



LUND
UNIVERSITY

Institutionen för psykologi

Mentalisering och terapeutisk allians

- Samspelet i ett tidigt skede

Love Linder
och
Linda Lundell Svanäng

Psykologexamensuppsats, Vt 2011

Handledare: Hans Bengtsson

Abstract

The purpose of this study was to investigate the influence of the mentalization ability on the development and experience of early therapeutic alliance, in this case the early alliance that occurs in an interview setting. Research indicates that higher mentalization capacity in the patient is correlated with stronger therapeutic alliance during therapy, but little is known about this relationship early in treatment. The Adult Attachment Interview AAI was conducted with 25 participants within an age range of 19-52. The participants and the interviewers completed a modified version of HAQ-II, a self-report measure concerning therapeutic alliance, and were also asked to describe the experience in their own words. The interviews were scored for mentalization according to the Reflective Functioning Manual, version 5. The results showed no influence of mentalization capacity in the participant on the rating of early therapeutic alliance during the interview, neither as rated by the participant nor as rated by the interviewer. However, there was a significant negative correlation between mentalization capacity in the participant and the participant rating on the item regarding sense of trust in the interviewer. When freely describing the experience of the interview, the participants low in mentalization ability emphasized their own perspective while those high in mentalization focused more on the interplay and the interviewer. The interviewers described a more easy-going atmosphere while interacting with participants low in mentalization.

Keywords: mentalization, therapeutic alliance, early therapeutic alliance, adult attachment interview, HAQ-II, reflective functioning.

Sammanfattning

Syftet med denna studie var att undersöka hur mentaliseringsförmåga påverkar uppkomsten och upplevelsen av tidig terapeutisk allians, för både individen och den andre personen. Specifikt undersöks den tidiga allians som uppkommer under en intervjusituation. Tidigare forskning tyder på att en högre mentaliseringsförmåga hos patienten innebär större möjlighet att utveckla och upprätthålla en god terapeutisk allians under behandling, men hur detta ser ut i ett tidigt skede är ännu inte utforskat. Anknypningsintervjun AAI genomfördes med 25 deltagare i åldrarna 19-52, och därefter fick deltagarna och intervjuarna skatta upplevelsen av allians under intervjun genom att fylla i en modifierad version av självskattningsformuläret HAQ-II som mäter terapeutisk allians, samt kortfattat med egna ord beskriva kontakten. Mentaliseringsförmåga kodades sen i intervjuerna utifrån *Reflective Functioning Scale*, RF-skalan. Resultatet visade inga samband mellan intervjupersonens mentaliseringsförmåga och skattningen av terapeutisk allians under intervjun, varken för intervjupersonens eller för intervjuarens skattning. Däremot syntes ett signifikant negativt samband mellan RF-poäng och skattning på frågan om upplevelse av att lita på intervjuaren. När deltagarna fått beskriva kontakten med egna ord har de med lägre RF-poäng beskrivit mer utifrån sin egen upplevelse medan de med högre RF-poäng reflekterat mer över samspelet och intervjuaren. Intervjuarna beskrev en mer lättsam stämning i kontakten med lågmentaliserande deltagare.

Nyckelord: mentalisering, terapeutisk allians, tidig terapeutisk allians, anknypningsintervju, HAQ-II, reflective functioning.

Innehållsförteckning

Inledning . . . . .	.6
Teori och tidigare forskning om mentalisering . . . . .	.7
<i>Mentaliseringsförmåga</i>. . . . .	.7
<i>Utveckling av mentaliseringsförmågan</i> . . . . .	.10
<i>Varför vi behöver mentaliseringsförmågan</i>. . . . .	.11
<i>Mentalisering operationaliserat</i> . . . . .	.14
<i>När mentaliseringsförmågan sätts ur spel</i> . . . . .	.15
<i>Mentalisering och terapi</i> . . . . .	.16
Teori och tidigare forskning om terapeutisk allians. . . . .	.18
<i>Historia och begreppsdefinition</i> . . . . .	.18
<i>Tidig allians</i>. . . . .	.20
<i>Påverkande faktorer</i> . . . . .	.21
<i>Allians och kritik</i> . . . . .	.23
Tidigare forskning om mentalisering och allians . . . . .	.24
Syfte och frågeställning. . . . .	.25
Metod . . . . .	.27
Deltagare . . . . .	.27
Material . . . . .	.27
<i>AAI</i>. . . . .	.27
<i>RF-skalan</i> . . . . .	.27
<i>HAq-II</i> . . . . .	.28
<i>Tillägg av kvantitativ del</i>. . . . .	.29
Procedur . . . . .	.29
<i>Rekrytering</i> . . . . .	.29
<i>Träning av intervjuförandet</i> . . . . .	.29
<i>Genomförande av intervju och formulär</i> . . . . .	.30
<i>Bearbetning av data</i> . . . . .	.30

<i>Statistiska beräkningar</i> . . . . .	.30
Motivering av metodval och design . . . . .	.31
<i>Vetenskapsteoretisk utgångspunkt</i> . . . . .	.31
<i>Design</i> . . . . .	.31
Resultat . . . . .	.32
<i>Kvantitativa mått</i> . . . . .	.32
<i>Kvalitativa mått</i> . . . . .	.33
Diskussion . . . . .	.35
Resultatdiskussion . . . . .	.35
Studiens begränsningar . . . . .	.38
<i>Begreppen</i> . . . . .	.38
<i>Metodologiska överväganden</i> . . . . .	.38
<i>Resultat</i> . . . . .	.39
<i>Forskarens roll och studiens sammanhang</i> . . . . .	.40
Implikationer för teori och praktik . . . . .	.40
<i>De uteblivna sambanden</i> . . . . .	.40
<i>Mentalisering och tillit</i> . . . . .	.41
<i>Kvalitativa analysen</i> . . . . .	.42
Framtida forskning . . . . .	.43
Referenser . . . . .	.45
Bilaga 1. Tillägg av kvalitativa frågor . . . . .	.54

Inledning

Intresset för begreppet mentalisering har på senare tid vuxit sig starkt, mycket tack vare Peter Fonagy och hans kollegors teoriutveckling och forskning på området. Denna förmåga handlar kort sagt om att kunna förstå mentala tillstånd hos sig själv och andra. Mentaliseringsförmågan behövs både för att kunna förstå sig själv som en individ som handlar utifrån tankar, känslor och intentioner, samt för att kunna tolka och begripliggöra andra människors beteenden (Fonagy, Gergely & Target, 2007). Denna förmåga behövs i det vardagliga livet i alla interpersonella relationer och för att kunna fungera i sin omgivning. Mentaliseringsförmåga förebygger allvarlig psykopatologi och brister i denna förmåga kan leda till stort lidande för individen, såsom i exempelvis Bordeline personlighetsstörning vilken ur denna teori ses som en problematik karaktäriserad av bristande mentalisering (Bateman & Fonagy, 2004).

Många personer med psykiskt lidande och svårigheter att fungera i sin vardag söker sig till och är hjälpta av psykoterapi. Det finns många inriktningar inom psykoterapi men forskning har visat att vissa gemensamma nämnare mellan dessa tycks vara det som är avgörande för huruvida en person är hjälpt av terapi eller inte. Den främsta av dessa nämnare kallas terapeutisk allians och handlar om det känslomässiga band som uppstår i relationen mellan terapeuten och den hjälpsökande. Redan en tidig upplevelse av god terapeutisk allians är starkt relaterat till utfallet av terapi (Castonguay, Constantino & Grosse Holtforth, 2006; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Intressant är huruvida den hjälpsökandes mentaliseringsförmåga spelar roll för den relation som uppstår och därmed den terapeutiska alliansen, och vice versa. Ännu finns det endast mycket lite forskning mellan hur dessa två begrepp samspelar, och den forskning som finns pekar på att god mentaliseringsförmåga underlättar upprätthållandet av terapeutisk allians (Staun, Kessler, Buchheim, Kächele & Taubner, 2010), samtidigt som lyckade terapier tycks innebära ökning av mentaliseringsförmåga hos den hjälpsökande (Bernbach, 2002).

Denna studie ämnar bidra till utforskandet av samband mellan mentalisering och terapeutisk allians med specifikt fokus på att undersöka om mentaliseringsförmåga påverkar upplevelser av tidig allians, både för individen själv och den andre. Studien mäter alliansupplevelsen under en intervjusituation och de mått som används är RF-skalan (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998) för att koda grad av mentalisering och en modifierad version av självskattnings-formuläret HAq-II (Luborsky, Barber, Siqueland & Johnson, 1996) för att

mäta terapeutisk allians. Här följer en genomgång av teori och tidigare forskning på de båda begreppen och därefter presenteras studiens upplägg, resultat och diskussion av dessa.

Teori och tidigare forskning kring mentalisering

Mentaliseringsförmåga

Mentalisering är ett begrepp som från början uppkommit i psykoanalytisk teori och har haft och har något olika innebörd i olika psykologiska teoriinriktningar (Jurist, 2010, Rydén & Wallroth, 2008). Utgångspunkten här kommer dock att vara Fonagy och hans kollegors mentaliseringsteori. Enligt denna teori är mentalisering en omfattande förmåga som innebär att man kan reflektera kring sig själv och andra, vilket ger kapacitet att skilja på inre och yttre verklighet och gör att personen kan skilja ut vad som är inre egna tanke- och känslprocesser från det som är interpersonell kommunikation (Fonagy et al, 1998). Denna förmåga är inte är lätt att förklara kortfattat, men Fonagy har gjort ett försök att beskriva det i korta termer genom att kalla det *"holding mind in mind"* (Allen, 2006, s.3). Choi-Khan och Gunderson (2008) sammanfattar Fonagys mentaliseringsteori med att den beskriver hur människor begripliggör sin sociala omgivning genom att föreställa sig sina egna och andras inre tillstånd som ger upphov till de beteenden de uppvisar i interpersonella interaktioner. Bateman och Fonagys (2004) definition av mentaliseringsförmågan innefattar en förståelse för sig själv och andra, både kognitiv och emotionell förståelse, samt att den fungerar i både implicit och explicit form.

Tänka i termer av intentionalitet. Mentaliseringsförmåga handlar om att kunna se det egna och andras beteende som orsakat av mentala tillstånd. Med mentala tillstånd menas här tankar, känslor, önsknings, föreställningar, intentioner och behov mm (Choi-Khan & Gunderson, 2008). Detta innebär att se sig själv och andra som intentionella varelser som handlar efter vad de tänker, känner, vill, önskar, åtrår och fruktar. Mentaliseringsförmågan handlar om en förståelse för att beteendet inte är direkt beroende av den yttre situationen, utan påverkas av vad som pågår i en persons inre värld (Rydén & Wallroth, 2008). En viktig aspekt av mentaliseringsförmågan är att man inser att man inte säkert kan veta vad man själv eller en annan människa känner och tänker, och att de möjliga psykologiska förklaringar man skapar som orsak till personers beteende är just hypoteser (Fonagy et al., 1998; Rydén & Wallroth, 2008).

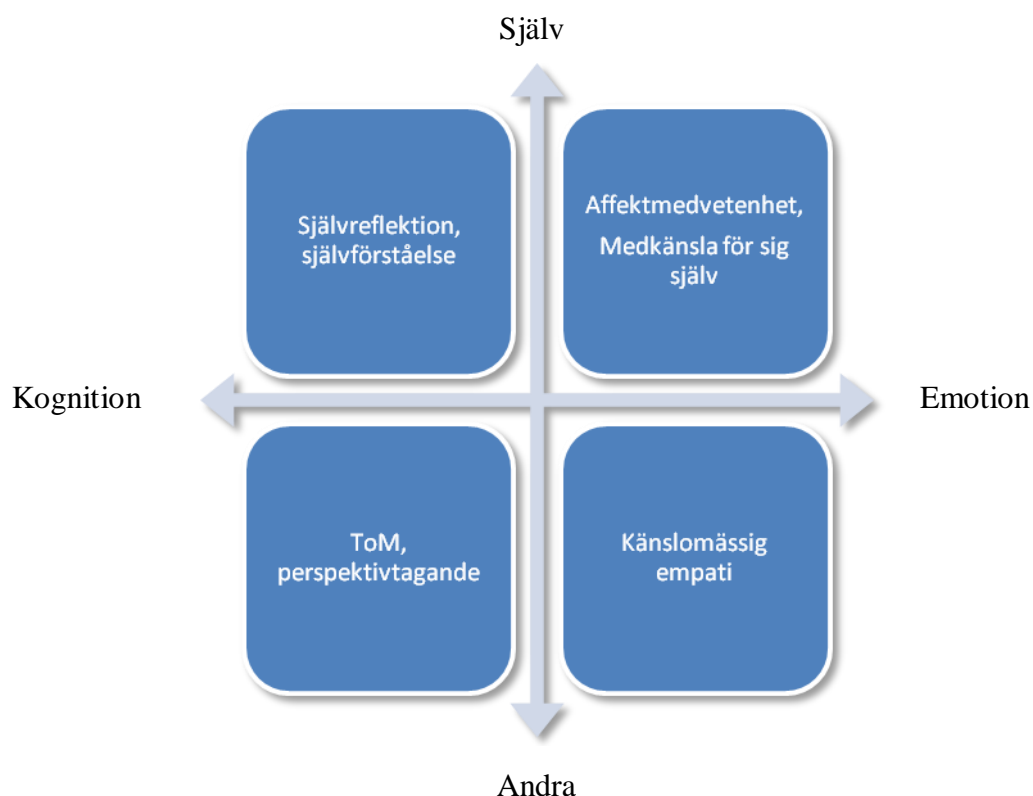
Tankar och känslor. Rydén och Wallroth (2008) beskriver två olika komponenter av mentaliseringsförmågan. Den ena är kognitiv empati som handlar om att kunna *tänka* kring egna och andras tankar och känslor. Den andra är emotionell empati som innebär att emotionellt kunna *leva sig in i* hur man själv eller andra känner. En person som kan mentalisera förstår att olika personer har olika perspektiv, upplevelser och historia, vilket gör att alla har sin egen tolkning av vad som pågår. Detta medför en förståelse för att andra inte nödvändigtvis har samma perspektiv som en själv. Denna förståelse kallas *Theory of Mind*, ToM. (Wimmer & Perner, 1983) och kan räknas som en beståndsdel av mentaliseringsförmågan. Dock handlar ToM om att kognitivt förstå en annan persons perspektiv, medan mentaliseringsförmågan också innefattar empati. I empati ingår att kunna ta den andres perspektiv men att man själv också får en affektiv reaktion som gör att man kan leva sig in i den andres känsla (Decety & Jackson, 2004).

