnasiet men har hög frånvaro samt svårigheter att följa med i undervisningen. Id nr 13 skiljer sig från gruppen enligt ovan. Till detta kan tilläggas att denna individ (id nr 13) har en bakgrund med tidigt självomhändertagande på grund en psykisk sjuk förälder respektive en frånvarande förälder. Hon har även något högre ålder än övrig grupp.

Tabell 15. Sammanställning anknytningstil och symtom för grupp med lägst poäng på MS54.

	<u>Anknytningstil</u>	<u>Problematik</u>
Id nr: 1	Otrygg desorganiserad	Självskada, affektlabilitet, depressivitet/ångest, suicidtankar, ADHD
Id nr: 3	Trygg anknytning	Oro, nedstämdhet, psykosomatik, masochism
Id nr:11	Otrygg desorganiserad	Tomhet, ångest, paranoida tankar, psykosomatik vid stress
Id nr: 13	Otrygg undvikande	Undandragande, social ångest, IBS
<u>Id nr: 14</u>	<u>Otrygg undvikande</u>	<u>Ångest, dövar affekter med mat/godis, ADD</u>

Samtliga intervjupersoner ovan, utom id nr 3, bedöms ha någon form av otrygg anknytning. Id nr 3 bedöms ha trygg anknytning men har drabbats av omfattande traumatiska skeenden senare i livet.

Tabell 16. Sammanställning brist/konfliktnivå, objektrelaterande och personlighetsorganisation för grupp med lägst poäng på MS54.

Nivå		Personlighetsorganisation
Id nr: 1	Brist /delobjekt	Borderline pers.org
Id nr: 3	Konflikt /helobjekt	Neurotisk pers.org
Id nr:11	Brist /delobjekt	Borderline pers.org
Id nr: 13	Konflikt /helobjekt	Neurotisk pers.org
Id nr: 14	Brist /delobjekt	Borderline pers.org

De tre deltagare som bedöms ha bristproblematik är också personer som främst beskrivit anknytningsobjekten som delobjekt samt är organiserade på borderlinenivå. Id nr 13 relaterar till anknytningsobjekt i område som gränsar mellan hel och delobjekt och befinner sig på konfliktnivå med dragning åt brist. Id nr 3 skiljer sig något från gruppen i övrigt och bedöms vara organiserad på neurotisk nivå, på konfliktnivå och beskriver främst anknytningsobjekt som helobjekt. Hon har samtidigt bedömts ha tryggt anknytningsmönster, enligt tabell 15.

Tabell nr 17. Sammanställning av relation till mamma för grupp med lägst poäng på MS54.

Relation till mamma	
Id nr: 1	Dålig relation till mamma. Besvikelse/ilska. Ej berättat om sex.övergrepp.
Id nr: 3	Alkoholiserad mamma. Bra resp dålig beroende på om mamma full/nykter.
Id nr: 11	Alkoholiserad mamma. Dåligt hållande, slagit (11) under uppväxt.

Id nr: 13 Mamma depr, dåligt psykiskt mående under uppväxt. Dåligt hållande.

Id nr: 14 Mamma (14)s bästa vän. Mamma slagen av (14)s pappa.

I gruppen syns genomgående brisfälliga relationer till mamma. Mamma är frånvarande på grund av eget missbruk, upptagenhet av sig själv, depression och psykisk ohälsa. Hos id nr 14 är mamma idealiserad och ensidigt god.

Tabell nr 18. Sammanställning av relation till pappa för grupp med lägst poäng på MS54.

Relation till pappa

Id nr: 1 Ej träffat pappa fr 3-4 årsålder fram till högstadiet. Nu kontakt 2-3 ggr/år

Id nr: 3 Bristfällig kontakt med pappa som blivit bättre. Tidigare rädd för hans ilska.

Id nr: 11 Pappa död när (11) var 11 år. Mkt dålig kontakt med pappa under uppväxt.

Id nr: 13 Pappa frånvarande/passiv trots boende hos honom varannan vecka upp till 10 år.

Id nr: 14 Bott hos pappa var 3:e helg under uppväxt, samt hela åk 6-7. Pappa har misshandlat mamma under flera år. Uppger god kontakt med pappa.

Relationen till pappa beskrivs som genomgående bristfällig. Frånvaron beskrivs som olika former av icke-engagemang, där man träffat pappa mycket lite eller inte alls under uppväxt. Id nr 1 och 3 beskriver relationen till pappa som lite bättre idag. Id nr 14 ger idealiserad bild av pappa som i stort ensidigt god.

Tabell 19. Sammanställning av resultat för deltagare med högst poäng på MS54.

	MS54	TAS20	RSES	RF
Id nr: 8	241	36	29 (#)	8
Id nr: 9	260	30	35	8

Id nr: 17	245	55 (#)	26 (#)	6 (#)
Id nr: 18	244	35	35	7
<u>Id nr: 19</u>	<u>243</u>	<u>39</u>	<u>28(#)</u>	<u>6 (#)</u>

(#) visar på värden som ligger under median för normal grupp. TAS-20 korrelerar negativt och här visar (#) på värde över median för normal grupp. Se tabell 1-12 för medianvärden.

De personer som har högst poäng på MS54 är id nr: 8, 9, 17, 18 och 19. De tillhör alla normalgruppen. Gruppen som har högst poäng på MS54 har även resultat som samvarierar med höga poäng på RSES, RF-skalan och låga poäng på TAS-20. Id nr 17 skiljer sig från gruppen avseende poäng på TAS-20 och placerar sig över gräns för icke alexitymi.

Tabell 20. Sammanställning av ålder, boende och sysselsättning för grupp med högst poäng på MS54.

	<u>Ålder</u>	<u>boende</u>	<u>sysselsättning</u>
Id nr: 8	25	Eget boende	Högskola
Id nr: 9	21	Eget boende	Arbetar
Id nr:17	19	Tsm föräldrar	Gymnasiet åk 3
Id nr: 18	25	Eget boende/sambo	Högskolan
<u>Id nr: 19</u>	<u>20</u>	<u>Bor tsm mamma</u>	<u>Högskolan</u>

Gruppen med högst poäng på MS54 drar åt högre åldrar, i förhållande till åldersspannet i undersökningen, 18-25 år. Tre av fem bor i eget boende, de två yngsta bor tillsammans med förälder/föräldrar. Alla befinner sig i någon form av sysselsättning.

Tabell 21. Sammanställning anknytningstil och symtom för grupp med högst poäng på MS54.

<u>Anknytningsstil</u>	<u>Problematik</u>
------------------------	--------------------

Id nr: 8	Trygg anknytning	Mår bra. Uppger inga symtom i dagsläget.
Id nr: 9	Trygg anknytning	Uppger sig må bra.
Id nr:17	Trygg anknytning	Uppger sig må bra, undviker konflikter.
Id nr: 18	Otrygg undvikande	Mår bra. Uppger tillitsproblem och viss agressionsproblematik som nu hanteras bättre.
Id nr: 19	Trygg anknytning	Mår bra. Undandragande vid stress. Håller känslor för sig själv, vill ej belasta andra.