Själv och andra. Något som är speciellt för begreppet mentaliseringsförmåga är att det innefattar förmågan både att tänka om sig själv och andra. Detta gör att man inte kan sammanfatta mentaliseringsförmågan genom att likställa den med ToM och empati som handlar om att tänka och känna kring andra, utan mentaliseringsförmågan handlar också om att kunna reflektera kring sig själv och ha empati med sig själv (Rydén & Wallroth, 2008). Det handlar alltså även om förståelse för sig själv, vilket inte kan förminska till självreflektion som handlar om att tänka kring sig själv. Mentaliseringsförmågan har nära koppling till och är beroende av den mentala representationen av självet (Fonagy & Target, 1996).

Implicit och explicit. Man skiljer mellan implicit och explicit mentaliseringsförmåga. Implicit mentaliseringsförmåga handlar om att man på omedveten nivå lever sig in i vad en annan person kan tänkas känna, tänka, vilja och frukta. Detta är mer som en aning om vad som kan pågå hos den andre och man behöver inte klä sin hypotes i ord för att kunna förstå vad den andre möjligen upplever. Allen (2006) använder naturlig turtagning i ett samtal som exempel på implicit mentalisering. I explicit mentaliseringsförmåga kan man tala om och medvetet fundera kring sig själv eller den andres känslor och tankar. När allting går som det ska använder sig personer oftast av implicit mentalisering, men vid mer komplicerade situationer behöver personen kunna byta till explicit mentalisering för att försöka begripliggöra vad som pågår (Rydén & Wallroth, 2008). Allen (2006) tar upp terapi som ett exempel på explicit mentalisering där terapeuten och klienten mentaliserar kring klienten på medveten språklig nivå.

Mentaliserad affektivitet. Mentaliseringsförmåga handlar inte bara om att kunna tänka och gissa om egna och andras tankar. Här ingår också kunskap om känslor. Detta innebär att ha mentala representationer av vad olika affekter är, hur de känns, vad som orsakar dem och hur man tar hand om dem (Jurist, 2010). Denna affektmedvetenhet är viktig för att kunna förstå sig själv och ha medkänsla för sig själv, så att man kan ta hand om sig själv. Affektmedvetenheten är också viktig för att kunna förstå affekter hos andra och kunna leva sig in i det, med andra ord att kunna ha empati. Mentaliserad affektivitet handlar om att känna igen affekten, reglera den på lagom nivå och uttrycka den på ett sätt som underlättar kommunikationen med andra. Att kunna detta motverkar tendensen att direkt handla på den impuls affekten väcker och gör att vi kan fungera bättre i samspelet med andra (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2004; Rydén & Wallroth, 2008).

I figur 1 här nedan sammanfattas genom en egenkonstruerad illustration hur mentaliseringsförmågan tänks innefatta olika delförmågor utmed de olika axlarna *själv-annan* och *kognition-emotion*. Dessa olika delförmågor tänks också alla kunna ske på mer explicit eller implicit nivå.



Figur 1. Mentaliseringsförmågans innehåll

Utveckling av mentaliseringsförmågan

Ett barn föds normalt med förutsättningar för att i interaktion med sin omgivning kunna utveckla mentaliseringsförmågan, på samma sätt som det föds med förutsättningarna för att kunna utveckla ett språk (Allen, Fonagy & Bateman, 2008). Dock kan det finnas medfödda hinder som försvårar detta som hos exempelvis autistiska barn (Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985).

Anknytningsrelationen. Barnet påbörjar utvecklingen av sin mentaliseringsförmåga i interaktion med föräldern eller den person som tar hand om det lilla barnet. Om anknytningspersonen är följsam och observant på barnets känslouttryck och försöker tolka dess behov, utvecklas vanligtvis en trygg anknytning. Att barnet upplever denna trygghet är viktigt för utveckling på många plan, och är mycket viktigt för utvecklingen av mentaliseringsförmågan genom att barnet får möjlighet att utforska föräldrarnas medvetande (Fonagy, 2007; Rydén & Wallroth, 2008). Barnet lär sig om sig själv via föräldrarnas mentaliserande kring barnet. Detta innebär att föräldern tolkar barnets obehag som olika känslor och önskningsar. Att föräldern tolkar barnets beteende utifrån synen att barnet är en egen individ med egna intentioner kallas *parental mind-mindedness* (Meins, Fernyhough, Weinwright, Das Gupta, Fradley & Tuckey, 2002). Detta förhållningssätt hos föräldern bidrar till barnets upplevelse av ett själv och till förmågan att se andra som intentionella varelser som handlar utifrån sina mentala tillstånd (Fonagy et al., 2004). Mind-mindedness och mentaliseringsförmåga hos föräldern har visat sig korrelerat till trygg anknytning hos barnet (Fonagy et al., 2007; Laranjo, Bernier, Meins & Carlson, 2010).

Affektspeglning. Det som är viktigt för att barnet ska lära sig om sig själv, sina känslor och hur de kan hanteras, samt vems känslor som är vems, kallas markerad speglning. (Fonagy, 2007; Rydén & Wallroth, 2008). Detta innebär att föräldern uppmärksammar vilken affekt barnet tycks befinna sig i, och därefter speglar genom att själv visa känslan i sitt ansikte och tonfall, utan att själv ta över känslan. Det är viktigt att föräldern speglar barnets känsla på ett sätt som visar att det inte är föräldrarnas egen känsla, utan markerar att det handlar om barnets känsla. Därefter lugnar föräldern genom tröstande tonfall och åtgärdande av de behov som fått barnet att känna obehag exempelvis hunger, blöjbyte eller temperaturreglering. På detta sätt får barnet så småningom mentala representationer av sina känslor som gör dessa mer begripliga och hanterbara, och börjar lära sig att det är en egen individ då föräldern gör skillnad på barnets känslor och de egna känslorna (Fonagy et al., 2007). Det tröstande tonfallet hos föräldern kommer med tiden internaliseras så att barnet kan trösta sig själv och i

allt större utsträckning börja kunna reglera sina affekter. Barnet känner sig i denna typ av interaktion trygg då det finns någon där som hjälper till med de överväldigande affekterna och tar hand om dess behov (Rydén & Wallroth, 2008).

Leken och språket. Att föräldern pratar med barnet och deltar i lek med barnet spelar också roll för utvecklingen av mentaliseringsförmågan. Språket behövs för att kunna tänka kring känslor och tankar, alltså för att kunna mentalisera. Personer med högre mentaliseringsförmåga har också tillgång till fler ord för att beskriva nyanser i sina upplevelser. Att barnet lyssnar till samtal som handlar om mentala tillstånd, alltså om vad deltagarna tänker och känner, tycks vara extra viktigt för utvecklingen av mentaliseringsförmåga (Fonagy et al., 2007; Harris, de Rosnay & Pons, 2005). Från ett och ett halvt års ålder börjar barnet alltmer att leka. I leken övar sig barnet på att hantera känslor och att mentalisera. När föräldern och barnet leker tillsammans lär sig barnet om skillnaden mellan den yttre och den inre världen, men att de ändå hänger ihop. Barnet lär sig att det man föreställer sig tillsammans inte behöver realiseras i verkligheten. Föräldrarnas kommentarer till barnets lek är viktiga då de hjälper barnet att lära sig om den inre världen. Föräldern markerar liksom vid den tidigare affektintoningen att detta handlar om ett deltagande i barnets upplevelse utan att det är föräldrarnas verkliga upplevelse. Det är viktigt att föräldern inte blir arg på barnet på riktigt under lek, då detta skulle signalera till barnet att den inre och den yttre världen inte är åtskilda (Rydén & Wallroth, 2008).

Varför vi behöver mentaliseringsförmågan

Wallroth (2010) sammanfattar en rad viktiga förmågor som bygger på eller utvecklas i nära samspel med mentaliseringsförmågan. Då mentaliseringsförmågan är ett begrepp som innefattar mycket, finns det många delförmågor som behövs för att kunna mentalisera och vars utveckling är beroende av föräldrarnas mentalisering kring barnet.

Realitetsprövning. En av dessa är förmågan till realitetsprövning som behövs för att kunna skilja på det som upplevs i ens egen inre värld och det som är verkligt i den yttre världen (Fonagy et al., 2004). Det handlar också om att kunna skilja mellan den egna upplevelsen och det som pågår i någon annans inre värld. Om denna förmåga sviktar starkt kan det gå så långt att man upplever hallucinationer men även mindre allvarliga former som att vara övertygad om att alla lägger märke till något man skäms över, även om det är ytterst osannolikt (Wallroth, 2010).

Kontinuitet i självupplevelsen och minne. En annan förmåga är att kunna uppleva kontinuitet i självet, vilket kommer av att barnet genom affektintoningen från föräldern lär sig att hantera affekter och uppleva att det är en och samma individ även när känslorna skiftar, vilket det lilla barnet från början inte kan eftersom den blir helt uppslukad av affekten (Rydén & Wallroth, 2008). För att kunna minnas är det av vikt att man upplever sig som ett sammanhängande själv som är kontinuerligt trots att situationen i det yttre eller inre ändras. Det behövs en känsla av ett upplevt intentionellt själv med en historia för att ha något att knyta minnena till. Vuxna kan ha svårt att minnas sin barndom om de inte haft en trygg anknytning och fått utveckla sin mentaliseringsförmåga (Fonagy et al., 2004). Det är i speglingen som känslan av självet uppstår, vilket också kan kallas att barnet finner sig själv i moderns blick (Kohut, 1971).

Koncentration och impuls kontroll. Dessa förmågor utvecklar sig också tillsammans med mentaliseringsförmågan. I en trygg anknytning hjälper föräldern barnet att reglera affekter så att stressnivån i kroppen inte blir hindrande för mentaliseringsutveckling. I inter-subjektiviteten övar barnet med hjälp av föräldern att rikta sin uppmärksamhet. (Fonagy et al., 2007). Koncentrationsförmåga och impuls kontroll behövs för att kunna hejda sig från sin omedelbara tolkning av en annan persons beteende och kunna fundera över personens inre tillstånd som inte syns på samma sätt som det yttre beteendet. Här handlar det alltså om exekutiv förmåga, vilket har ett samband med god mentaliseringsförmåga (Perner & Lang, 1999).

Affektreglering. En annan viktig förmåga är att kunna ta hand om sina känslor. För ett barn som haft en mentaliserande omvårdnadsperson kommer känslor inte upplevas som farliga utan hanterbara och guidande, medan de barn som inte lärt sig om affekter kan få dålig kontakt med sina känslor eller ha lätt att bli överväldigade av dem. För barn som lärt sig att hantera affekter är det lättare att reglera sina affekter genom explicit mentalisering, där det först handlar om att identifiera känslan, därefter reglera den till lagom nivå för att sedan kommunicera den. I början sköter omvårdnadspersonen dessa funktioner och med tiden lär sig barnet att i allt större utsträckning göra detta själv (Fonagy et al., 2004). Affektmedvetenhet och mentaliseringsförmåga växer fram tillsammans i en trygg anknytningsrelation (Mohaupt, Holgersen, Binder & Nielsen, 2006).

Agentskap. Vidare är känslan av agentskap beroende av mentaliseringsförmåga, identitetskänsla och minne för att fungera. Om man upplever agentskap innebär det att man känner att man är en person som har möjlighet att påverka det som händer, både vad gäller

tankar, känslor och omvärld, istället för att uppleva sig som någon som blir drabbad av reaktioner och händelser. Känslan av agentskap hänger samman med att ha en självrepresentation av att vara en intentionell varelse. (Fonagy et al, 2004). Detta tänks uppkomma genom föräldrarnas mind-mindedness, alltså att det lilla barnet behandlas som en psykologisk agent och via föräldern lär sig att se sig själv som en sådan (Sharp & Fonagy, 2008).

Kommunikation. Mentaliseringsförmågan påverkar också huruvida man kan kommunicera med sig själv och andra. Språkutvecklingen gör det lättare att mentalisera samtidigt som mentalisering gör det lättare att kommunicera då det underlättar att förstå vad som är intressant för den andre och vad som behöver sägas för att den ska kunna följa med och förstå det som berättas. (Fonagy et al, 2007; Wallroth, 2010)

Relaterande. Att kunna relatera till andra på ett sätt som fungerar innebär att man förstår att de har sina egna perspektiv som kan vara mer eller mindre lika ens eget. Att kunna göra sig hypoteser om andras mentala tillstånd och se dessa som orsak till andra människors beteende gör samspelet mer förutsägbart och begripligt (Fonagy et al, 2004). Studier har visat att barn till varma och följsamma föräldrar, som uppmärksammar barnets känslor och sätter ord på dem för att sedan hjälpa till att reglera dem, blir mer socialt kompetenta och den medierande faktorn tycks vara att dessa barn utvecklar större viljestyrd kontroll över sin emotionsreglering (Eisenberg, Spinrad & Eggum, 2010). Att kunna hantera sina känslor gör att mentaliseringsförmågan kan upprätthållas och det blir lättare att samspela med andra (Fonagy et al., 2007). Att kunna ha förståelse kring sitt eget fungerande gör också att man bättre kan förstå andra och visa empati (Decety & Jackson, 2004). Personer som inte haft trygg anknytning kan ha svårt att i relaterandet visa för andra vad de egentligen känner och tänker då de som små utvecklat strategin att visa sig glad och anpassa sig efter vad de tror föräldern önskar för att behålla den viktiga anknytningsrelationen (Rusz, 2006).

Hantera självständighet och gemenskap. Att kunna hantera behoven av självständighet och gemenskap är också något som utvecklas i anknytningsrelationen. Kan man mentalisera kan man leva sig in i hur andra känner och tänker vilket är viktigt för upplevelsen av gemenskap, medan förmågan att mentalisera kring sig själv gör att man står ut med att vara på egen hand och utforska. Kan man känna gemenskap även när de andra inte är där blir ensamhet inte lika skrämmande och personen behöver inte klänga på andra av rädsla för att bli övergiven. Då kan personen också vara självständig utan att det utvecklas till rädsla för närhet och beroende (Wallroth, 2010).

Friskfaktor. En god mentaliseringsförmåga fungerar som ett skydd mot traumatiska upplevelser och psykiskt lidande. Att kunna begripliggöra en händelse hjälper personen att kunna hantera de känslor som uppstått och det minskar risken för traumatisering som medför att man försöker undvika minnesbilder av det som hänt. Många olika former av psykiskt lidande kan ses som följd av svårigheter med mentaliseringsförmågan och mycket av psykoterapi handlar om att det ska upprättas en anknytningsrelation mellan terapeut och klient där mentaliseringsförmågan kan byggas upp eller återupprättas (Fonagy et al, 2004; Bateman & Fonagy, 2004).

Föräldraskap. Studier har visat att föräldrar med hög mentaliseringsförmåga har lättare att bete sig på ett sätt som gör att deras barn får trygg anknytning. Detta gäller även om föräldern själv haft otrygg anknytning som liten (Fonagy, Steele, Steele, Higgit & Target, 1994). Ofta förs otrygga anknytningsmönster vidare över generationer, men om en person lyckas skapa sig en fungerande mentaliseringsförmåga kan denna olyckliga kedja brytas. Även detta understryker vikten av terapi där mentaliseringsförmågan tränas (Rydén & Wallroth, 2008).

Mentalisering operationaliserat

För att kunna mäta mentaliseringsförmåga har Fonagy och hans kollegor (1998) operationaliserat hur denna förmåga märks i form av mängden *reflective functioning*, RF, i språket hos en person när den talar. I detta sammanhang är mentalisering likställt med *reflective functioning*. De har utvecklat en manual, som kallas RF-manualen, för att koda hur mycket mentaliseringsförmåga en person uppvisar under genomförandet av en anknytningsintervju, på engelska *Adult Attachment Interview* AAI, som i första hand utvecklades för att undersöka vilken kategori av anknytning individen har genom att analysera personens språkliga beteende under en intervju med frågor om tidiga anknytningsrelationer och separationer (Main & Goldwyn, 1998). Operationaliseringarna av *reflective functioning* har delats in i fyra områden som tänks spegla delförmågor av mentaliseringsförmågan.

Det första området handlar om hur pass medveten personen är om hur det fungerar med mentala tillstånd, såsom att man inte kan veta säkert vilken upplevelse en annan person har och att dessa går att dölja med flit. Ett annat exempel är medvetenhet om att en person kan försöka visa upp en annan känsla om den inte vill visa hur den egentligen känner.

Det andra området handlar om huruvida personen aktivt försöker förstå vilka mentala processer som är beteendets underliggande orsak. Detta märks genom att personen kan se

olika möjliga mentala förklaringar till samma beteende, inser att känslan inte alltid hänger samman med den yttre situationen, förstår att den egna upplevelsen kan ha påverkat tolkningen av situationen, samt det egna beteendet och andras reaktioner.

Det tredje området handlar om att personen inser utvecklingsaspekten hos mentala tillstånd. Detta visar sig exempelvis genom att personen visar att den förstår att upplevelsen av en situation kan ändras med tiden, exempelvis att man kan ha en annan syn som vuxen på något man upplevt som barn, och att perspektivet ytterligare kan ändras framåt i tiden. Det handlar alltså om att personen visar förståelse för hur förmågan till förståelse utvecklas, men också att personen kan ta generationsperspektiv och ha förståelse för hur familjedynamik kan påverka upplevelsen hos olika personer.

Det fjärde området handlar om hur personen förhåller sig till intervjuaren under intervjun. Här visar sig mentaliseringsförmåga genom att personen är medveten om att intervjuaren bara vet det personen berättat och personen anstränger sig för att begripliggöra och ta med nödvändig information så att intervjuaren ska förstå. Ett annat exempel är att personen kommenterar på hur intervjuaren möjligen upplever det är att höra om personens erfarenheter.

I RF-manualen finns också ett femte område som handlar om vad som kan verka som mentalisering men inte är det. Detta innefattar saker som att använda mentaliserande uttryck men inte visa förståelse för det i resten av talet, användandet av klichéer samt användandet av personlighet eller diagnoser som orsaksförklaring till beteende, vilket inte är tillräckligt om personen i sitt tal inte visar egentlig förståelse för vilka mentala tillstånd dessa skulle kunna medföra som påverkar beteendet (Fonagy et al, 1998).

När mentaliseringsförmågan sätts ur spel

En del personer har en generellt lågt utvecklad mentaliseringsförmåga, medan den hos andra kan vara välfungerande men kan sättas ur spel när personen blir upprörd, särskilt om det är i förhållande till en närstående. Detta kan hända vem som helst men för vissa personer händer det mycket oftare och mer intensivt, såsom hos personer med Borderline personlighetsstörning. Då kan några olika mentala förhållningssätt uppstå, som barnet också befinner sig i normalt innan det utvecklat mentaliseringsförmågan (Sharp & Fonagy, 2008; Fonagy & Luyten, 2009).

Psykisk ekvivalens. När en person befinner sig i psykisk ekvivalens försvinner förmågan till realitetsprövning och det som finns i individens inre upplevs också som yttre sanning. En

person här kan vara övertygad om att andra känner dennes känslor, måste ha samma perspektiv och kan vara mycket säker på vad andra tänker och känner och vad som kommer hända (Fonagy et al, 2004; Rydén & Wallroth, 2008).

Låtsasläge. När personen befinner sig i detta läge är det som att den inre verkligheten och den yttre helt skurits av och personen kan vara ur kontakt med sina känslor. Förnekande av det inre tillståndet eller av att den yttre verkligheten påverkar kan vara ett sätt låtsasläget tar sig uttryck (Rydén & Wallroth, 2008). I detta sätt att fungera ser personen inga samband mellan någonting och tillståndet kan medföra stora tomhetskänslor (Fonagy & Target, 2000).

Teleologiskt tänkande . Detta är en form av konkret tänkande där personen drar direkta slutsatser utifrån det observerbara beteendet och inte har några tankar på att den inre världen också är med i orsaksförklaringen till beteenden. Här utgår personen enbart utifrån det som syns (Rydén & Wallroth, 2008).

Delvis bristande mentalisering. Mentaliseringsförmågan kan också variera hos vissa personer beroende på vad det är för typ av situation, vilken känsla det handlar om och om det gäller en själv eller andra. Exempelvis visar en studie kring mentalisering och kronisk depression att denna patientgrupp har normal fungerande mentaliseringsförmåga förutom när de tänker kring depressionsspecifika områden (Staun et al, 2010). En del individer har svårt att förstå en viss känsla om denna undvikits av föräldern genom att ignorera eller feltolka barnets affekt. Barn som haft otrygg anknytning kan vara bra på att mentalisera mycket kring andra men inte sig själv, vilket kallas hypermentalisering. En annan typ av bristande mentalisering kallas pseudomentalisering och innebär att individen kan mentalisera kring andra och sig själv men är helt säker på att dessa hypoteser sanna (Rydén och Wallroth, 2008) Personer med psykopatiska drag kan vara bra på att tänka kring hur andras känslor och tankar fungerar, men vara oförmögna att emotionellt känna med den andre (Hare, 1991).

Mentalisering och terapi

Mycket av psykoterapi och psykologiska behandlingar handlar om att förbättra mentaliseringsförmågan, eftersom svårigheter med denna kan orsaka eller bidra till psykisk lidande. Den relation som uppstår mellan terapeuten och klienten kan enligt Rydén och Wallroth (2008) ses som en ny anknytningsrelation, där klienten genom terapeutens mentaliserande kan utveckla eller återupprätta sin egen mentaliseringsförmåga. Exempelvis beskriver Ringel (2011) hur en terapeut använder sitt mentaliserande och lär klienten detta genom arbete med identifikation av affekter, brott i alliansen och ömsesidigt lekande i terapin.

Det finns även en terapiform som explicit har utvecklande av mentaliseringsförmåga som fokus, vilken kallas mentaliseringsbaserad terapi, MBT.

MBT. Denna terapiform är speciellt utformad för personer som lider av borderline personlighetsstörning, en grupp som enligt Bateman och Fonagy (2006) har bristande mentaliseringsförmåga vid stark affekt som grundproblematik. Terapin innefattar både gruppterapi och individualterapi där det fokuseras på mentalisering. Terapeutens förhållningssätt går ut på att hjälpa klienten förstå vad han känner och varför han upplever det han upplever, vilket liknar det omvårdnadspersonen gör när den mentaliserar kring det lilla barnet. Terapeuten är aktiv och frågar utifrån en icke-vetande position men är samtidigt ärlig och öppen med sina tankar och med hur han/hon upplever klienten. Dock poängterar terapeuten genom sitt sätt att prata att vad han/hon tror det kan handla om är just hypoteser och utger sig inte för att veta säkert hur klienten fungerar. Terapeuten är observant på sprickor i alliansen och erkänner öppet sina misstag och ber om ursäkt för dem, för att sedan tillsammans med klienten undersöka hur det uppstått. (Bateman & Fonagy, 2004; Rydén & Wallroth, 2010)

Mentalisering i andra terapier. Även i andra terapiformer beskrivs vikten av att klienten kommer igång och kan mentalisera för att kunna få ut något av terapin. Exempelvis beskriver Grebow (2008) hur det är av vikt att först skapa en relation som möjliggör mentalisering hos patienten innan denne kan ta till sig interventioner i form av tolkningar i psykoanalytisk terapi. För de klienter som har låg förmåga till mentalisering behöver alltså terapin utformas så att den första tiden har detta som fokus, till skillnad från de personer som redan kan mentalisera väl. I en studie kring *Brief Relational Psychotherapy* visade det sig att man hos patientgrupper med lyckat terapiutfall såg en höjning av mentaliseringsförmågan ungefär halvägs genom terapin, medan patienter med dåligt terapieresultat visade oförändrad mentaliseringsförmåga genom terapin. (Bernbach, 2002). Forskning kring personer som har låg kapacitet till mentalisering visar att terapi där detta tränas behövs för att kunna åstadkomma förändring. I en studie av Taubner, Wiswede, Nolte och Roth (2010) kring mentalisering och ungdomar med utagerande störningar visade det sig att våldsamma ungdomsbrottslingar har låg mentaliseringsförmåga och att detta kan förknippas med instrumentellt offensivt våld och psykopatiska tendenser, vilket påvisar vikten av terapi som tränar mentaliseringsförmågan för denna grupp. Forskning pekar alltså på behovet av terapi som tränar mentaliseringsförmågan hos individer där denna är lågt utvecklad eller lätt försvinner, och det har även föreslagits att detta är den grundläggande mekanismen i alla

effektivt fungerande terapier (Allen et al, 2008). Dock diskuteras det huruvida personer med psykopatiska drag bör gå i terapi eftersom de där kan lära sig att mentalisera kring andra bättre men använder det för att manipulera sin omgivning och alltså förvärras i sin problematik (Rydén & Wallroth, 2008)

Teori och tidigare forskning kring terapeutisk allians

Den terapeutiska alliansen är ett viktigt begrepp inom den kliniska psykologin och har under det senaste kvartalet varit ett av de fenomen som det teoretiserats om och forskats mest på världen över (Horvath et al, 2011). Man har varit intresserad av den terapeutiska alliansens betydelse för en terapeutisk behandling. Majoriteten av forskningssamhället är nu eniga om att god allians har en klar betydelse för positivt utfall i en behandling oavsett terapiinriktning, framför allt när den skattas av klienten (Castonguay et al, 2006; Elvins & Green 2008; Horvath et al, 2011; Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske & Davis, 2000).

Historia och begreppsdefinition

Första gången den terapeutiska alliansen kom på tal var i samband med Sigmund Freuds (1895/1955) teorier om psykoanalys. Han använde inte termen allians men tänkte sig att det skapades en relation mellan patienten och behandlare som starkt präglades av patientens överföringar (Stenlund, 2002). En överföring är ett centralt begrepp inom psykodynamisk teori där en individs tankar, känslor och föreställningar om en tidigare viktig person i dennes liv påverkar en nuvarande relation. Det kan ses som ett slags tillskrivande av egenskaper beroende av tidigare erfarenheter (Cullberg, 2003). Enligt Freud var överföringen viktig för terapin och menade att även terapeuten i vissa situationer kunde bete sig på ett sätt som fick patienten att känna sig tillfreds vilket skulle gynna behandlingen (Freud, 1895/1955). Tanken om den terapeutiska relationen vidareutvecklades av Sterba (1934), men första gången begreppet terapeutisk allians nämndes var det av Zetzel (1956). Zetzels viktigaste bidrag till teoriutvecklingen var att behandlingen påverkades positivt av att terapeuten agerade som en stödjande moder och på detta sätt tillfredsställde infantila behov hos patienten. Genom detta lades mer betoning på den relationella aspekten terapeut och patient emellan vilket gav inspiration till vidare teoribildning (Johansson, 2006). Greenson (1967) utvecklade alliansbegreppet vidare och ansåg att en uppdelning var nödvändig. Han menade att den

terapeutiska relationen består av tre delvis överlappande delar. Den första är *arbetsalliansen* som har att göra med den icke-neurotiska kontakten som terapeut och klient har kopplat till terapiarbetet. *Den riktiga relationen* är den andra och innefattar en genuin relation utan påverkan av tidigare erfarenheter och uppfattningar. Den sista är *överföringen* som uppstår när patienten låter tidigare erfarenheter påverka relationen till terapeuten. Även om Zetzel och Greenson's teorier inte hade ett gemensamt fokus i deras teorier om allians var de eniga i ett avseende, nämligen att förmågan hos klienten att hantera ångest och att kunna särskilja sina reaktioner mellan verkliga- och överföringsreaktioner var en viktig del i utvecklandet av en god allians (Stenlund, 2002).

Under denna tidsperiod var teorier om allians uteslutande psykodynamiska och skulle förbli det ett decennium framåt. Detta förändrades när Bordin (1979) omstrukturerade begreppet och lade grunden för hur det i mångt och mycket fortfarande är utformat idag. Bordin ville göra alliansbegreppet pan-teoretiskt genom att inkludera alla terapiteoretiska inriktningar oavsett om de innefattade överföringsaspekten. Den teoretiska övertygelsen var att alliansen vilade på tre ben, *mål*, *uppgifter* och *relationellt band*. *Mål* och *uppgifter* har att göra med att terapeuten och klienten ska vara i samförstånd om vilka mål och resultat terapin ska leda till och hur man ska ta sig dit via interventioner och tillvägagångssätt. Om det inte finns en ömsesidig förståelse och överenskommelse försvårar det samarbetet och komplicerar behandlingen. Det sista benet är *relationellt band* och innefattar hur den mellanmänniska relationen ser ut mellan terapeut och patient. Denna ska helst vara präglad av förståelse, tillit och empati. Vad som även är banbrytande i Bordins teori är betoningen på det aktiva samarbetet terapeut och patient emellan som involverar terapeuten på ett sätt som inte var självklart tidigare. En annan viktig aspekt som han tillförde vid senare tillfälle (Bordin, 1994) är att alliansen inte är en stabil faktor utan varierar beroende på tidpunkt i terapin. För att upprätthålla en god allians måste terapeuten vara beredd att adressera alliansbrott och upprepat arbeta för att upprätthålla den, en uppfattning som även har influerat moderna strömningar inom det psykoterapeutiska området (Johansson, 2006; Safran & Muran, 2000).