Fyra av fem i gruppen bedöms ha trygg anknytning. Id nr 18 bedöms ha otrygg undvikande anknytning. Bakgrunden är en traumatiserande uppväxt som nu delvis är bearbetad. Alla uppger sig må bra idag och relaterar på olika sätt till tidigare sämre mående.

Tabell 22. Sammanställning brist/konfliktnivå, objektrelaterande och personlighetsorganisation för grupp med högst poäng på MS54.

	Nivå	Personlighetsorganisation
Id nr: 8	konflikt/helobjekt	Normal pers.org
Id nr: 9	konflikt/helobjekt	Normal pers.org
Id nr:17	Konflikt/ helobjekt	Neurotisk pers. org
Id nr:18	Konflikt/ helobjekt	Neurotisk pers.org
Id nr: 19	Konflikt/helobjekt	Normal pers. org

Samtliga deltagare i gruppen beskriver anknytningsobjekten som hela objekt. Vidare bedöms två av fem i gruppen vara organiserade på neurotisk nivå.

Tabell 23. Sammanställning av relation till mamma för grupp med högst poäng på MS54.

Relation till mamma

- Id nr: 8 God kontakt, närmst mamma. Bodde hos henne efter skilsmässa.
- Id nr: 9 God kontakt. Visst bråk under tonår.
- Id nr: 17 God kontakt.
- Id nr: 18 Viss känsla av övergivenhet under uppväxt då ma jobbade natt. God kontakt.
- Id nr: 19 God kontakt. Känner tillit till mamma och kan prata med henne om mycket.

Samtliga deltagare i gruppen uppger god kontakt med mamma. Id nr 9 och 18 beskriver perioder med sämre kontakt till mamma, men båda uppger att detta är reparerat idag.

Tabell 24. Sammanställning av relation till pappa för grupp med högst poäng på MS54.

Relation till pappa

- Id nr: 8 God kontakt. Pappa till viss del frånvarande, avstängd.
- Id nr: 9 God kontakt. Upplever pappa som omtänksam, snäll.
- Id nr: 17 God kontakt. Stod honom närmst som liten, då ma arbetade oregelbundet.
- Id nr: 18 Pappa alkoholist. Känner sig närmst honom, alltid känt sig förstådd av honom.
- Id nr: 19 God kontakt. Bott växelvis hos ma och pa efter skilsmässa. Bor nu enbart hos ma.

Samtliga deltagare i gruppen uppger god kontakt med pappa. Id nr 17 och 18 har eller har haft pappa som närmaste relation.

Diskussion

Det föreligger en signifikant skillnad avseende mentaliserande förmåga mellan den kliniska gruppen i vår studie och den normala gruppen, detta oavsett symtom och typ av problematik. Nio av tio personer i den kliniska gruppen får ett resultat på mentaliseringsskalan MS54 som ligger under medianvärdet för hela gruppen. Nio av tio i normalgruppen erhåller resultat över medianvärde för helgrupp på samma skattningsskala. I denna studie har alltså de unga vuxna i den kliniska gruppen brister i sin reflekterande förmåga som skiljer sig från de unga vuxna i normalgruppen. Detta resultat är i samklang med resultat från andra studier som styrker sambandet mellan lägre mentaliseringsförmåga och psykisk ohälsa i allmänhet och lägre personlighetsfunktion i synnerhet (Fonagy, 2000; Müller et al., 2006; Bly et al.; 2012). Denna studie skiljer sig dock i förhållande till andra tillgängliga studier i dess fokus på just gruppen unga vuxna. Flertalet av deltagarna i vår kliniska grupp har en personlighet som är organiserad på en lägre mognadsnivå, antingen överensstämmande med Kernbergs strukturella nivå borderline personlighetsorganisation eller den strukturella nivån neurotisk personlighetsorganisation (Kernberg, 1988; Clarkin et al., 2006). De individer som är organiserade på borderline nivå överensstämmer i stort sätt med de individer som lider av en bristproblematik enligt Killingmos (1989) terminologi. Det faktum att de personer som skattar sig lägst på MS54 även har en betydande strukturell problematik stämmer särskilt väl överens med den forskning som påvisar samband mellan personlighetsstörning och lägre reflekterande förmåga (Fonagy, 2000; Müller et al., 2006; Bly et al., 2012).

Resultaten visar vidare på att det föreligger en signifikant skillnad mellan de unga vuxna i den kliniska gruppen och de unga vuxna i normalgruppen avseende inte endast uppmätt mentaliserande funktion (enligt både MS54 och RF-skalan) utan även uppmätta alexityma drag (enligt TAS-20) samt uppmätt självkänsla (RSES). Vidare föreligger en stark korrelation skalorna emellan vilket understryker hur de olika bristerna respektive styrkorna samvarierar. Vid god mentaliseringsförmåga har den unga vuxne även god reflekterande förmåga, låga poäng på alexitymiskalan samt god självkänsla enligt RSES. Samma relation syns vid omvända resultat, där lägre mentaliseringsförmåga samvarierar med höga poäng på alexitymiskala, sämre reflekterande förmåga och lägre självkänsla. Detta illustrerar dels hur skalorna överlappning, d.v.s. hur de mäter samma psykologiska funktioner, dels illustrerar det hur dessa brister samvarierar, i den mån de skattar olika psykologiska funktioner.

Teoretiskt finns en förväntan att skattningar av mentalisering bör korrelera med TAS-20. Resultatet visar också att föreligger det alexityma drag enligt skattning på TAS-20 föreligger det även bristfällig mentaliserande förmåga, enligt skattning på MS54 och RF-skalan. Bateman & Fonagy (2012) anger TAS som ett av de sätt på vilket man kan skaffa sig en uppfattning om en individs mentaliserande förmåga, undantaget den aspekten av mentalisering som handlar om i