Någon exakt definition av den terapeutiska alliansen är i dagsläget inte tydligt avgränsad. Att intresset för begreppet tilltog på bred front inom flera områden under slutet av förra seklet har bidragit till att ett enhetligt koncept inte vuxit fram (Horvath et al, 2011). *Terapeutisk allians*, *arbetsallians*, och *hjälpande allians* är begrepp som används i olika sammanhang och är både överlappande och möjliga att särskilja. När gränserna är suddiga blir det svårt att bedöma vilka konkreta svar som forskning på området egentligen ger. Det finns

en uppsjö av enkäter som undersöker fenomenet i delvis olika tappningar, vilket bidrar till förvirring kring vad som egentligen mäts (Elvins & Green 2008; Horvath et al, 2011; Philips & Holmqvist 2008). Vidare problem uppkommer ur ett pragmatiskt perspektiv när man i detalj inte vet vilka delar som allians innefattar och hur man ska analysera och använda sig av den i en behandling (Ross, Polaschek & Ward, 2008). Trots mindre skillnader i detta finns avgörande gemensamma faktorer som bidrar till att alliansbegreppet blir både teoretiskt och praktiskt viktigt. En bred men enhetlig definition skulle kunna vara att alliansen består av ett samarbets- och känslomässigt band terapeut och klient emellan. Om detta band är av god art finns en hög sannolikhet att utfallet av behandlingen påverkas i positiv riktning (Johansson, 2006).

Tidig allians

Den terapeutiska alliansen är något som i regel kan mätas när som helst under en behandling. Med detta sagt kan det vara intressant att undersöka under vilken tidpunkt under terapin som bäst predicerar behandlingsutfall. Speciellt viktigt blir det att utreda om en tidig god allians säger något om utfallet, framför allt ur ett pragmatiskt perspektiv för att se om det är av vikt att försöka stärka den (Constantino, Arnow, Blasey & Agras, 2005). Definitionen av tidig allians är att skattningen ligger inom session 1-5 i en behandlingsterapi (Horvath et al, 2011). Vad forskningen visar är att tidig terapeutisk allians inte bara predicerar utfallet bra, utan bättre än senare i behandlingen (Castonguay et al, 2006; De Bolle, Johnson & De Fruyt, 2010; Keller, Zoellner & Feeny, 2010; Horvath et al, 2011). I en studie av Johansson och Eklund (2006) fann man ett samband mellan positivt utfall och allians som skattades redan efter första samtalet. Anledningen till att den tidiga alliansen predicerar utfallet bättre är inte klarlagt. En tanke är att alliansen inte följer en rak bana under terapin utan utsätts för prövningar under behandlingens gång. Detta bidrar till att känslan av alliansen skiftar och spridningen i hur terapeut och klient uppfattar denna skiljer sig i högre grad från startpunkten när relationen inte är lika djupgående (Safran & Muran 2000; Horvath et al, 2011). En annan hypotes är att graden av förväntningar skulle kunna påverka den tidiga alliansen. Om en klient uppsöker behandling med höga förväntningar skulle det kunna prägla dennes syn på relationen till terapeuten och hur behandlingen känns i allmänhet. Vissa studier pekar intressant nog på att motivationen har en relativt stark inverkan på alliansen, även tidig sådan (Constantino et al, 2005). Medan andra resultat pekar på det motsatta (Meyer, Pilkonis, Krupnick, Egan, Simmens & Sotsky, 2002). Vad som än är orsak till att tidig terapeutisk allians har högt

prediceringsvärde för behandling verkar det vara en faktor som är viktig att ta hänsyn till i praktiskt terapeutarbete (Castonguay et al, 2006).

Påverkande faktorer

Eftersom den terapeutiska alliansen har betydelse för behandlingsarbete är det angeläget att undersöka viktiga faktorer som spelar in i skapandet och upprätthållandet av den. Vissa anser att den terapeutiska alliansen inte går att analysera och bryta ner i distinkta underkategorier då det i grunden är en känslomässig relation som båda parter är med och formar (Stenlund, 2002), medan andra anser detta nödvändigt (Constantino et al, 2010; Reis & Brown, 1999). Det finns många typer av behandlingar inom det psykologiska behandlingsområdet. De vanligaste formerna är psykodynamisk, kognitiv beteendeterapi, interpersonell terapi och existentiell terapi. Man skulle kunna tänka sig att olika terapiformers förutsättningar och skillnader i teoribas ger olika förutsättningar för hur alliansen påverkar utfallet. Studier har pekat både på att sambandet mellan olika terapiinriktningar och terapeutisk allians inte skiljer sig åt (Castonguay et al, 2006; Horvath et al, 2011; Johansson, 2006).

En annan faktor som förmodligen har en inverkan på alliansen är hur terapeuten är som person och hur han eller hon bemöter klienten. I en stor studie där 331 klienter och 80 terapeuter ingick ville man undersöka just detta (Baldwin, Wampold & Imel, 2007). Vad som tydligt visade sig i resultatet var att olika terapeuter hade olika förmåga att upprätta en god allians med sina klienter. Studien indikerar att terapeuten på ett eller annat sätt spelar in i alliansbyggandet, frågan som kvarstår är hur. På detaljnivå verkar det som att viktiga alliansbyggande faktorer hos terapeuten är att kunna knyta an emotionellt och uttrycka empati och värme (Gilbert & Leahy, 2007), skicklighet i att hantera alliansbristningar (Safran & Muran, 2000) och att inte vara rigid i sitt sätt att handla i olika situationer i terapin (Castonguay et al, 2006). Ackerman och Hilsenroth (2003) kom fram till att erfarenhet och kommunikativ förmåga var viktiga för den terapeutiska alliansen. Viktiga egenskaper hos terapeuten var även att vara flexibel, ärlig, respektfull, trovärdig, självsäker, varm, intresserad och öppen. En sista slutsats som studien pekar på var att goda förutsättningar för alliansbyggande innefattade ett fokus på samarbete med klienten om vilka mål som ska uppfyllas och att man tillsammans undersöker interpersonella problem. I en nyligen utgiven omfattande metastudie dras även slutsatser om vikten av terapeutens icke defensiva respons på en klients kritik eller fientlighet för bevarandet av en god allians (Horvath et al, 2011). I mångt och mycket verkar det alltså betydelsefullt för den terapeutiska alliansen vem

terapeuten är som person och hur han betar sig mot klienten. Det har gjorts avancerade och vederhäftiga försök att utbilda terapeuter i deras sätt att bilda allians med relativt goda men inte helt övertygande resultat (Crits-Christoph, Connolly Gibbons, Crits-Christoph, Narducci, Schamberger & Gallop, 2006). Detta utgör ett problem då det vedertagna är att alliansen är en betydande faktor för gott behandlingsutfall, men det är inte klarlagt hur terapeuten själv ska utveckla denna färdighet. Safran och Muran (2000) vill hävda att alliansbyggande träning och utbildning är möjlig men inte utan komplikationer. Vad som gör det svårt är att det terapeutiska arbetet är en mix av färdigheter och komplicerade personliga och känslomässiga egenskaper. Det är starkt kopplat till terapeutens egna privata sätt att agera, känna och tänka som ofta är intuitivt och relativt robust.

Att terapeuten bidrar med beteende och som person till det terapeutiska alliansbyggandet är klarlagt. Vad man även tänker sig är att upprättandet av allians är en interpersonell process som består av två individer där båda parter inverkar och ger olika förutsättningar för hur den kommer att struktureras och upprätthållas (Castonguay et al, 2006; DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005; Horvath 2006). Varje klient är en unik människa med egen livshistoria, personlighet och sätt att reflektera över och hantera interpersonella relationer. Klientens diagnos, förväntningar av behandlingen, karaktär och sätt att vara skulle med andra ord även kunna ha inverkan på alliansen. Gällande diagnos pekar det mesta på att det inte finns något samband till terapeutisk allians, bortsett från Borderline personlighetsstörning och variationer i symptom där man har funnit mindre korrelationer (Hersoug, Monsen, Havik & Hoglend, 2002; Lingardi, Filippucci & Baiocco, 2005). Gällande förväntningar på behandlingen har olika studier funnit motsägande resultat (Constantino et al, 2005; Meyer et al, 2002) vilket gör det problematiskt att dra slutsatser gällande detta.

Vad som däremot visat sig mer väsentligt i alliansbyggande är klientens personlighetsdrag och interpersonella färdigheter. Ett flertal studier har ämnat undersöka om det fanns ett samband mellan hur klienten relaterade till andra människor och alliansen i terapin. Studierna visar att ett *hotfullt/dominant* sätt att relatera hade en negativ inverkan på alliansen (Connolly Gibbons, Crits-Christoph, de la Cruz, Barber, Siqueland & Gladis, 2003; Puschner, Bauer, Horowitz & Kordy, 2005) Vad som menas med ett *hotfullt/dominant* sätt är att personen i fråga tenderar att uppvisa hög grad av dominans och hotfullhet i relation till andra, i motsats till undergivenhet och värme (Horowitz, Alden, Wiggins & Pincus, 2000). Andra studier har även visat att om kyla och distans respektive interpersonell känslighet

präglar klientens sätt att relatera är den viktigaste faktorn i etableringen av terapeutisk allians (Johansson & Eklund, 2006). Här tänker man sig att bemötandet från klienten i behandlingens tidiga skede spelar in i hur relationen utvecklas efterhand. Ett kallt och distanserat bemötande bjuder inte in till ett gott samarbete och ger inte förutsättningar för ett upprätthållande av detta. Man tänker sig att ett hotfullt och dominant sätt att vara också ger liknande effekter i andra sociala sammanhang.

Ett annat intressant fynd är att anknytningsstil och tidigare objektrelationer verkar spela in i sammanhanget (Gilbert & Leahy 2007; Piper, Azim, Joyce & McCallum, 1991). En trygg anknytningsstil har ett samband med god allians. Det intressanta här är att man tänker sig att tidiga erfarenheter präglar individens utveckling, sätt att känna, tänka och relatera till andra. Detta emotionella och personliga bagage präglar klientens sätt att vara och därmed alliansbyggandet. Personer med Borderline personlighetsstörning har genomgående otrygga anknytningsmönster (Fonagy & Lyuten, 2009). Man har bland annat funnit korrelationer mellan skattning av personer med Borderline personlighetsstörning och hög grad av interpersonella problem, vilket i sin tur har koppling till lägre terapeutisk allians (Hilsenroth, Menaker, Peters & Pincus, 2007). Även om det inom detta område finns oenigheter, då vissa anser sig ha funnit bevis för att klientfaktorer överskattas (Baldwin et al, 2007), är majoriteten övertygad om att dessa är viktiga att vidare uppmärksamma och utforska (Johansson & Jansson, 2010).

Allians och kritik

Som tidigare har nämnts är alliansbegreppet inte ett komplett och väldefinierat begrepp vilket har gjort att viss kritik uppstått. En central kritik är att begreppet delvis är konceptualiserat annorlunda beroende på sammanhang vilket har diskuterats tidigare (Elvins & Green 2008). Förmodligen resulterar detta i viss inkonsekvens i forskningsfältet där olika resultat ibland pekar i olika riktningar.

En annan viktig kritik är att allians endast har mätts i sambandsanalyser med korrelationer som mått. Problemet med detta är att det inte går att veta vilken riktning sambandet har, vilken variabel som orsakar vad. Om den terapeutiska alliansen skattas högt skulle det teoretiskt sett kunna vara så att det är framgången i behandlingen som orsakar den höga skattningen, lika gärna som det motsatta orsaksförhållandet. (Castonguay et al, 2006; Philips & Holmqvist, 2008). Kritiken som har uppkommit är angelägen att ta hänsyn till.

Däremot kan få bortse från begreppets betydelse inom den praktiska psykologin (Horvath et al, 2011; Johansson, 2006).

Tidigare forskning om mentalisering och allians

Att ha en god mentaliseringsförmåga är att på ett flexibelt sätt kunna förstå sig på andra och sig själv utifrån känslor, handlingar, intentioner och mentala tillstånd. Att vara bra på att mentalisera innebär inte att alltid kunna avgöra hur andra tänker och känner utan förstå att mentala tillstånd är olika för olika människor i olika situationer, även för sig själv. Förmågan ger förutsättningar för att hantera egna känslotillstånd på ett adekvat och sunt sätt vilket underlättar att kunna agera korrekt och vara anpassad till sin sociala omgivning. I mångt och mycket är god mentaliseringsförmåga en förutsättning för att kunna relatera till andra personer på ett lämpligt sätt och upprätthålla sunda och nära relationer (Fonagy et al., 2004). Terapeutisk allians i sin tur kan definieras som det positiva samarbets- och känslomässiga band terapeut och klient emellan (Castongay et al, 2006; DeRubeis et al, 2005; Horvath 2006). Alliansen är en interpersonell process som skapas i interaktionen mellan två parter. Det är därför tänkbart att variationer i mentaliseringsförmåga ger olika förutsättningar för utveckling av terapeutisk allians. Med utgångspunkt i litteraturen verkar detta påstående stämma. En indikation som pekar åt det hållet är klarläggandet att personer med Borderline personlighetsstörning frekvent har svårigheter med skapande och upprätthållande av allians (Gabbard, Horwitz, Frieswyk & Allen, 1988; Hersoug et al, 2002; Hilsenroth et al, 2007; Lingiard et al, 2005). Borderline personlighetsstörning, BPS, är en allvarlig diagnos där personen präglas av kronisk instabilitet i självet, interpersonellt fungerande och avsevärda problem med affektreglering och impulsivitet (Skodol, Gunderson, Pfohl, Widiger, Livesley & Siever, 2002). Enligt teoribasen inom mentalisering är BPS ett tydligt exempel på individer med kraftigt nedsatt mentaliseringsförmåga (Fonagy & Lyuten, 2009). Kort sagt menar man att en människa som genom sina anknytningspersoner inte erbjudits möjligheter att utveckla en stabil bild av sig själv, andra och förstå dessa utifrån känslor, intentioner och mentala tillstånd har svårt att agera adekvat i mellanmänskliga kontakter. Genom avsaknaden av en inre struktur finns det ingen tillgång till användbara strategier vid motgångar för individen och i relation till andra. Tanken är att mentaliseringsförmåga är den medierande faktorn som står för svårigheterna att bygga en positiv och betydelsefull relation med personer tillskrivna diagnosen BPS.