vilken mån vi förmår bilda oss en uppfattning om den andres inre. Våra resultat styrker således att de aspekter av en person som TAS-20 skattar i hög grad även är de som MS54 och RF-skalan mäter, alternativt att de funktioner som skattas samvarierar betydligt. Alexitymi, som innebär en nedsatt förmåga att identifiera egna affekter, skilja mellan affekt och kroppsliga sensationer samt föreställa sig och benämna affekterna (Taylor, 2000), överensstämmer i stora drag med begreppet affektmedvetenhet, eller snarare avsaknad av affektmedvetenhet. Mentaliseringsförmåga och förmåga att uppfatta, härda ut i, reglera och symbolisera affekt, med Monsens terminologi affektmedvetenhet (Solbakken et al., 2011), är delvis överlappande teoretiska begrepp och psykologiska funktioner. I den mån det handlar om olika funktioner är de utvecklingsmässigt sammanbundna då utvecklingen av förmågan att reglera affekt är intimt sammankopplat med utvecklingen av mentalisering och ställer samma krav på omsorgsgivarens kvalitéer. Att vi rör oss inom ett område där olika teoretiska begrepp till stora delar avser samma psykologiska funktioner stärks ytterligare av sambandet vi finner i föreliggande studie avseende skattningar för mentalisering respektive alexitymi. Resultaten ligger även i linje med studier som stödjer sambandet mellan ”psychological mindedness” och alexitymi (Bagby, Taylor & Parker, 1993). Begreppet mentalisering är nära relaterat till begreppet ”psychological mindedness”. Resultaten i föreliggande studie är även i samklang med studier som stödjer sambandet mellan alexitymi och hur de affektiva upplevelserna hos personer med denna problematik inte är symboliserade (Taylor & Bagby, 2004). Likaså är våra resultat i samstämmighet med studier som påvisar samband mellan alexitymi och olika former av psykisk ohälsa (Taylor & Bagby, 2004). Flertalet av individerna i vår kliniska grupp uppvisar ett otryggt anknytningsmönster vilket är i samklang med resultat i andra studier som sammankopplar otrygg anknytning, speciellt otrygg/undvikande och otrygg/desorganiserad, med alexitymi (Taylor & Bagby, 2004). Bateman och Fonagy anger 2012 att TAS inte kan uppskatta den aspekt av mentalisering som rör mentalisering kring andras mentala tillstånd. Person nummer 13 i vår studie illustrerar detta väl då hon har ovanligt höga poäng på TAS men inte lika anmärkningsvärt höga på MS54. TAS-20 mäter endast den mentaliserande förmågan i förhållande till det egna självet och inte i förhållande till andra, vilket är just det som denna person brister så fundamentalt i. Hon har diagnosticerad IBS och har vuxit upp med en psykiskt sjuk mamma vilket bl.a. har inneburit en ständig uppmärksamhet på den andres (mammans) känslor, tankar och beteende, dock på bekostnad av uppmärksamhet inåt. Hos denna person fungerar mentalisering kring andra bättre än mentalisering riktad mot det egna självet.

Poängresultatet för helgrupp på TAS-20 ligger runt det värde som är att förvänta för en normalpopulation, vilket således är lågt då detta värde även inkluderar en klinisk grupp. Resultatet för normalgruppen ger ett värde som indikerar att vår normalgrupp kan betraktas som mer välfungerande avseende alexityma drag i jämförelse med andra normalpopulationer.

Normalgruppen i föreliggande studie är samtliga i någon form av sysselsättning samt kommer från hem med en förhållandevis stabil social situation. De brister på detta sätt i matchning i förhållande till den kliniska gruppen. Vidare är generaliserbarheten i förhållande till en allmän population unga vuxna är oklar.

MS54 är ett instrument under utveckling. Föreliggande studie styrker skalans reliabilitet och validitet. Vi finner en positiv korrelation med RF-skalan som i sin originalversion tillsammans med en komplett AAI är det mest vanligt förekommande sättet att skatta mentaliseringsförmåga. Trots avsaknad av jämförelseresultat styrker skalans nämnda korrelation rimligheten i våra gruppers resultat.

Jämförelser med andra studier och resultat (Pedersen et al., 2012) avseende RF-skalan indikerar att normalgruppen i föreliggande studie erhåller förhållandevis höga siffror jämfört med andra normalgrupper. Dock är antalet studier där normalgruppsresultat finns tillgängliga begränsade och det faktum att vi i föreliggande studie inte skattar reflekterande funktion utifrån en komplett anknytningsintervju påverkar vår möjlighet till jämförelser med andra resultat på RF-skalan. En delförklaring till de höga värdena kan vara att studiens normalgrupp i stort utgörs av välfungerande medelklass, och samtliga arbetar eller studerar vilket självfallet inte gäller för hela populationen unga vuxna. Normalgruppen kan troligen ej betraktas som representativ för hela populationen unga vuxna utan klinisk kontakt.

Avseende RSES ligger däremot normalgruppen i linje med resultat för samma åldersgrupp, dock i form av amerikanska unga vuxna. Även resultatet på RSES korrelerar med samtliga andra skalor, för båda grupperna. Rimligtvis speglar detta hur de grundläggande brister eller resurser som ger svårigheter med såväl mentalisering som alexitymi, även påverkar känslan man har inför det egna självet. Det samband som föreligger mellan skattad självkänsla och övriga skalor stämmer överens med antagandet att god mentaliserande eller reflekterande förmåga ger en känsla av förutsägbarhet och bidrar till upplevelsen av att vara ett sammanhållet subjekt som kan påverka sin tillvaro. RSES mäter två aspekter av global självkänsla, själv-kompetens och själv-gillande. Själv-kompetens är ett mer instrumentellt värde som avser upplevelsen att vara kapabel och effektiv och själv-gillande berör en känsla av att vara en bra person och i någon mån önskad av andra (Sinclair et al., 2010). Känslan av att kunna påverka sin situation, av att vara ett handlande själv återkommer i mentaliseringsteorins begrepp agentskap och liknar begreppet ”själv-kompetens”. Global självkänsla, definierat som en individs positiva eller negativa attityd eller värdering gentemot hela självet (Rosenberg, Schooler, Schoenbach & Rosenberg, 1995), mätt med RSES har visat sig korrelera med olika kliniska tillstånd såsom t.ex. ångest och affektiva tillstånd (Sinclair et al., 2010). Dessa tillstånd förekommer i hög utsträckning även i våra resultat.

Betydelsen av den tidiga omsorgsmiljön

Resultaten visar att det finns betydligt större relationella brister i den kliniska gruppen. Modern förefaller här varit den primära anknytningspersonen samtidigt som denna relation innehåller omfattande brister hos nästan samtliga intervjupersoner. I denna grupp har det inte heller existerat någon alternativ relation som kunnat kompensera de brister som funnits, mildrat dem eller förhindrat olika former av negativ påverkan. Överlag beskrivs pappan som passiv och frånvarande, som en person som man har dålig kontakt med och som i flera fall har övergivit intervjupersonen och dennes familj. I normalgruppen har papporna, trots brister och separationer, till stor del funnits som engagerade vuxna. Ibland förefaller relationen varit komplicerad men inte övergivande, helt frånvarande eller övervägande passiv. I flera berättelser i normalgruppen står intervjupersonen närmre sin mamma än sin pappa, men flera beskriver också en nära och innerlig relation till sin pappa. Den primära anknytningspersonens brister är i sig en riskfaktor för olika typer av svårigheter under uppväxt och vuxenhet och en otrygg anknytningsutveckling är ofta synonymt med bl.a. varierande grader av brister i utvecklingen av mentalisering (Fonagy, 2001; Bateman & Fonagy, 2012). Betydelsen av den andre förälderns agerande och föräldrakvalitéer ter sig som en viktig aspekt att beakta, inte minst eftersom fäders frånvaro och brister traditionellt inte fokuserats inom psykologin i samma utsträckning som mödrars tillkortakommanden. Den kombination av mödrars och fäders brister som vi skönjer i våra resultat, kan spegla en allmän situation där brister och svårigheter ofta genererar mer av samma. Detta överensstämmer med de fynd som pekar på att olika anknytningsstilar följer varandra (Broberg et al., 2008). Mödrarnas problematik är dock mycket mer omfattande i den kliniska gruppen än i den normala gruppen, därför är det inte möjligt att utifrån denna studie uttala sig om orsakssamband eller vikta vilket inflytande det ena eller andra har haft. Mönstret som framträder är emellertid tydligt, stora och svåra problem hos modern finner vi i vårt material ofta samexisterar med stor frånvaro från pappans sida. Fäders (partners) betydelse för den primära omsorgsgivarens förmåga att vara/bli ett tillräckligt bra anknytningsobjekt, samt fäders betydelse som ett alternativt anknytningsobjekt vid stora brister hos modern, är frågeställningar som hade varit intressanta att utforska vidare. De studier som existerar idag antyder t.ex. att anknytning till fäder kan ha stora effekter på skolbarns psykosociala anpassning men också att relationen mellan föräldrarna spelar roll för graden och kvalitén på faderlig anknytning (Coyl, Freeman & Newland, 2010).

Överlag kan man, hos deltagarna i denna studie, skönja en grundsituation med ett dominerande anknytningsmönster. Samtidigt finner vi olika relationella mönster, potentialer och rörelser både i positiv och negativ riktning hos ett antal olika intervjupersoner både i den kliniska och i den normala gruppen. T.ex. finns hos de personer i normalgruppen som gett uttryck för en bristproblematik en förflyttning mot en större mognad avseende såväl inre objektrelationer som

självet. Detta stämmer överens med Kernbergs psykoanalytiska objektrelationsteori, i vilken han i högre utsträckning än anknytnings teorin tar hänsyn till hur olika relationella mönster, tillsammans med affekt, kan aktiveras hos individen (Kernberg, 1988; Fonagy, 2001). Denna dynamiska situation svarar på ett bra sätt mot det vi tycker oss se hos flera av våra intervju personer.

Hos över hälften i den kliniska gruppen finner vi begränsade möjligheter att ge en oss en bild av anknytningsobjekt på ett levande, nyanserat och förhållandevis komplext sätt. Svårigheterna att beskriva både positiva och negativa sidor på ett integrerat sätt speglar hur de inre objekten kvarstår som delobjekt och man kan misstänka motsvarande utvecklingsnivå hos självet (Clarkin et al., 2006). De personer i studien, sex av tio, som har påtagliga svårigheter att förmedla en nyanserad bild av sina anknytningspersoner är också de som skulle kunna bedömas som organiserade på en borderlinenivå enligt Kernbergs definition (Kernberg, 1988; Clarkin et al., 2006). Dessa personers grundläggande problematik kan också beskrivas som bristproblematik, vilket bl.a. karakteriseras av svårigheter med upplevelsen av ett sammanhållet själv, en objektlöshet och avsaknad av en upplevelse av grundläggande mening (Killingmo, 1989).

Möjligheten hos många i den normala gruppen att relatera till ett helt objekt, med dess positiva och negativa sidor, samt möjligheten till försoning med skeenden som inte varit optimala står i skarp kontrast till stora delar av den kliniska gruppen. De som redovisat den mest komplexa och detaljrika berättelsen om sig själv, sina relationer och sin bakgrund är också de som erhåller absolut högst poäng på RF-skalan samt på MS54. Dessa personer bedöms ha en normal personlighetsorganisation (Clarkin et al., 2006). En person använder intervjun till att förmedla en komplex bild av hur han formats som person och hur han numer betraktar den kris han genomgått som meningsfull och helt nödvändig för den tillfredsställelse han känner i sin nuvarande livssituation. Han beskriver hur hans medfödda sjukdom har samverkat med anknytningsrelationer och hans position i familjen och hur hans olika val och livserfarenheter påverkat honom. Han nämner även någon form av medfött temperament som samspelar med de relationella mönster han befunnit sig i under uppväxten. Denna intervju persons livshistoria och hans goda reflekterande förmåga illustrerar det intressanta faktum att de högsta värdena på RF-skalan kan ses hos personer som är tryggt anknutna men har haft en svår uppväxt eller svåra familjeupplevelser (earned security). Möjligen har hanteringen av komplexa sammanhang tvingat dem till större reflexiv förmåga (Target, 2008). Den intervju person som erhåller högst poäng på både RF-skalan och MS54 tar sin utgångspunkt i en känsla när hon ska reflektera kring en anknytningsperson. Hon ger rika och mycket komplexa bilder av personer i sin närhet, henne själv och relationerna dem emellan. Denna person är också den som trots sin ungdom uppvisar mycket hög självständighet i såväl arbete som relationellt, samtidigt som hon har relationer som varar över tid. Denna person illustrerar beskrivningen av en individ med en normal personlighetsorganisation som förmår känna beroende

och samtidigt bibehålla en känsla av autonomi (Kernberg, 1988; Clarkin et al. 2006).

Överlag illustrerar resultaten den teoretiska överlappningen mellan beskrivningen av otrygg och trygg anknytning, borderline, neurotisk, normal personlighetsorganisation samt brist och konflikt. Två personer med otrygg anknytning i grunden bedöms ha en mer neurotisk personlighetsorganisation, vilket bl.a. antyder skillnaden mellan begreppen samt den möjlighet till rörelse som finns hos människor. De personer som kan beskriva hela, nyanserade och komplexa objekt såväl som nyanserade och mångfacetterade själv är också de som uppvisar en god mentaliserande förmåga. De som uppvisar stora brister avseende mentaliserande förmåga är också de som har stora personlighetsmässiga brister. Resultaten överensstämmer således med de studier som understryker sambandet mellan personlighetsstörning och omfattande brister i den mentaliserande förmågan (Fonagy et al., 2000; Bly et al., 2012). Föreliggande studie understryker i likhet med Müller et al. (2006) hur personlighetens mognadsnivå relaterar till förmågan att beakta och reflektera kring den egna och andras inre värld.

Gemensamt för både den kliniska och den normala gruppen är förekomsten av skilsmässa under uppväxten. Arton intervjupersoner av tjugo kommer från hem där föräldrarna är skilda eller separerade. En person i normalgruppen och en person i den kliniska gruppen har föräldrar som bor tillsammans. Skilsmässorna respektive separationerna har inträffat tidigare i den kliniska gruppen jämfört med normalgruppen. I den kliniska gruppen var intervjupersonerna mellan 0-8 år med ett medianvärde på 3,5. I normalgruppen var intervjupersonerna mellan 1-16 år med ett medianvärde på 9,5. Separationer har beskrivits som ett av de psykologiska huvudproblemen när det gäller förståelse av barns psykosomatiska symtom. Johnsson (2007) skriver att det inte är separationen i sig som är problemet, utan den bristande eller uteblivna affektregleringen. Vidare menar han att om barnet får hjälp att känna igen och uttrycka sina känslor och upplevelser kring separationen, samt hitta sätt att lugna och trösta sig själv, minskar risken för att separationen blir till ett trauma och ett hot. Det barn som inte får hjälp uttrycker istället starka känslor via kroppen och olika somatiska symtom. Separation är således en livshändelse som förekommer i lika hög utsträckning i båda grupperna även om den inträffar betydligt tidigare i den kliniska gruppen. Detta speglar förmodligen en allmänt svårare situation i hemmet samt de båda föräldrarnas egna svårigheter och relationsproblem. Möjligheten för föräldrarna att hjälpa barnen hantera den kris en separation innebär har emellertid med största sannolikhet skiljt sig åt mellan grupperna.