Även om personer med Borderline personlighetsstörning har låg mentaliseringsförmåga gäller inte alltid motsatt förhållande. Att inte kunna mentalisera fulländat kan komma i uttryck på ett flertal sätt (Bolm, 2010; Fonagy et al, 1998; Subic-Wrana, 2011; Suchman, DeCoste, Leigh & Borelli, 2010) och mentaliseringsförmågan ses i allmänhet utifrån en evolutionsbaserad teori med anknytningsteoretiska rötter där förmågan anses ha utvecklats för att individen ska kunna navigera anpassningsbart i sin sociala omvärld (Fonagy et al, 2007). Gemensam nämnare för de olika tillstånden vid bristande mentalisering är dock att dessa ofta leder till svårigheter i mellanmännsliga kontexter. Specifika svårigheter är bland annat att kunna skilja mellan inre och yttre verklighet, leva sig in i hur andra tänker och känner respektive att förstå att egna föreställningar om andras handlingar inte nödvändigtvis är sanna utan att alternativa förklaringar finns (Rydén & Wallroth, 2008). Då den terapeutiska alliansen är ett samarbete och känslomässigt band som bygger på en interaktion mellan två personer skulle nivå av mentalisering eventuellt kunna påverka denna, även vid frånvaro av BPS. Konkret forskning om sambandet mellan dessa variabler är hittills sparsam men i en relativt ny studie (Staun et al, 2010) ville författarna bland annat undersöka detta. Patientgruppen i studien var kroniskt deprimerade och resultatet visade på ett positivt samband mellan högre mentaliseringsförmåga och terapeutisk allians. Detta ger indikationer på att tidigare hypotes stämmer, att försämrade mentaliseringsförmåga skapar sämre förutsättningar för alliansbyggande. Vidare forskning rekommenderas dock för ett tydligt ställningstagande i frågan.

Syfte och frågeställning

Det står klart att den terapeutiska alliansen har en väsentlig betydelse för vad en terapeutisk behandling ska få för resultat (Horvath et al, 2011). Mer konkret är god allians i ett tidigt skede viktigt. Vad som även är klarlagt är att hög mentaliseringsförmåga resulterar i en förståelse av sig själv och andra (Ryden & Wallroth, 2008) och det är rimligt att anta att denna spelar roll för den terapeutiska alliansen. Viktigt att poängtera är däremot att denna relation inte är klarlagd då endast indikationer kan göras i brist på tydlig forskning och litet antal studier.

Denna studie ämnar bredda kunskapen om allians och mentalisering genom att utforska sambandet mellan dessa i en intervjukontext. Något som är särskilt intressant är om

mentaliseringsförmåga spelar in i tidigt alliansbyggande. Tidigt god allians predicerar inte bara goda resultat utan även lägre antal avhopp i behandlingar (Johansson & Eklund, 2006). Detta ger givetvis konsekvenser på ett individuellt plan, men även samhällsmässig och ekonomisk. Om tidiga låga värden på alliansskattning upptäcktes skulle insatser och alliansbyggande åtgärder eventuellt kunna förhindra de negativa konsekvenserna. Det är också intressant att undersöka om graden av mentalisering hos den hjälpsökande inverkar på skillnader i upplevelser av allians mellan behandlare och klient. Studien syftar till att generera en klarare bild gällande sambandet mellan *reflective functioning*, här likställt med mentalisering, och tidigt skattad terapeutisk allians.

Frågeställning.

Fyra frågeställningar är framför allt av intresse i denna studie:

- Finns det ett samband mellan intervjupersonens mentaliseringsförmåga och upplevd tidig terapeutiskt allians hos intervjupersonen?
- Finns det ett samband mellan intervjuarens mentaliseringsförmåga och upplevd tidig terapeutiskt allians hos intervjuaren?
- Finns det eventuella skillnader mellan intervjupersonens och intervjuarens upplevda tidiga allians i relation till intervjupersonens mentaliseringsförmåga?
- Hur beskriver intervjupersonerna och intervjuarna själva sin upplevelse av kontakten?

Metod

Deltagare

I studien ingick 25 deltagare i åldrarna 19-56, med en medelålder på 28,6. Av deltagarna var 12 kvinnor och 13 var män. Vad gäller sysselsättning var 17 av dem studenter och 6 yrkesarbetande, och två av deltagarna var både studenter och yrkesarbetande. Deltagarna i studien var från normalpopulationen och tillhörde alltså inte någon psykiatrisk patientgrupp. Samtliga var bosatta i södra Sverige.

Material

AAI. Anknätningsintervjun, på engelska kallad *Adult Attachment Interview AAI*, är en standardiserad intervju utformad av George, Kaplan och Main (1996). Denna intervju är avsedd att undersöka anknätningsmönster hos vuxna (Main & Goldwyn, 1998). Intervjupersonen får svara på frågor om tidiga anknätningsrelationer och separationer. Intervjun innehåller 20 frågor och tar vanligtvis mellan en och en och en halv timme att genomföra. Samtalet spelas in och intervjun transkriberas. Därefter genomförs en lingvistisk analys av intervjupersonens svar och språkliga beteende i intervjun, där det snarare är *hur* saker sägs än *vad* som sägs som spelar roll vid kodningen. Det språkliga beteendet är till stor del omedvetet och personens sätt att reagera i intervjun tänks spegla personens anknätningsmönster (Rydén & Wallroth, 2008). Intervjun innebär ett noggrant utfrågande kring personens uppväxtförhållanden och erfarenheter av separationer. Personen får dela med sig av djupt personliga erfarenheter och situationen kan tänkas likställas med terapeutiskt samtal eller bedömningsamtal under psykiatrisk utredning.

RF-skalan. Reflective functioning (RF) Scale är utformad av Fonagy och kollegor (1998) för att koda nivå av *reflective functioning*, här likställt med mentaliseringsförmåga, som intervjupersonen uppvisar under anknätningsintervjun (Fonagy et al., 1998). Den transkriberade intervjun kodas av en certifierad RF-skattare för uttryck av mentaliseringsförmåga utifrån fyra områden. Områdena innefattar medvetenhet om mentala tillstånds egenskaper, direkta försök att utläsa vad som mentalt ligger bakom beteenden, beaktande av utvecklingsaspekter vid resonering kring mentala tillstånd, samt hänsynstagande till mentala tillstånd i relation till intervjuaren. Dessa har beskrivits mer utförligt i teoridelen i denna

uppsats. RF-skattaren avgör närvaro eller frånvaro av reflekterande funktion i alla avsnitt av anknytningsintervjun, och kartlägger frekvens, specifik stil på *reflective functioning*-uttalanden, trovärdighet, samstämmighet, komplexitet och originalitet. Poängen på de olika områdena vägs sedan samman till en slutlig poäng på RF-skalan, som sträcker sig från -1 till 9 poäng. Särskild vikt läggs vid åtta så kallade *demand questions* där det aktivt efterfrågas att deltagaren reflekterat kring egna och andras mentala tillstånd. I de övriga tolv så kallade *permit questions* tillåts deltagaren reflektera mentaliserande men det ombeds inte specifikt. Om en deltagare får -1 poäng på RF-skalan kallas det negativ RF och innebär att personen undviker att mentalisera helt eller har ytterst snedvridna bilder av andras mentala tillstånd. En poäng på 5 som är i mitten på skalan innebär att personen har normal RF och alltså har ett tänkande kring andras mentala tillstånd som är relativt sammanhängande men som kan vara något naivt och simplistiskt. En poäng på 9 kallas exceptionell RF och innebär att personen har ett ovanligt komplext, utförligt och originellt resonande kring mentala tillstånd (Fonagy et al., 1998).

HAq-II. Revised helping alliance questionnaire, HAq-II, är ett självskattningsformulär som avser mäta styrkan på den terapeutiska alliansen, via den subjektiva upplevelsen av allians. Ursprungligen har den 19 items där svaren skattas på en Likert-skala, (där 1= Stämmer verkligen inte och 6= Stämmer verkligen). Det har utvecklats två versioner där den ena fylls i av patienten och den andra ifylles av terapeuten. Skalan har god reliabilitet och anses ha god validitet då den stämmer väl överens med andra mått på terapeutisk allians (Luborsky et al, 1996). En modifierad version användes i detta fall där de items som inte passar för situationen som studeras plockades bort och de kvarvarande påståendena anpassades för att spegla den tidiga upplevelsen av den relation som uppstår mellan intervjuare och deltagare i studien under genomförandet av anknytningsintervjun. Termen *terapeut* byttes ut mot *intervjuaren*, och termen *patient* byttes ut mot *intervjupersonen*. Den modifierade version av formulären som användes i denna studie har 12 items. Även här användes två versioner, där den ena är deltagarens skattning och den andra är intervjuarens. Vid test av reliabilitet hade den modifierade versionen för deltagarna i studien ett Cronbach's alpha på 0,84 och versionen för intervjuarna hade Cronbach's alpha 0,87. Skattningsformuläret kan alltså antas ha god inre samstämmighet och reliabilitet. Denna studie utgår från antagandet att den kontakt som uppstår mellan deltagare och intervjuare skulle kunna likna den form av tidig terapeutisk allians som kan uppstå vid ett bedömningsamtal eller ett första samtal mellan en hjälpsökande och en terapeut.

Tillägg av kvalitativ del. I slutet av formuläret lades ett par frågor till där intervjupersonen respektive intervjuaren med egna ord fick beskriva hur de upplevt kontakten under intervjun, samt om de hade tankar kring om något kunde varit annorlunda för att kontakten skulle upplevas som bättre. Se bilaga 1.

Procedur

Studien ingick i ett större projekt bestående av totalt tre studier. De olika studierna undersökte olika aspekter i relation till mentalisering. Då metoden är tidskrävande användes en gemensam grupp deltagare.

Rekrytering. Deltagarna i studien rekryterades via bekvämlighetsurval. Detta gick till som så att de psykologstudenter som genomfört studien sökte upp frivilliga deltagare via bekantas bekanta. Några av deltagarna rekryterades också genom att frivilligt anmäla sig efter förfrågan om deltagare till studien i en kursgrupp på psykologprogrammet vid Lunds universitet. Samtliga deltagare informerades muntligt om att intervjun handlar om barndomserfarenheter och ibland kan upplevas som påfrestande men också givande, samt att de närhelst de önskar kan avbryta sin medverkan. Av statistiska skäl var målet att rekrytera minst 30 deltagare, men under processen föll data från 5 deltagare bort. Deltagarna rekryterades avsiktligt så att studien innefattar både studenter och yrkesarbetande, och med försök att få till en någorlunda jämn könsfördelning. De rekryterades också avsiktligt med spridning i åldrarna, dock var alla över 18 år. Detta gjordes som försök att få en någorlunda representativ grupp ur normalpopulationen, då studien avser undersöka hypoteserna bland vuxna i normalbefolkning och inte en viss grupp.

Träning av intervjuförfarandet. Intervjuarna bestod av fem psykologprogramstudenter i slutet av sin utbildning, med erfarenhet av samtalsmetodik. De utbildades i att genomföra anknytningsintervjun genom att träna in frågorna och instruktionerna till AAI, och gick tillsammans med en universitetsprofessor som var van att utföra anknytningsintervjun igenom vad som är viktigt att tänka på. Intervjuarna tränade sedan på att genomföra intervjun med tre olika personer innan studiens genomförande, samt svarade en gång själva på frågorna i intervjun. Detta sätt att utbildas i genomförandet av anknytningsintervjun förespråkas av Fonagy och kollegor (1998).

Genomförande av intervju och formulär. Intervjuerna genomfördes vid Institutionen för psykologi vid Lunds universitet. Intervjuarna bytte deltagare med varandra så att de inte intervjuade dem de själva rekryterat. Detta för att undvika etiska dilemman för intervjuarna då de i vissa fall hade gemensamma bekanta med deltagarna och för att deltagarna skulle uppleva anonymitet. Efter kort inledande information samt ifyllande av samtyckesblankett genomfördes anknytningsintervjun och spelades in med mp3-spelare. Efter avslutad intervju informerades deltagarna av etiska skäl att de kunde kontakta intervjuaren om intervjun i efterhand skulle väcka reaktioner som är svåra att hantera. Efter intervjun fick intervjupersonerna fylla i ett formulär per studie, samt svara på de kvalitativa frågorna som lagts till i slutet på HAQ-II-formuläret. Intervjuarna fyllde också i sin version av det modifierade HAQ-II.

Bearbetning av data. Efter intervjuernas genomförande transkriberades de av intervjuerna och avidentifierades. Transkriberingen skedde enligt föreskrifterna i AAI, där alla felsägningar, icke-verbala ljud och pauser i antal sekunder skrivs ut, eftersom de är av betydelse när intervjupersonens språkliga beteende i efterhand analyseras.

Poängen på skattningsformulären sammanställdes genom att matas in i SPSS version 17.0 och därefter räknas samman. De transkriberade avidentifierade intervjuerna lämnades till en certifierad RF-skattare för kodning av poäng på *reflective functioning*. De poäng som erhöles på detta mått matades sedan också in i SPSS version 17.0 för vidare beräkningar.

Svaren på de kvalitativa frågorna lästes igenom och därefter undersöktes det om där tycktes finnas vissa teman eller mönster och om dessa skiljde sig åt beroende på hög eller låg poäng på RF-skattningen. I gruppen med låg mentalisering placerades deltagare med RF-poäng 1-2 och gruppen för hög mentalisering innehöll deltagarna med RF-poäng 7-8.

Statistiska beräkningar. Poängen på de olika måtten matades in i SPSS version 17.0 och därefter utfördes följande beräkningar: Pearsons korrelation för deltagarnas RF-poäng och deras poäng på skattning av allians och Pearsons korrelation för deltagarnas RF-poäng och intervjuarnas poäng på skattning av allians. En beräkning av differenspoäng mellan deltagarnas och intervjuarnas skattning på allians gjordes också och därefter genomfördes ytterligare en Pearsons korrelation för dessa differenspoäng och deltagarnas RF-poäng. Vidare undersöktes huruvida deltagarnas RF-poäng korrelerade med de frågor på deltagarversionen av alliansformuläret som korrelerade högst med hela skalan. Detta gjordes för att de olika frågorna i formuläret behandlar olika aspekter av allians. En Pearsons korrelation mellan deltagarnas och intervjuarnas alliansskattningspoäng genomfördes, och det

kontrollerades också genom Pearsons korrelation om variablerna ålder och kön samvarierade med poäng på mentaliseringsförmåga och deltagarnas alliansskattning.

Motivering av metodval och design

Vetenskapsteoretisk utgångspunkt. Denna studie har en positivistisk vetenskapsteoretisk utgångspunkt, med den ontologiska tanken att de fenomen denna studie vill undersöka objektivt existerar och med en epistemologisk inställning att objektiv kunskap om dessa går att nå. Dock handlar dessa fenomen om fungerandet hos människor, alltså subjekt, och vore omöjligt att studera utan dessa att ta hänsyn till subjektivitet då studieobjektet skulle försvinna. Författarna till denna uppsats nöjer sig här med metodologisk objektivitet; tanken att det med dessa metoder är möjligt att ta reda på verkligheten som den är utan att göra anspråk på egentlig ontologisk status, då detta inte är möjligt inom humanvetenskaperna (Christensen, 2004).

Design. Denna studie har en deskriptiv kvantitativ korrelationsdesign, med tillägg av en kvalitativ frågeställning. Studien gör inte anspråk på uttalanden om orsakssamband utan har som syfte att beskriva eventuella samband. I studien användes anknytningsintervjun och RF-skattning för att mäta mentaliseringsförmåga. Detta mått valdes då det är det mest vedertagna inom forskning kring mentalisering och är det mått som Fonagy och kollegor (1994) använder för att mäta det de avser med mentalisering enligt deras teori. Dock är det inte säkert att detta mått helt fångar det som menas med mentalisering enligt den teorin, vilket kommer att tas upp igen och problematiseras i diskussionsdelen. Författarna till denna uppsats gjorde dock valet att använda detta mått då det i nuläget tycks vara det bästa tillgängliga. Vidare användes självskattningsformulär för att mäta upplevd styrka av terapeutisk allians. Valet av formulär gjordes med hänsyn till annan forskning kring tidig allians, för att kunna göra denna studie mer jämförbar med närliggande forskning, samt med hänsyn till måttets reliabilitet och validitet.

Den kvalitativa delen lades till för att kunna fånga sådant som eventuellt inte mäts eller tas upp i formuläret men som av deltagarna eller intervjuarna efter intervjun kan upplevas relevant att lägga till angående kontakten. Detta är att ge deltagarna möjlighet till en egen röst och undviker att forskarna är de som bestämmer möjligheterna eller begränsningarna för hur deltagarna kan återge sin upplevelse. Detta handlar om att se deltagarna som subjekt istället för studieobjekt, vilket författarna anser viktigt. Att få reda på hur något ter sig innebär inte

endast att fråga om det utan också låta den andre beskriva fritt. På detta sätt undgås risken att missa något viktigt i undersökningen av fenomenen ifråga. Målet i denna studie är att komma så nära verkligheten som möjligt, och då är det fördelaktigt att det inte endast är forskarna som formulerar svaren och därmed möjligheterna till vilken kunskap som kan uppnås. Metodtriangulering där kvantitativ och kvalitativ metod kombineras anses fördelaktigt för detta. (Kjaer, 1995)

Resultat

Kvantitativa mått. I tabell 1 redovisas medelvärde och standardavvikelse för samtliga variabler inkluderade i studien. Värt att notera är att intervjupersonerna skattar signifikant högre än intervjuarna på allians, $t(48) = 2,88$, ($p = 0,006$). Ingen signifikant korrelation finns mellan alliansskattning hos intervjuarna och de intervjuade ($r = - 0,18$, $p = 0,38$). Inga skillnader erhöles i allians beträffande ålder ($r = 0,32$, $p = 0,11$) och kön ($r = 0,14$, $p = 0,50$). Skillnader fanns inte heller beträffande mentaliseringspoäng gällande ålder ($r = - 0,09$, $p = 0,68$) och kön ($r = - 0,24$, $p = 0,24$). Den anpassade versionen av HAQ-II visade på en hög intern konsistens och reliabilitet för både intervjupersoner ($\alpha = 0,84$) och intervjuare ($\alpha = 0,86$).

Tabell 1

Medelvärde och standardavvikelse för samtliga variabler

Testvariabel	Medelvärde	Standardavvikelse
Mentalisering, RF-poäng	4,04	2,19
HAQ-II, Intervjuperson	57,7	6,69
HAQ-II, Intervjuare	53,08	4,42
HAQ-II, Differenspoäng	4,62	8,87

För att se om det fanns något samband mellan intervjupersonernas mentaliseringsförmåga och någon av alliansvariablerna korrelerades de i SPSS 17.0 mot varandra med Pearsons bivariata

korrelationsmått (Tabell 2). Inget signifikant samband erhöles mellan mentaliseringsförmåga och intervjupersonens skattade allians, inte heller mellan mentaliseringsförmåga och intervjuarens skattade allians eller mellan mentaliseringsförmåga och differenspoäng.

Tabell 2

Bivariata korrelationer mellan mentalisering, alliansmått och differenspoäng

Mätinstrument	Mentalisering	
	<i>r</i>	<i>p</i>
HAq-II, Intervjuperson	- 0,23	0,28
HAA-II, Intervjuare	- 0,15	0,46
HAq-II, Differens	- 0,09	0,66

Vidare undersöktes samband mellan mentaliseringsförmåga och vissa frågor i formuläret. De tre frågor som bidrog till högst intern konsistens på Cronbach's alpha för intervjupersonerna plockades ut för att vidare korreleras med mentalisering. Dessa var F1 ($r = 0,64$), F2 ($r = 0,65$) och F10 ($r = 0,59$). I tabell 3 redovisas resultatet som innehöll en relativt stark negativ signifikant korrelation mellan mentaliseringsförmåga och F1. F1 var utformad i formuläret på följande sätt: "Jag kände att jag kunde lita på intervjuaren".

Tabell 3

Bivariata korrelationer mellan mentalisering och olika frågor i alliansformuläret för intervjupersonerna

Mätinstrument	Mentalisering	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Fråga 1	- 0,49*	0,01
Fråga 2	0,08	0,70
Fråga 10	- 0,08	0,69

* $p < 0,05$ (tvåsvansad)

Kvalitativa mått. Generellt sett visade svaren på de kvalitativa frågorna i alliansformuläret att kontakten hade varit tillfredställande från de intervjuades sida. För att kunna utläsa huruvida det fanns eventuella svarskillnader beroende på mentaliseringsnivå urskildes extremvärden

från samplet. Avgränsningen för extremvärde sattes vid en standardavvikelse från medelvärdet på vardera sida av normalfördelningen. Denna avgränsning resulterade i en högmentaliserande grupp på 5 personer (RF nivå = 7-8) och en lågmentaliserande grupp på 9 personer (RF nivå = 1-2).

En noggrann genomgång av de kvalitativa svaren genomfördes och eventuella trender i svarssätt eftersöktes. Vad som kunde utläsas som mönster var att de lågmentaliserande i större utsträckning var självfokuserade i sitt sätt att svara på frågor angående alliansen och den högmentaliserande gruppen i sin tur var mer benägen att svara med fokus på samspel och ett inkluderande av motparten. Exempel från den lågmentaliserande gruppen kunde vara att de kände sig trygga, ansåg sig ha det svårt att komma ihåg delar av barndomen eller detaljer om deras egna förväntningar. Exempel från den högmentaliserande gruppen kunde istället vara att tempot intervjuaren och intervjupersonen emellan var bra eller att intervjuaren var trevlig. Den högmentaliserande gruppen tycktes även mer benägen att svara på ett mer eftertänksamt sätt med laborerande inslag. Ett flertal i den lågmentaliserande gruppen svarade med korta svar som: *"God kontakt"*. Här hade den högmentaliserande gruppen flera svar som motsvarade detta fast på ett utvecklande sätt: *"Avslappad stämning. Kändes öppen och gjorde det lätt för mig att prata. Förändrade frågorna så mycket det var möjligt för att binda ihop det jag redan sagt."* Slutligen verkade det som att den högmentaliserande gruppen i högre grad ansåg att vissa av frågorna gällande kontakten var svåra att svara på då de hade för lite information för att kunna ge ett rättvist svar: *"Intervjun var mer en monolog än en dialog"*. Eller: *"Svårt att säga om det uppstod en bra relation"*.

Gällande svarssätt hos intervjuarna på den kvalitativa delen kunde mönster i upplevelse av kontakten delvis utläsas. Även om kontakten generellt sett upplevdes som god kunde det iakttas att kontakten med lågmentaliserande deltagare i högre grad var lättsam och friktionsfri. Till exempel användes formuleringar såsom öppen, trevligt eller avslappat. *"Han verkade glad och trevlig, höll mycket ögonkontakt"*. I kontakt med den högmentaliserande gruppen upplevdes inte samma goda stämning i samma utsträckning: *"Okej kontakt men inte helt avslappnad, flöt inte på helt ohindrat"*. Ett annat exempel är: *"Jag kände inte att vi fick jättemycket kontakt.. Hon kändes lite stressad."* Viktigt att poängtera är att i denna grupp erhöles även erfarenheter av god emotionell kontakt: *"Kontakten var god med en ganska stark emotionell kontakt"*.

Diskussion

Resultatdiskussion

Av vad man kan se i resultatet finns inget tydligt samband mellan mentalisering och terapeutisk allians (se tabell 2). Hur detta kommer sig kan ha flera förklaringar beroende på vilket specifikt samband som är i fokus. Gällande relationen mellan mentalisering och skattad allians av intervjupersoner erhöles en negativ korrelation som dock ej var signifikant. Det finns två möjliga förklaringar till detta resultat. Troligast är att det negativa sambandet är en faktisk slump som lika gärna kunde varit riktad åt det positiva hållet. En annan förklaring är att korrelationen skulle förändras om antalet deltagare i studien hade varit fler. Vad som eventuellt indikerar detta är att signifikansen ligger på $p = 0,28$, vilket är moderat. En annan indikation är att en av frågorna i formuläret korrelerade starkt med grad av mentalisering, vilket vi kommer att redogöra för nedan.

Det fanns inte heller något signifikant samband mellan mentalisering och intervjuarens skattade allians eller differenspoäng. Dessa resultat var föga överraskande i relation till tidigare forskning. Flera studier visar att terapeuters skattade allians i en terapi inte alltid överensstämmer med klientens skattning, framför allt i tidigt skede (Castonguay et al, 2006). Terapeuternas skattningar har även lägre prediceringsvärde för behandlingsutfall. Orsaken till den skilda skattningen kan vara komplex med flera möjliga förklaringar vilket minskar den eventuella betydelsen av klientens specifika mentaliseringsförmåga i sammanhanget. Som exempel skulle terapeutens erfarenhet, prestationskrav eller egen mentaliseringsförmåga kunna spela in för dennes individuella skattning.

När alliansformuläret vidare delades upp i frågor utifrån reliabilitet och korrelerades med mentalisering erhöles ett starkt negativt signifikant samband med fråga 1 (se tabell 3). Denna fråga berör det känslomässiga och relationella band som uppstår mellan terapeut och patient (Bordin, 1979) och lyder som följande: *Jag kände att jag kunde lita på intervjuaren*. I relation till mentalisering är det ett intressant resultat som kan ha många förklaringar. Resultatet pekar på att personer med låg mentaliseringsförmåga i högre grad kände att de kunde lita på intervjuaren, och tvärtom. Av vad tidigare studier har visat har låg mentalisering ett negativt samband med allians (Staun et al, 2010; Lingardi et al, 2005) vilket talar emot detta resultat. En möjlig förklaring ligger i en aspekt av mentaliseringsteorin, nämligen dess laborerande och reflektiva sida. Att ha en god mentaliseringsförmåga innebär att kunna vara

flexibel i sitt sätt att tänka och förhålla sig till tillvaron som helhet, speciellt i förhållande till andra människor (Fonagy et al, 2004). Detta innefattar även icke rigida föreställningar om interpersonella fenomen och vad dessa har för bredare mening. Vad man kan tänka sig är att känslan att lita på någon eventuellt kan ha olika betydelser beroende på om man har hög mentaliseringsförmåga respektive låg. Stöd till denna hypotes är resultaten som erhöles ur den kvalitativa delen av studien. Mönster i svaren hos de högmentaliserande visade en större tendens att ifrågasätta relationen mellan intervjuare och intervjuperson. Att avgöra om man kan lita på någon på ett djupare plan kan kanske vara svårt utifrån en intervju då det i högre utsträckning är en utfrågning än ett socialt jämbördigt samspel. Själva upplevelsen av tillit kan däremot vara olika beroende på vem som skattar den. Detta skulle kunna förstås utifrån de mentaliseringsteoretiska begreppen *psykisk ekvivalens* och *teleologisk hållning*. Psykisk ekvivalens har att göra med att lågmentaliserande individers inre föreställningar, tankar och känslor som blir verklighet oberoende av yttre omständigheter. Teleologisk hållning bygger på en lågmentaliserande persons sätt att hantera konkreta bevis för att dra slutsatser (Rydén & Wallroth, 2008). Båda dessa begrepp beskrivs mer ingående i teoridelen. Genom psykisk ekvivalens är den egna känslan avgörande för vad som är verklighet. Om lågmentaliserande intervjupersoner ska svara på om de kunde lita på intervjuaren utgår de eventuellt från sig själva, utan att reflektera över intervjuarens intentioner, tankar och mentala tillstånd. En högmentaliserande tar här större hänsyn till begreppets interpersonella egenskaper och vilken relation som verkligen uppstod. Här kan även den teleologiska hållningen spela en roll. Där lågmentaliserande drar eventuellt slutsatser utifrån konkreta bevis, så som stämning, intervjuarens direkta sätt att vara, intervjuens utformning osv, medan högmentaliserande kanske istället problematiserar vad det är att lita på någon och att det krävs mer information i relation till intervjuaren och dess person. En hypotes utifrån dessa begrepp är trolig då framför allt det kvalitativa resultatet lutar åt ett större laborerande i svarssätt och ett övervägande relationellt fokus hos den högmentaliserande gruppen jämfört med den låga. Detta kan även ha påverkat intervjuarnas beskrivning av kontakten som delvis kunde upplevas mindre lättsam än med de lågmentaliserande.