Trauman, i form av övergrepp, försummelse, missbruk (alkoholism) samt psykisk ohälsa hos föräldern, förekommer betydligt oftare i den kliniska gruppen än i normalgruppen. Trauma har stor betydelse för utvecklingen av en mentaliserande förmåga och övergrepp är en av de riskfaktorer som empiriskt visar starkast samband med en bristfällig utveckling av mentaliseringsförmåga (Bly et al., 2012). Om man likt flera i den kliniska gruppen kroniskt har speglats på ett alltför okänsligt,

felaktigt eller överdrivet sätt, och/eller försumrats eller blivit utsatt för övergrepp av olika slag (misshandel, sexuella övergrepp) blir svåra affekter och upplevelser inte integrerade i det egna självvet utan kvarstår som ”öar” som på olika sätt måste avbördas (Rydén & Wallroth, 2008). Individerna förmår inte uppfatta, utstå eller uttrycka de affekter och tillstånd som väcks och situationen leder till bristande förmåga att se sig själv utifrån och notera vad som händer en samt att placera erfarenheter i ett större sammanhang och därmed bibehålla känslan av att hänga ihop. Utvecklingen av ett sammanhållet själv som förmår tolerera och reglera även negativa affekter påverkas. I hög grad bidrar detta till utvecklingen av symptom och personlighetsproblematik av olika slag samt försvårar förmågan att inleda och bibehålla relationer. Att etablera ett självständigt liv som ung vuxen kan därmed bli en alltför stor utmaning.

Vänskap är ett område som i högre utsträckning är befäst med svårigheter i den kliniska gruppen, i jämförelse med normalgruppen. T.ex. förekommer mobbing under uppväxt i mycket högre utsträckning. Betydelsen av vänskap och jämnåriga för utvecklingen av psykisk ohälsa i allmänhet och för mentaliseringsförmåga i synnerhet berörs inte av mentaliseringsteorin. Från och med cirka fyra års ålder är mentaliseringsförmågan, under optimala omständigheter, på plats. Från och med då vänder sig barnet i ökad utsträckning till jämnåriga i sin strävan efter utveckling (Fonagy, 2008). Negativa erfarenheter inom ramen för vänskapsrelationer under uppväxten kan tänkas påverka den vidare utvecklingen av mentalisering negativt. Här har barnet stora anledningar att försöka skydda sig mot den andres illvilliga intentioner genom att ”stänga av” förmågan till mentalisering. Ju mer stress och påfrestning desto mer aktiveras anknytningssystemet och främsta prioritet blir sökandet efter trygghet (Bateman & Fonagy, 2012). Möjligheten att tryggt utforska den egna och den andres inre värld begränsas därmed.

Den kliniska gruppen uppvisar som nämnts ovan höga värden av alexitymi. Sju av tio i den kliniska gruppen har poäng på TAS-20 som ligger högre än medianvärdet för helgrupp, samtidigt som sju av tio i normalgruppen har poäng som ligger under medianvärdet för helgrupp. Dessa samband stämmer väl överens med andra studier som har påvisat samband mellan alexitymi och flera medicinska och psykiatriska åkommor (Taylor & Bagby, 2004). Hos de fyra personer som har de absolut högsta värdena på TAS-20 finner man också omfattande psykosomatiska besvär samt andra tydliga affektregleringssvårigheter, t.ex. IBS, värk i kroppen, svimning, överätande, impulsgenombrott samt självskada. Alexitymi innebär sammanfattningsvis brister i förmågan att uppfatta, benämna och reglera affekter (Taylor, 2000). Svårigheter inom detta område kan t.ex. ta sig sådana uttryck som beskrivs ovan, affekterna upplevs som de kroppsliga sensationer de ursprungligen är, alternativt måste avbördas omedelbart via någon form av handling.

Tre intervjupersoner i den kliniska gruppen rapporterar neuropsykiatriska diagnoser som är antingen konstaterade eller under utredning. En gemensam aspekt av dessa diagnoser är brister i

exekutiv funktion vilket bl.a. kan innebära svårighet att på olika vis styra och kontrollera beteende (Pellicano, 2012; Wolf & Wasserstein, 2006). Samtliga tre har en personlighet som är strukturerad på borderline nivå (Kernberg, 1988, Clarkin et al., 2006). Möjligheten att hålla tillbaks impulser och därmed kontrollera sin uppmärksamhet är en förutsättning för utvecklingen av mentalisering samtidigt som utvecklingen av uppmärksamhetskontroll hänger nära samman med de tidiga primära relationerna (Fonagy, 2008). Resultaten kan i detta avseende betraktas som en illustration av hur komplex och sammanflätad utvecklingen av olika typer av problematiker är.

Samtliga våra intervjupersoner anger livserfarenheter, ibland tillsammans med andra faktorer, som bakgrund till hur man formats som person samt som bakgrund till egen och andras psykiska ohälsa. Detta speglar i bästa fall att intervjupersonerna har någon form av reflekterande eller mentaliserande hållning varigenom de funderar över sig själv över tid, ser sin bakgrund, nutid och framtid som sammankopplade och inser människans relationella tillblivelse. Denna inställning innefattar i många fall en reflekterande hållning gentemot symtom, där dessa betraktas som sammankopplade med ens person och negativa livshändelser. Möjligen är detta uttryck för en slags allmän mänsklig visdom, som existerar oberoende av vilka mer eller mindre förhärskande diskurser kring orsaker kring psykisk ohälsa som existerar. Dock kan man misstänka att den kontext i vilken dessa tankar tänks i hög grad påverkat dessa väldigt homogena och i hög grad reflexiva svar. I slutet av en intervju som haft ett explicit mentaliserande fokus, där föräldragestalter och andra viktiga personer fokuserats om och om igen, är det en reflektion som ligger i linje med samtalets innehåll.

Alla intervjupersoner anser att samtal är något som skulle vara till hjälp vid psykiskt lidande, vilket delvis kan vara ett uttryck för själva intervjusituationen som har en explicit relationell och berättande ansats. Det kan också vara uttryck för en genuin önskan om att söka bot, lindring, mening och förståelse inom ramen för en relation. Att samtala på ett reflekterande sätt ger möjligen mersmak och individen upplever en önskan om hjälp för att få syn på sig själv och reflektera kring sitt inre och sin relation till andra människor.