Vad som mer specifikt skulle kunna förklara motsägande tidigare forskning gällande det positiva sambandet mellan hög allians och god mentalisering är att i denna studie skattades alliansen redan efter ett möte i en intervjusituation. Det skulle kunna vara så att allians och aspekten tillit i ett tidigt stadium, utifrån ovanstående resonemang, inte reflekteras över på samma sätt tidigt i en relation beroende på mentaliseringsnivå. När sedan rigida

föreställningar för lågmentalierande av att kunna lita på en motpart stöter på motgångar bidrar det till en större kontrast och brott i alliansen. Magnituden av brottet kan göra det svårare att skapa och upprätthålla alliansen genom terapin. Liknande mönster i form av idealisering kan ses i behandling av Borderline personlighetsstörning som i regel är en lågmentaliserande patientgrupp (Bateman & Fonagy, 2004). Dessa har ofta en skiftande inställning till sin behandlare, och övriga personer i sin omgivning, som antingen extremt idealiserande eller nedvärderande (Skodol et al, 2002). När den rigida föreställningen om terapeuten som genomgod motsägs på ett eller annat sätt skiftar patientens syn på denne till den totala motsatsen.

Kopplat till idealisering av en motpart kan även en annan förklaring vara möjlig för det signifikanta negativa sambandet mellan mentalisering och tillit. Mentaliseringsbegreppet har sin grund i utvecklingspsykologin med anknytning som teoribas. Här tänker man sig generellt att otrygg anknytning är starkt relaterat med låg mentaliseringsförmåga (Fonagy et al, 1998). Enligt anknytningsteorin läggs grunden för att kunna lita på andra personer tidigt i barndomen i relation med föräldrarna. Genom att föräldrarna bidrar med trygghet och värme blir världen inte lika hotfull och farlig (Bowlby, 1980). För en person med otrygg anknytning kan det vara svårt att bygga upp en bestående relation då rädslan för att inte kunna lita på motparten och bli övergiven kan bli överväldigande. Med utgångspunkt i denna teori kopplat till mentalisering verkar det initialt rimligt att upprättande av allians och tillit är svårare för en individ med lägre mentalisering. Ett annat sätt att se på det är däremot att vissa typer av otrygg anknytning bidrar till större behov av att finna och upprätta tillitsfulla relationer (Hazan & Shaver, 1994). En hypotes är att tidigt i en social situation kan viljan och önskan att uppleva tillit spela in i känslan av samhörighet och förståelse. På så sätt skapas även i tidigt skede en idealiserad bild av den relation som äger rum och en överskattning av tilliten manifesteras i alliansskattningen.

En sista hypotes, även den rörande otrygg anknytning är förenad med forskning som pekar på att denna grupp i större utsträckning anpassar sig till andra och försöker vara som de tror att andra önskar (Rusz, 2006). Utifrån detta kan det tänkas att dessa patienter mer frekvent underkastar sig terapeuten för att upprätthålla känslan av gott socialt samspel och samhörighet. Hypotesen här är att detta även förekommer i en intervjusituation och därmed även påverkar skattningen av tillit.

I den kvalitativa analysen av intervjuarnas beskrivningar av alliansen kunde det utläsas en tendens till att de upplevde en lättsammare stämning i kontakten med den

lågmentaliserande gruppen. I ovanstående resonemang antas låg mentalisering hänga samman med ett icke-laborerande, idealiserande, önskan om tillit och viljan att vara tillags. Dessa antaganden skulle även kunna förklara skillnader i intervjuarnas upplevelse beroende på deltagarnas mentaliseringsförmåga.

Vad som inte är troligt men ska nämnas är att det signifikanta sambandet även kan vara ett resultat av slumpen. I och med att ingen annan fråga i formuläret, som alla ska mäta samma företeelse, korrelerar med mentalisering kan det vara en försiktigt tänkbar förklaring. Sannolikheten för typ 1 fel är däremot låg då signifikansnivån ligger på 0,01.

Studiens begränsningar

Begreppen. Värt att fundera över är validiteten hos de begrepp som undersöks i studien. Begreppet terapeutisk allians är inte enhetligt definierat i tidigare forskning och begreppet mentalisering omfattar flera mentala funktioner som anses höra samman. Angående mentaliseringsförmågan går åsikterna isär kring huruvida begreppet ska behållas som det är eller om det bör delas upp i delförmågor för att underlätta förståelse och mätning (Choi-Khan & Gunderson, 2008). Begreppsvaliditeten blir lägre om det som mäts i olika studier är olika aspekter av begreppet så att de inte helt mäter det de utger sig för att mäta.

Metodologiska överväganden. Det kan diskuteras hur väl den modifierade version av HAq-II som används i denna studie mäter terapeutisk allians då vissa av frågorna plockats bort och formuleringen i vissa fall ändrats. Detta är även kopplat till huruvida den typ av kontakt som uppstår mellan intervjuare och deltagare kan ses som ett exempel på terapeutisk allians eller inte, då situationen skiljer sig i vissa avseenden. Dels är detta inte en behandlingssituation, eftersom deltagaren inte är hjälpsökande och inte presenterar ett problem. Det är även en strukturerad intervju som skiljer sig från ett terapeutiskt samtal eftersom intervjuaren är låst till de frågor och instruktioner som finns i intervjun. Angående extern validitet är det alltså inte säkert att det som undersöks i denna studie kan jämföras med begreppet tidig terapeutisk allians i annan psykoterapiforskning. Dock anser författarna att anknytningsintervjun har tillräckligt stora likheter med ett terapisaftal för att resultatet ska vara intressant i sammanhanget. Ytterligare ett problem är att intervjuarnas och deltagarnas skattning av alliansupplevelsen i formulären inte korrelerar. Detta kan tyda på äkta skillnader i upplevelser, men då två versioner använts kan det också vara så att de två formulären trots

liknade frågor inte mäter samma sak, vilket är ett metodologiskt problem då det kan bidra till den synbara tendensen att deltagarnas och intervjuarnas upplevelser skiljer sig åt.

Vidare har vi valt att använda RF-skalan som mått på mentaliseringsförmåga, vilken används inom stor del av forskningen på ämnet. Ett problem är huruvida detta mått innefattar hela innebörden av mentaliseringsförmåga. Vissa problem kan anas då annan forskning visat att personer med psykopatiska drag kan få hög poäng på RF-skalan trots att de anses vara en grupp som använder mentalisering på ett sätt som inte ger ett fungerande relaterande till andra människor (Rydén & Wallroth, 2008). Dessa personer beskrivs ha bristande förmåga för medkänsla i relation till andras lidande (Hare, 1991). Hög mentaliseringsförmåga, å andra sidan, bidrar enligt Fonagy och kollegor (2004) till att emotionellt kunna sätta sig in i andras känslor vilket eventuellt inte fångas upp i anknytningsintervjun.

Vad gäller den kvalitativa analysen har ingen vederlagd och utarbetad analysmetod använts. Efter noggrann genomläsning har teman sökts och därefter har generella tendenser bland dessa teman rapporterats. Det finns risk för att analysen kan ha påverkats av författarnas förförståelse, forskningsfrågor och egna tolkningsscheman. Denna del av analysen är endast deskriptiv och de eventuella tendenser som syns skulle behöva utforskas vidare och med andra metoder för att kunna uttala sig om egentliga samband. Studien gör inte anspråk på att kunna dra generella slutsatser utifrån denna information. I diskussion av resultat och implikationer kan det eventuellt framstå på detta sätt, men det som tas upp i dessa avsnitt är endast avsett som möjliga hypoteser.

Resultat. Ett annat problem med studien är att det är få deltagare vilket ger en lägre statistisk power. Detta gör det lättare att begå typ 2 fel då det är svårare att erhålla statistiskt signifikanta i samband, särskilt gällande trender eller svagare samband. En möjlig hypotes är att flera faktorer är med och spelar in för vilken upplevelse av allians som väcks hos intervjuare och deltagare i intervjusituationen, såsom situationella faktorer och egenskaper hos intervjuaren. Då kan det tänkas att ett samband mellan deltagarens mentaliseringsförmåga och upplevelsen av kontakten är relativt svagt och behöver en studie med stark power för att kunna bli en statistiskt signifikant korrelation. Dock har det i denna studie gjorts försök att kontrollera för eventuella hot mot den interna validiteten, såsom att kontrollera för andra faktorer. Det som kontrollerats för är eventuella samband mellan alliansskattning och ålder, kön samt svarsstil, men inga samband har visat sig. Vidare har fem olika intervjuare genomfört anknytningsintervjuerna och det är oklart hur likt de har betett sig under intervjun vad gäller att uppmuntra intervjupersonerna att reflektera, vilket eventuellt kan tänkas ha

inverkan på deltagarnas RF-poäng. Detta har inte kontrollerats för vilket är värt att poängtera då terapeuters egenskaper har visat sig viktiga i alliansskapande (Baldwin et al, 2007).

Forskarnas roll och studiens sammanhang. Inom det psykologiska forskningsfältet är det rådande paradigmet att kvantitativ metodik är det som används mest och anses ha störst vetenskapligt förklaringsvärde, vilket inte minst syns på vilken typ av forskning som publiceras. I denna studie har författarna gått in med perspektivet att både mentaliseringsförmåga och terapeutisk allians är användbara konstrukt som också är mätbara. Denna förförståelse avgör studiens upplägg och möjliga upptäckter. Det kan dock ifrågasättas hur lätt det är att mäta subjektiva upplevelser såsom känslan av allians, då olika personer kan lägga olika innebörd i de ord som används i formuläret, samt att personer har tendenser att skatta olika starkt även om de i princip skulle kunna ha samma upplevelse. Dock har författarna i denna studie valt att lägga till några frågor där deltagarna med egna ord får beskriva sin upplevelse, för att undvika att de begränsas i vad de kan rapportera om sin upplevelse. I tolkningen av den kvalitativa delen intar författarna en mer fenomenologisk hållning med syftet att beskriva vilka teman som tycks viktiga i upplevelsen av kontakten för individer med låg respektive hög mentaliseringsförmåga. Författarna är av åsikten att kvantitativ och kvalitativa analyser med fördel kan kombineras för att öka förståelsen för det som undersöks och de resultat som visar sig i studien.

Implikationer för teori och praktik

De uteblivna sambanden. Resultaten av de kvantitativa beräkningarna i denna studie ger inte stöd för att en persons mentaliseringsförmåga påverkar upplevelsen av tidig allians, varken för deltagaren eller för intervjuaren. Tidigare studier i behandlingskontext har visat på motsatsen (Staun et al, 2010; Lingardi et al, 2005). Skillnaden är däremot att denna studie inriktat sig på tidig allians medan tidigare forskning har undersökt samband mellan patientens mentaliseringsförmåga och terapeutisk allians under pågående terapi. En möjlig hypotes är att mentaliseringsförmågan spelar roll för alliansen först senare i en behandling när alliansbrott uppstått. Viktigt att tillägga är ifrågasättandet av om tidig allians i terapi verkligen är detsamma som tidig upplevelse av allians under intervjusituationen som skattas i denna studie.

Vidare förklarar tidigare teori att högre mentaliseringsförmåga gör det lättare att relatera till andra (Fonagy et al. 2004). I denna studie tycks detta inte ha stöd vad gäller alliansrelaterandet under genomförandet av anknytningsintervjun, då både deltagarnas och intervjuarnas skattningar av upplevelsen inte påverkats av deltagarnas mentaliseringsförmåga. Det kan tänkas att den upplevelse av allians som uppstår i anknytningsintervjun kan vara jämförbar med andra testningar eller intervjuer under psykologisk utredning, samt vid intagningsintervjuer inför terapi. Praktiska implikationer kan vara att personens mentaliseringsförmåga eventuellt inte är en viktig faktor för alliansskapandet under psykologisk utredning, utan att sådan kan utföras utan att behöva ta särskild hänsyn till mentaliseringsförmågan vad gäller skapandet av allians. Därmed inte sagt att det kan behövas ta hänsyn till allians som fenomen och andra faktorer som kan inverka på denna. Omvänt innebär det icke existerande sambandet mellan mentalisering och alliansskattning att graden av allians inte är en faktor som påverkar uppvisandet och mätningen av mentaliseringsförmåga. Detta kan annars vara problematiskt i korrelationsstudier då man inte kan uttala sig om riktning i orsakssamband. I praktiken är innebörden av resultatet positivt för psykologiska utredningar, då dessa inte tycks färgas av den allians som uppstår, åtminstone vad gäller mätning av mentaliseringsförmåga.

Mentalisering och tillit. Angående det signifikanta negativa sambandet mellan deltagarnas mentaliseringsförmåga och skattningen på påståendet ”Jag kände att jag kunde lita på intervjuaren” så passar det vid första anblicken inte samman med tidigare forskning som menar att högre mentaliseringsförmåga ger högre allians (Staun et al, 2010; Lingiard et al, 2005). Men om man tar hänsyn till kunskap om fungerandet vid Borderline personlighetsstörning blir detta resultat i linje med teori, då låg mentalisering kan medföra en idealiserande hållning tidigt i en relation som beskrivits tidigare i diskussionen. Vidare beskriver teorin att mentaliseringsförmågan och språket utvecklar sig tillsammans och att personer med högre mentaliseringsförmåga har större möjlighet att skilja ut och beskriva nyanser i sin upplevelse (Wallroth, 2010). Det kan alltså tänkas att personer med lägre mentalisering till en början har lättare att onyanserat dra slutsatsen att den andre är god och absolut pålitlig, exempelvis utifrån att den andre såg snäll ut och att det kändes bra att samtala. I praktiken innebär detta resultat att en person med låg mentaliseringsförmåga i början av en behandlingskontakt eventuellt litar på behandlaren på ett oreflekterat sätt, vilket kan bädda för senare besvikelse och alliansbrott. För behandlare kan det vara av vikt att känna till om mentaliseringsförmåga och ta hänsyn till detta i bemötandet av klienten, vare sig det rör sig om idealisering eller

tendens till icke-reflekterande förhållningsätt. Vidare kan det vara fördelaktigt att vara observant på om den hjälpsökande tycks idealisera starkt och vara uppmärksam på alliansbrott. Detta framförallt i relation till brusten tillit vilket denna studie indikerar som viktigt då det hos dessa personer kan finnas en längtan efter att kunna lita på en motpart. Det kan förmodligen också rekommenderas att under den tidiga idealiserande fasen förbereda patienten på att besvikelse och missförstånd med stor sannolikhet kommer att ske och på detta sätt hjälpa personen att verklighetsanpassa bilden av terapin samt förbereda för detta genom att poängtera vikten av att ta upp och prata om de alliansbrott som inträffar. Detta stöds också i viss tidigare forskning som anser att hantering av alliansbrott är det väsentliga för en god allians och lyckad terapi (Safran & Muran, 2000).

Kvalitativa analysen. Resultaten i den kvalitativa analysen av deltagarnas beskrivning av hur de upplevde kontakten är delvis i linje med tidigare teori. Tidigare teori menar att de med hög mentaliseringsförmåga reflekterar mer kring sin motpart och samspelet medan de med lägre mentaliseringsförmåga har ett större självfokus och inte reflekterar i samma omfattning kring motparten. I analysen tycks de med hög mentaliseringsförmåga se och fundera över situationen på ett mer komplext sätt och elaborera mer kring samspelet, medan de med låg mentalisering är mer fåordiga och onyanserade. Implikationerna för praktik kan vara att terapeuten i större grad behöver ta hänsyn till en lågmentaliserande persons sätt att se på relationen som uppstår. De kan ha ett större självfokus och eventuellt inte på samma intuitiva sätt se samspelet och behandlaren perspektiv såsom behandlaren förväntar sig. Behandlaren behöver då vara mer explicit med sitt eget perspektiv och försöka hjälpa klienten att utforska den egentliga relationen för att främja att mentalisering kommer till stånd.

Vidare tycks det finnas en tendens hos intervjuarna att uppleva kontakten med lågmentaliserande personer som mer lättsam. Implikationerna av detta är i enlighet med ovanstående rekommendationer angående idealisering att om en behandlingskontakt till en början upplevs väldigt lättsam av behandlaren kan det vara bra att fundera över samspelet, så att behandlaren inte oreflekterat låter sig dras med av den goda stämningen.

Framtida forskning

Denna studie har undersökt om det eventuellt finns något samband mellan mentaliseringsförmåga och terapeutisk allians i en intervjusituation. Inga tydliga samband syntes initialt i resultatet, efterhand hittades dock en stark signifikant korrelation mellan mentalisering och en av frågorna i alliansformuläret, samt vissa mönster i svarssätt i det kvalitativa måttet. Det finns en bred forskningsgrund för mentalisering och terapeutisk allians som separerade begrepp men få studier som undersöker dem tillsammans. Då ett par studier pekar på att låg mentaliseringsförmåga ger lägre allians (Staun et al, 2010; Lingardi et al, 2005) och vår studie indikerar ett motsägande resultat skulle det vara intressant att först och främst utföra en större studie med fler deltagare i en behandlingskontext.

Som tidigare redovisats är en nackdel med denna studie att den utförts i en intervjusituation där deltagarna inte söker behandling. Detta skapar eventuellt andra förutsättningar för vilken relation som uppstår mellan parterna. Om fler deltagare skulle ingå i studien och den utfördes tidigt i en behandling skulle man med större säkerhet kunna utreda vad sambandet har för betydelse i kliniska sammanhang, inte minst inom psykologisk testning innan terapi. Detta är motiverat då tidig god allians har visat sig ha ett positivt samband med utfallet (Horvath et al, 2011) och lägre frekvens av tidiga avhopp (Johansson & Eklund, 2006). Kopplat till detta skulle det vidare vara intressant att utforska rent konkret hur allians skapas beroende på förmåga till mentalisering. Resultatet i denna studie indikerar att en aspekt av tidig allians upplevs olika beroende av denna förmåga där lågmentaliserande i högre grad har skattat att de kunde lita på intervjuaren. Genom att fokusera på tidigt alliansbyggande, i både teorigenererande och hypotestestande studier, skulle en bredare förståelse av denna studies resultat kunna uppnås.

Vad som även skulle vara intressant att vidare utforska är huruvida terapeutens mentaliseringsförmåga kan spela in i upprättande av allians. Terapeutisk allians är ett samspel mellan två individer där båda är med och skapar den relation som upprättas (Castongay et al, 2006; DeRubeis et al, 2005; Horvath 2006). Vad man kan se i tidigare forskning är att terapeutfaktorer har en tydlig inverkan i hur alliansen utformas (Baldwin & Wampold, 2007). Mer specifikt är det till förmån om terapeuten är flexibel, ärlig, visar respekt, trovärdig, självsäker, varm, intresserad och öppen (Ackerman & Hilsenroth, 2003). Andra egenskaper är till exempel att kunna knyta an emotionellt och uttrycka empati och värme (Gilbert & Leahy, 2007), och skicklighet att hantera alliansbristningar (Safran & Muran, 2000). En tänkbarhet är

att mentaliseringsförmåga skulle vara en medierande faktor till somliga av ovanstående egenskaper vilket gör det desto mer angeläget att undersöka detta samband.

Vad som slutligen skulle vara till fördel att vidare utreda är begreppsvaliditeten av både terapeutisk allians och mentaliseringsförmåga. Terapeutisk allians är ett begrepp som inte har en gemensam definition (Horvath et al, 2011). Det finns varierande sätt att namnge relationen så som terapeutisk allians, hjälpande allians, arbetsallians och terapeutisk relation. Trots vissa starka gemensamma faktorer blir problemet med att inte ha en gemensam definition att det är svårt att avgöra vilka beståndsdelar som verkligen utgör terapeutisk allians och vilka som ska uteslutas. En mer gemensam avgränsning av detta begrepp skulle ge bättre förutsättningar för säkrare slutsatser.

Beträffande mentalisering har Fonagy et al (2004) etablerat en relativt tydlig gemensam definition. En nackdel i forskningssammanhang är däremot att den är väldigt bred. Den innefattar både implicita och explicita delar, själv och andra, tankar och känslor och dessutom en reflekterande aspekt vilket bidrar till en viss förvirring i vilken del av förmågan som spelar in i olika sammanhang och hur mycket. Vidare forskning skulle eventuellt kunna dela upp begreppet där olika delskalor kan användas för att kunna få ett bättre förklaringsvärde. Ett möjligt utfall kan bli att delarna inte visar sig vara separerbara, vilket för framtida forskning är värdefull information i sig.

Referenser

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003) A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Allen, J. G. (2006). Mentalizing in practice. I J. G. Allen & P. Fonagy (Red.), *Handbook of mentalization-based treatment* (ss. 3-30). Chichester: Wiley.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 842-852.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind?”. *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, UK, Oxford University Press.
- Bernbach, E. (2002). Reflective functioning and the therapeutic relationship: Understanding change in brief relational therapy. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. s. 4209.
- Bolm, T. (2010). What works for whom? Mentalization deficits and their treatment in various psychiatric disorders. *PDP Psychodynamische Psychotherapie: Forum der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie*, 9 (4), 205-215.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 16, 252-260.

- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. I A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Ed.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13–37). New York: Wiley.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. New York: Basic Books
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3), 271-279.
- Choi-Khan, L. W., & Gunderson, J.G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1127-1135.
- Christensen, G. (2004). *Psykologins vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for Borderline personality*. New York: Wiley.
- Connolly Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, 13, 59–76.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C., & Agras, S. W. (2005). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (2), 203-211.
- Constantino, M. J. Schwaiger, E. M., Smith, J. Z., DeGeorge, J., McBride, C., Ravitz, P., & Zuroff, D. C. (2010). Patient interpersonal impacts and the early therapeutic alliance in interpersonal therapy for depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 47 (3), 418-424.

- Crits-Christoph, P., Connolly Gibbons, M., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliances? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research, 16* (3), 268-281.
- Cullberg, J. (2003). *Dynamisk psykiatri*. Sverige: Natur & Kultur.
- De Bolle, M., Johnson, J. G., & De Fruyt, F. (2010). Patient and clinician perceptions of therapeutic alliance as predictors of improvement in depression. *Psychotherapy and Psychosomatics, 79* (6), 378-385.
- Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioral Cognitive Neuroscience Review, 3*, 71-100.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. A. (2005). conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12* (2), 174-183.
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-Related Self-Regulation and Its Relation to Children's Maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology, 6*, 495-525.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Fonagy, P. (2007). *Aknytningsteori och psykoanalys*. Stockholm: Liber AB.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Higgitt, A., & Target, M. (1994). Theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35*, 231-257.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality I: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psychoanalyses, 77*, 217-233.

- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective-functioning manual, version 5, for application to adult attachment interviews*. London: University College London.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality III: The persistence of dual psychic reality in Borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 853-874.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2004). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., & Target, M. (2007). The parent-infant dyad and the construction of the subject of self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3/4), 288-328.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of Borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21, 1355-1381.
- Freud, S. (1955). Psychotherapy of hysteria. I J. Strachey (Red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2, ss. 253-305). London: Hogarth Press. (Originalversion publicerad 1895)
- Gabbard, G. O., Horwitz, L., Frieswyk, S., & Allen, J. G. (1988). The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with Borderline patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36 (3), 697-727.
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1996). *Adult attachment interview*. Opublicerat manuscript, Univeristy of California at Berkeley. Tredje upplagan.
- Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Grebow, H. (2008). A Tale of Two Minds: Mentalization and Adult Analysis. *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 3, 16-33.

- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy checklist – revised manual*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Harris, P. L., de Rosnay, M., & Pons, F. (2005). Language and children's understanding of mental states. *Current Directions in Psychological Science*, *14*(2), 69-74.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, *5*(1), 1-22.
- Hersoug, A. G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Hoglend, P. (2002). Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *71* (1), 18–2.
- Hilsenroth, M. J., Menaker, J., Peters, E. J., & Pincus, A. L. (2007). Assessment of Borderline pathology using the Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales (IIP-C): A comparison of clinical samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *14* (5), 365-376.
- Horowitz, L. M., Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (2000). *IIP: Inventory of interpersonal problems. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients. I J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43* (3), 258-263.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48* (1), 9-16.

- Johansson, H. (2006). *Therapeutic alliance in general psychiatric care*. Opublicerad avhandling, Lunds universitet, Psykologiska institutionen, Lund.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout in psychiatric outpatient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (2), 140-147.
- Johansson, H., & Jansson, J. (2010) Therapeutic alliance and outcome in routine psychiatric out-patient treatment: Patient factors and outcome. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83 (2), 193-206.
- Jurist, E. L. (2010) Mentalizing Minds. *Psychoanalytic Inquiry*, 30, 289-300.
- Keller, S. M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2010). Understanding factors associated with early therapeutic alliance in PTSD treatment: Adherence, childhood sexual abuse history, and social support. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (6), 974-979.
- Kjaer Jensen, M. (1995). *Kvalitativa metoder för Samhälls- och Beteendevetare*. Lund: Studentlitteratur.
- Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press.
- Laranjo, J., Bernier, A., Meins, E., & Carlson, S. M. (2010). Early manifestations of children's theory of mind; The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment. *Infancy* 15(3), 300-323.
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1-2), 45-53.
- Luborsky, L., Barber, j. P., Siqueland, L., & Johnson, S. (1996). The revised Helping Alliance questionnaire (HAq-II): psychometric properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 260-271.

- Main, M., & Goldwyn, R. (1998). *Adult attachment scoring and classification system*.
 Opublicerat manuscript, Univeristy of California at Berkeley.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Counseling and Clinical Psychology, 68* (3), 438-450.
- Meins, E., Fernyhough, C., Weinwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E., & Tuckey, M. (2002). Maternal mind-mindedness and attachment security as predictors of theory of mind understanding. *Child Development, 73*(6), 1715-1726.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Krupnick, J. L., Egan, M. K., Simmens, S. J., & Sotsky, S. M. (2002). Treatment expectancies, patient alliance and outcome: further analyses from the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (4), 1051-1055.
- Mohaupt, H., Holgersen, H., Binder, P.-E., & Nielsen, G. H. (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.
- Perner, J., & Lang, B. (1999). Development of theory of mind and executive control. *Trends in Cognitive Sciences, 3*(9), 337-344.
- Philips, B., & Holmqvist, R. (2008). *Vad är verksamt i psykoterapi?* Stockholm: Liber.
- Piper, W. E., Azim, H. F., Joyce, A. S., & McCallum, M. (1991). Quality of object relations versus interpersonal functioning as predictors of therapeutic alliance and psychotherapy outcome. *Journal of Nervous & Mental Disease, 179* (7), 432-438.
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L. M., & Kordy, H. (2005). The relationship between interpersonal problems and the helping alliance. *Journal of Clinical Psychology, 61* (4), 415-429.

- Reis, B. F., & Brown, L. G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36 (2), 123-136.
- Ringel, S. (2011). Developing the capacity for reflective functioning through an intersubjective process. *Clinical Social Work Journal*, 39(1), 61-67.
- Ross, E. C., Polachek, D. L. L., & Ward, T. (2008). The therapeutic alliance: A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-680.
- Rusz, E. (2006). *Varför väljer jag alltid fel partner?* Prisma: Stockholm.
- Rydén, G., & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering: Att leka med verkligheten*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The Parents Capacity to Treat The Child as a Psychological Agent: Constructs, Measures and Implications for Developmental Psychopathology. *Social Development*, 17(3), 737-754.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B, Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The Borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51 (12), 936-950.
- Staun, L., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Taubner, S. (2010). Mentalization and chronic depression. *Psychotherapeut*, 55 (4), 299-305.
- Stenlund, G. (2002). *Psykodynamisk korttidsterapi. En intensivstudie av samspel, förändring och utfall*. Opublicerad avhandling, Lunds universitet, Psykologiska institutionen, Lund.

- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Subic-Wrana, C. (2011). Emotion regulation and mentalization in somatoform disorders. Emotion regulation and well-being. I I. Nykliček (Ed), A. Vingerhoets (Ed) & M. Zeelenberg (Ed), *Emotion regulation and well-being* (pp. 245-260). New York: Springer Science
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Leigh, D., & Borelli, J. (2010) Reflective functioning in mothers with drug use disorders: Implications for dyadic interactions with infants and toddlers. *Attachment & Human Development*, 12 (6), 567-585.
- Taubner, S., Wiswede, D., Nolte, T., & Roth, G. (2010). Mentalisierung und externalisierende Verhaltensstörungen in der Adoleszenz. *Psychotherapeut*, 55, 312-320.
- Wallroth, P. (2010). *Mentaliseringsboken*. Stockholm: Karneval förlag
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition* 13(1), 103-128.
- Zetsel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-376.

Bilaga 1.

Tillägg av kvalitativa frågor

Beskriv med egna ord hur du upplevde kontakten med intervjuaren.

Fanns det någonting som kunde varit annorlunda för att det skulle ha känts bättre? Vad i så fall?

Övriga kommentarer om intervjun?