Hela gruppen, såväl den kliniska som normala, uppvisar förmåga att beakta och reflektera kring egen och andras inre värld. Ingen uppvisar en fullständig avsaknad av mentaliseringsförmåga, utan snarare illustrerar vårt material den många gånger varierande förmågan till mentalisering beroende av relation, upplevd stress, sammanhang och situation (Fonagy & Bateman, 2012). Båda grupperna har sin beskärda del av lidande och svårigheter. Dock står det påfallande klart att den normala gruppen har större potential att ta sig an och igenom de påfrestningar och motgångar som livet bjuder dem på.

De fem med lägst resultat på MS54

De fem personer som erhållit lägst poäng på MS54 är också de som, med få undantag, erhåller

lägst poäng på RF-skalan och RSES samt högst poäng på TAS-20. Samtliga fem personer har en bristfällig relation till sin mamma i kombination med en bristfällig eller bitvis obefintlig relation till sin pappa. De har alla traumatiska erfarenheter såsom övergrepp, misshandel, missbruk samt psykisk ohälsa hos omsorgstagaren. Mentalisering eller reflekterande förmåga utvecklas inom ramen för de tidiga primära relationerna och god mentaliseringsförmåga hos föräldern bidrar enligt allt att döma till att skapa grunden för en trygg anknytning (Bateman & Fonagy, 2012). I den kliniska gruppen som helhet, men än mer hos de fem som erhåller lägst resultat på MS54, har troligen intervjupersonernas anknytningsobjekt och deras olika brister minskat möjligheten att på ett tillräckligt bra sätt uppmärksamma barnets psykiska värld. Barnets behov av att bli uppfattad och speglad på ett tillräckligt överensstämmande vis tillgodoses ej då föräldern är alltför upptagen av sin egen inre värld och inte orkar uppmärksamma och/eller har en alltför förvrängd uppfattning i förhållande till barnets signaler och behov (Fonagy et al., 2007). Dessa brister i de tidiga relationerna blir till men för utvecklingen av förmågan att uppfatta, tolerera och benämna affekt samt, än mer fundamentalt, leder till brister i utvecklingen av det egna självet (Fonagy et al., 2007). I förlängningen påverkas också förmågan att skapa och bibehålla egna relationer.

Fyra av fem av dem med lägst poäng på MS54 har någon form av otrygg anknytning. Person nummer 3 avviker i bemärkelsen att denne bedöms ha en i grunden trygg anknytning men har fått med sig betydande negativa och traumatiska erfarenheter senare under uppväxten, vilket har medfört stora men för den personliga utvecklingen. Både förmågan till mentalisering och förmågan att reglera affekt har påverkats men förhållandevis goda resultat på RF-skalan uppnås vilket torde vara ett uttryck för personens varierande reflekterande förmåga. Intervjupersonens problematik kan beskrivas som en konfliktproblematik (Killingmo, 1989) och överensstämmer även med Kernbergs beskrivning av en neurotisk personlighetsorganisation (Clarkin et al., 2006).

Slutkommentar

Sammanfattningsvis stödjer resultaten i vår studie sambandet mellan stora brister i den omhändertagande tidiga miljön och brister i utvecklingen av mentalisering och affektreglering. Detta är ofta sammanlänkat med psykisk ohälsa samt svårigheter med att etablera ett självständigt liv.

Den kliniska gruppen är en blandad grupp, med ursprung i två skilda verksamheter, men resultatet i föreliggande studie pekar på fruktbarheten i att fokusera den reflekterande förmågan hos gruppen unga vuxna överlag, kanske särskilt hos kliniska grupper av unga vuxna. Mentaliseringsförmågan har djupgående psykologiska konsekvenser för organiseringen och upplevelsen av det egna självet. Att kunna fundera kring sig själv och andra skänker en känsla av att vara någon som hänger ihop över tid och rum samt ger en upplevelse av att vara ett handlande och

drivande själv. Brister i detta kan ge sociala konsekvenser då förmåga att skapa och bibehålla relationer samt manövrera i ett socialt sammanhang minskar. Detta får även konsekvenser för den unge vuxnes möjligheter att etablera sig i ett arbetsliv. Mentaliseringsförmåga har således inte endast klinisk relevans utan har relevans för en större social kontext inklusive arbetsmarknaden. I en än vidare bemärkelse torde innehavet av en tillräckligt väl fungerande reflekterande förmåga inte bara vara en buffert mot psykisk ohälsa utan också vara det som krävs för att navigera i en så pass föränderlig och mångfacetterad tid som den vi nu lever i.

Reflekterande förmåga är inte något nyligen uppfunnet eller nyupptäckt. Intagandet av en självutforskande hållning, sökandet efter kunskap kring det egna självets samt andras som en väg till ökad frihet och ökade möjligheter att välja sin väg i livet, får väl betraktas inte bara som en ytterst central devis inom den psykodynamiska skolbildningen utan också något som all psykoterapeutisk verksamhet, i någon mån, har gemensamt. Resultaten i denna studie pekar på att vikten av att hjälpa de unga vuxna att förankra sig i sig själva och i sin värld, genom att låta dem skriva berättelsen om sig själva, sitt då, nu och sen.

Metoddiskussion samt framtida forskning

Mentalisering är i hög utsträckning något intersubjektivt vilket vi blev varse under intervjuerna. Att kompensera, hjälpa till och underlätta för den andre sker närmast automatiskt och intervjuare och den intervjuade dras in i ett gemensamt förståelsearbete. Upprepningen av frågor som kräver mentaliserande svar och intervjuarens delaktighet i svaren speglar det ständigt intersubjektiva som finns i all strävan efter förståelse av sig själv och andra. Inom ramen för ”Reflective functioning interview” försöker man uppskatta förmågan till mer automatisk mentalisering (Bateman & Fonagy, 2012). Detta görs genom att närma sig relationella områden som kan vara potentiellt laddade varpå den affektiva temperaturen förväntas stiga. Det faktum att våra intervjuer genomfördes med personer som vi inte kände sedan tidigare och att vi i och med detta var beroende av att skapa en relativt trygg och förtroendeingivande atmosfär, kan ha lett till att vi snarare lade grund till mer kontrollerad mentalisering. Dessutom upprepade vi flera explicit mentaliserande frågor, vilket har gett den intervjuade en förståelse av vad vi sökte för typ av svar och förbättrade på så vis intervjupersonens förmåga att reflektera. Även vår skolning som psykoterapeuter spelar oundvikligen in här. En andra intervju med var och en hade erbjudit utökade möjligheter att skaffa oss en mer specificerad och säker bild av intervjupersonernas mentaliserande förmåga.

Intervjuerna utgjorde olika stora utmaningar för olika intervjupersoner. För vissa innebar inte intervjun en så pass stora utmaning att det ledde till förlust av mer kontrollerad mentalisering, och därmed kom intervjupersonens egentliga brister inte i dagen. Denna tendens framträder tydligast hos de intervjupersoner som använder sig av mer deaktiverande anknytningsstrategier. Behovet av

särskilda utmaningar för de med deaktiverande anknytningsstrategier när man vill upptäcka deras mentaliserande brister understryks av Bateman och Fonagy (2012).

Hos vissa intervjupersoner finner vi hög förekomst av pseudomentalisering, vilket vi i vår initiala bedömning överskattade som genuin mentalisering. Detta understryker svårigheten i att bilda sig en uppfattning om en individs totala mentaliserande förmågan inom ramen för en intervju.

Intervjuerna inleddes med den kvalitativa intervjun, vilket kan ha påverkat de intervjuades förståelse av frågorna i självskattningsformulären. De intervjuade kan ha "färgats" av intervjuans ansats och i princip skolats in i ett reflekterande tänkande. Att en relation var etablerad efter den timmeslånga intervjun, kan å andra sidan ha öppnat för ett klimat där den intervjuade vågade resonera högt kring "svåra" frågor i frågeformulären.

Vi betraktar det som en brist att vi inte mer systematiskt skattat symtom och personlighetsstörning enligt gängse diagnostiska system i båda grupperna. Dels då det hade kunnat generera fylligare och mer detaljerad information och bidra till värdefulla och intressanta insikter, dels då detta hade ökat möjligheten att göra jämförelser med andra liknande studier.

Att MS54 är en skala under utveckling, och därför inte validerad, gör att vår studie blir svår att jämföra med andra. Översättningen av formuläret är vår egen och vi har inte genomfört någon "back-translation" vilket får betraktas som en brist. Frågeformuläret i sig har vissa brister som enligt vår mening främst ligger i att många frågor är långa och komplicerade. Trots detta tyder föreliggande studie på att MS54 kan vara ett fruktbart verktyg när det gäller att bilda sig en uppfattning om en individs mentaliserande förmåga. En fortsatt beforskning och förfining av instrumentet tror vi därför kan vara värdefull.

Det förekommer en övervikt av kvinnor i studien, 25 % är män och 75 % är kvinnor. Detta stämmer med sökstatistiken för ungdomsmottagningen men ej för Fenix som har en könsfördelning på 50% kvinnor och 50% män. Dock bör man i detta sammanhang beakta att kvinnor rapporterar mer psykisk ohälsa än män samt att ökningen av psykisk ohälsa bedöms vara större hos unga kvinnor än hos unga män (Forsell & Dalman, 2004). Kön är också en aspekt som skulle vara intressant att utforska vidare. Möjligen skulle ett större underlag visa på skillnader i mentaliseringsförmågan mellan personer av olika kön.

De unga vuxna som befinner sig inom ramen för Fenix verksamhet har ofta en social bakgrund som är betydligt mer belastande än många i vår normalgrupp. Dessutom kommer flera av våra intervjupersoner i normalgruppen från en stabil medelklassmiljö. Grupperna är således dåligt matchade avseende just social bakgrund (inklusive utbildningsnivå). Detta kan tänkas påverka resultaten såtillvida att skillnaderna som existerar blir än mer accentuerade. Förmågan till mentalisering och dess förhållande till klass är också något som skulle vara intressant att undersöka i en framtida studie.

Syftet med den kvalitativa ansatsen var att generera kunskap relevant för vårt syfte och frågeställning som kvantitativa data inte kan erbjuda (Willig, 2001). Den kunskap som genererats utifrån denna ansats är till en del sådan som i princip hade varit möjlig att kvantifiera, t.ex. aspekter kring den relationella bakgrunden. Det hade gjort det möjligt att undersöka huruvida skillnader mellan grupperna är signifikanta även i dessa avseenden, dock ryms inte detta inom ramen för föreliggande arbete. En kvalitativ ansats kan även användas för att generera nya insikter (Willig, 2001). Resonemanget som förs ovan kring vilken roll vänskapsrelationer och mobbing spelar för utvecklingen av mentaliseringsförmåga kan betraktas som en sådan och är något som vi anser att det skulle vara intressant att utforska vidare.

Användandet av självskattningsformulär har sina specifika begränsningar. Att ställa direkta frågor och erhålla relevanta svar är beroende av bl.a. svarspersonen bredvillighet att ge ett sanningsenligt svar men också svarspersonens självkänedom (Breakwell et al., 2000). T.ex. skulle svar på RSES som antyder en god självkänsla kunna vara uttryck för ett behov att visa upp en, både för sig själv och andra, god självkänsla, utan att en sådan egentligen är förankrad i svarspersonens personlighet.

Vårt urval är inte slumpmässigt genererat samt storleken på vårt urval är litet, vilket påverkar de slutsatser som kan dras i förhållande till en större population. En framtida studie med ett slumpvis genererat urval samt ett större antal deltagare torde ha större möjlighet att generera generaliserbara resultat (Breakwell et al., 2000).

Vårt urval gav deltagare som i arton fall av tjugo hade erfarenhet av skilsmässa eller frånvaro av en förälder. Statistiska centralbyrån (SCB, 2012) meddelar i pressmeddelande den 30 mars 2012, att av de par som blev föräldrar år 2000 har 27 procent flyttat isär tio år senare. Vår grupps statistik ligger något högre än så och det skulle vara intressant att närmare undersöka hur separationer och mödrars och faders frånvaro förhåller sig till mentaliseringsförmåga, självkänsla och affekthantering.

Affektmedvetenhet, affektreglering och mentalisering är förmågor som utforskas genom hela denna studie. En möjlig framtida fördjupning kan vara att i än högre grad titta på affekter och affekthantering kopplat till mentaliseringsförmåga, självkänsla och anknytningsmönster.

En underliggande önskan med detta arbete har varit att röra sig både med den mer ur empiri sprungna anknytningsteorin och med de mer teoretiskt sprungna psykodynamiska begreppen brist/konflikt, hel-/delobjekt samt personlighetsorganisation och därigenom undersöka skillnader och likheter. Ett fortsatt arbete med att utifrån både empiri och teori undersöka likheter och skillnader hade kunnat bidra till fortsatt fruktbar teoretisk och praktisk integration.

Referenser

- American Psychiatric Association. (1994). *Mini-D IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM-IV*. (4th ed.). Stockholm: Pilgrim Press.
- Bagby, M., Parker, J., & Taylor, G. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Bagby, M., Quilty, L., Taylor, G., Grabe, H., Luminet, O., Verissimo, R., et al. (2009). Are there subtypes of alexithymia? *Personality and Individual Differences* 47, 413-418.
doi:10.1016/j.paid.2009.04.012
- Bateman, F., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder: A Practical Guide*. Oxford: University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P (Eds.). (2012). *Handbook of Mentalization in Mental Health Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Bly, E., Jordan Wright, A., & Tuber, S. (2012). Unemployed and poor in New York: The impact of mentalization and Axis II psychopathology on job outcome. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(2), 101-129
- Breakwell, G.M., Hammond, S. & Fife-Shaw, C. (Eds.). (2000). *Research methods in psychology*. London: SAGE Publications.
- Broberg, A., Mothander, P.R., Granqvist, P. & Ivarsson, T. (2008). *Anknytning i praktiken: Tillämpningar av anknytningsteorin*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Clarkin, J., Yeomans, F. & Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc..
- Fava, G. (2009). A Tribute to Peter E. Sifneos, MD (1920-2008). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 328-329. doi: 10.1159/000235734
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-Functioning Manual, Version*

5.0, for Applications to Adults Attachment Interviews. London: University College London.

Fonagy, P. (2007). *Anknytningsteori och psykoanalys*. Stockholm: Liber. (Originalarbete publicerat 2001).

Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 288-323. doi: 10.1111/j.1469-7610.2007.01727.x

Fonagy, P. (2008). The Mentalization-Focused Approach to Social Development. I F. Busch (Ed.), *Mentalization: Practical Considerations, Research Findings, and Clinical Implications* (pp. 3-56). New York: The Analytic Press.

Forsell, Y. & Dalman, C. (2004). *Psykisk ohälsa hos unga* (Rapport 2004:6). Stockholm: Centrum för folkhälsa Epidemiologiska Enheten.

Freeman, H., Newland, L., & Coyl, D. (2010). New directions in father attachment. *Early Child Development and Care*, 180(1-2), 1-8. doi: 10.1080/03004430903414646

Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar. (n.d). *Policyprogram*. Hämtat 3 oktober 2012 från Föreningen för Sveriges Ungdomsmottagningar: http://www.fsum.org/?page_id=37

Goffman, E. (2007). *Jaget och maskerna*. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag.

Gori, A., Giannini, M., Palmieri, G., Salvini, R., & Schuldberg, D. (2012). Assessment of Alexithymia: Psychometric Properties of the Psychological Treatment Inventory-Alexithymia scale (PTI-AS). *Psychology, Scientific Research*, 3(3), 231-236. Hämtad från <http://www.SciRP.org/journal/psych>

Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy, PR Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 552-558). New York: Guilford.

Holmqvist, R. (2007). *Relationella perspektiv på psykoterapi*. Stockholm: Liber

Johnsson, P. (2007). *Mellanrummet, tidskrift om barn och ungdomspsykoterapi*, 17, 96-109.

Jørgensen, C. (2004). *Psykologin i senmoderniteten*. Stockholm: Liber.

Kazdin, A. (2003). *Research Design in Clinical Psychology*. Boston: Allyn and Bacon.

Kernberg, O. (1988). *Svåra personlighetsstörningar*. Stockholm: Natur & Kultur. (Originalarbete publicerat 1984).

Killingmo, B. (1989). Conflict and deficit: implications for technique. *International Journal of Psychoanalysis*, 70(65), 65-79.

Lech, B. (2012). *Consciousness about own and others' affects*. Doctoral dissertation, Linköping University, Department of Behavioral Sciences and Learning.

Medicinska forskningsrådet. (2000). *Riktlinjer för värdering av medicinsk humanforskning, Rapport 2*. Borås: Centraltryckeriet AB.

Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P-E., & Höstmark Nielsen, G. (2006). Affect consciousness or mentalization? A comparison of two concepts with regard to affect development and affect regulation. *Scandinavian Journal of Psychology*, 47, 237-244. doi: 10.1111/j.1467-9450.2006.00513.x

Müller, C., Kaufhold, J., Overbeck, G., & Grabhorn, R. (2006). The importance of reflective functioning to the diagnosis of psychic structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 485-494. doi: 10.1348/147608305X68048

Pallant, J. (2010). *SPSS Survival Manual*. Berkshire: Open University Press.

Pellicano, E. (2012). The Development of Executive Function in Autism. *Autism Research and Treatment*, 1-8. doi: 10.1155/2012/146132

Pedersen, S., 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

Perkins, A. (2009). *Feelings, Faces and Food: Mentalization in Borderline Personality Disorder and Eating Disorders*. Doctoral dissertation, University of Surrey. UK: Guilford.

Persson, A. (2012). *Social kompetens – när individen, de andra och samhället möts*. Lund: Studentlitteratur.

Robins, R., Hendin, H., & Trzesniewski, K. (2001). Measuring Global Self-Esteem: Construct Validation of a Single-Item Measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27(151), 151-161. Hämtad från <http://psp.sagepub.com/content/27/2/151>

Robson, C. (2002). *Real World Research: A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Oxford: Blackwell Publishing.

Rosenberg, M., Schooler, C., Schoenbach, C., & Rosenberg, F. (1995). Global Self-Esteem and Specific Self-Esteem: Different Concepts, Different Outcomes. *American Sociological Review*, 60(1), 141-156. Hämtad från <http://www.jstor.org/stable/2096350>

Rudden, M., Milrod, B., Target, M. (2006). Reflective functioning in panic disorder patients: a pilot study. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 54, 1339-1343.

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

Sharp, C, & Fonagy, P. (2008). The parent's Capacity to Treat the Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754. doi: 10.1111/j.1467-9507.2007.00457.x

Simonsson-Sarnecki, M., Lundh, L-G., Törestad, B., Bagby, M., Taylor, J., & Parker, J. (2000). *A Swedish translation of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale: Cross-validation of the factor structure*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 25-30.

Sinclair, S, Blais, M., Gansler, D., Sandberg, E., Bistis, K., & LoCicero, A. (2010). Psychometric Properties of the Rosenberg Self-Esteem Scale: Overall and Across Demographic Groups Living Within the United States. *Evaluation & the Health Professions SAGE Publications*, 33(1), 56-80.

doi: 10.1177/0163278709356187

Socialstyrelsen och Statens folkhälsoinstitut. (mars 2012). *Folkhälsan i Sverige: Årsrapport 2012*.

Solbakken, O., Hansen, R., & Monsen, J. (2011). Affekt integration and reflective function: Clarification of central conceptual issues. *Psychotherapy Research* 21(4), 482-496. doi: 10.1080/10503307.583696

Target, M. (2008). Commentary. In F. Busch (Ed.), *Mentalization. Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (pp. 270-280). New York: The analytic press.

Taylor, J., Bagby, M., & Parker, J. (1999). *Disorders of affectregulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge: Cambridge University Press.

Taylor, G., & Bagby, M. (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 68-77. doi: 10.1159/000075537

Willig, C. (2001). *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in theory and method*. New York: Open University Press.

Wood, Linda (1986). "Loneliness". I *The Social Construction of Emotions*, Harré, R. (red.). Oxford & New York: Basil Blackwell.

Wolf, L., & Wasserstein, J. (2001). Adults ADHD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 396-408. doi: 10.1111/j.1749-6632.2001.tb05793.x

Wrangsjö, B & Winberg Salomonsson, M. (2006). *Tonårstid. Utveckling, problem och psykoterapeutisk behandling*. Stockholm: Natur och kultur.

