

# **En såret sjel i et såret legeme**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Fakultet for Helsefag**

**Master i Relasjonsbehandling med tema:  
Mentaliseringsbasert terapi for reduksjon av selvskading hos personer  
med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse**

**E-MREMAS Masteroppgave (30 studiepoeng)**

**Student**

**Kathrine Strandnæs**

**Veileder**

**Tove Tysland Kristoffersen**

**Dato**

**25.05.2018**

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING**

**E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:** 6

Våren 2018

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:**

Kathrine Strandnæs

**VEILEDER:**

Tove Tysland Kristoffersen

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

En såret sjel i et såret legeme

**Engelsk tittel:**

A wounded soul in a wounded body

**EMNEORD/STIKKORD:**

emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, mentalisering, mentaliseringsbasert terapi, selvskadning

**ANTALL SIDER:** 66, antall ord 19218

**STAVANGER 25. 05. 2018**

## **Forord**

En spennende, utfordrende, slitsom og lærerik prosess er nå over. Å skrive denne oppgaven har vært nyttig på mange plan og har utvidet min horisont. Selve tema mentalisering har hjulpet meg til å holde fokus når det har røynt på. Men også Børge, Kristin og gode venner har med kloke refleksjoner og innspill, varme, omsorg, humor og litt realitetsorientering hjulpet meg til å gjenopprette mentaliseringsevnen når den har vært på bristepunkt.

Tusen takk til venner og kollegaer for støtte og oppmuntring. Tusen takk til bibliotekar ved Universitet i Stavanger, Grethe Mortensen, for uvurderlig hjelp i litteratursøket.

Tusen takk til veileder Tove for nyttige innspill og til Inge for nyttige tilbakemeldinger. Ungdommen i huset har vært tålmodig med en til tider litt fraværende mor. Det samme har øvrig familie. Tusen takk til dere!

Sist, men ikke minst, vil jeg takke alle pasienter som gjennom årenes løp har delt sorg, smerte og glede med meg. Dere er sterke!

Stavanger, 25 mai, 2018.

Kathrine Strandnæs

# Innholdsfortegnelse

|   |    |
|---|----|
| <b>Forkortelser</b> .....                               | 7  |
| <b>Sammendrag</b> .....                                 | 8  |
| <b>Abstract</b> .....                                   | 9  |
| <b>1. Innledning</b> .....                              | 10 |
| 1.1. Selvskading uten suicidal intensjon .....          | 10 |
| 1.2 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse .....  | 11 |
| 1.3 Mentaliseringsbasert terapi .....                   | 12 |
| 1.4 For-forståelse.....                                 | 12 |
| 1.5 Tidligere forskning.....                            | 13 |
| 1.6 Studiens hensikt/formål.....                        | 14 |
| <b>2.0 Problemstilling</b> .....                        | 15 |
| 2.1 Avgrensning .....                                   | 15 |
| 2.2 Forskningsspørsmål.....                             | 15 |
| <b>3.0 Teoretisk fundament</b> .....                    | 16 |
| 3. 1 Selvskading. ....                                  | 16 |
| 3.1.1 Disponerende faktorer.....                        | 16 |
| 3.1.2 Selvskadingens funksjon.....                      | 17 |
| 3.2. Personlighetsutvikling.....                        | 18 |
| 3.2.1 Psykodynamisk teori.....                          | 18 |
| 3.2.2 Tilknytning.....                                  | 18 |
| 3.2.3 Tilknytningssystemet og emosjonene .....          | 19 |
| 3.2.4 Indre arbeidsmodeller og tilknytningmønstre ..... | 19 |
| 3.2.5 Hjernens utvikling og speilnevronene .....        | 20 |
| 3.3 Personlighetsforstyrrelse .....                     | 20 |
| 3.4 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse .....  | 21 |
| 3.4.1 overføring og projektiv identifikasjon .....      | 22 |

|   |           |
|---|-----------|
| 3.5 Mentalisering.....  | 23        |
| 3.5.1 Mentalisering .....   | 23        |
| 3.5.2 Kunsten å forstå .....                                      | 24        |
| 3.5.3 Strategier for håndtering av følelser .....                 | 24        |
| 3.5.4 Før-mentaliserende modus.....                               | 25        |
| 3.5.5 Før-mentaliserende modus og selvskading.....                | 26        |
| 3.6.1 Hovedfokus .....  | 27        |
| 3.6.2 Innhold i terapi.....                                       | 27        |
| 3.6.3 Terapeutens rolle.....                                      | 28        |
| 3.7.Mentaliseringsbasert terapi versus fellesfaktorer.....        | 28        |
| 3.8 Oppsummering .....  | 29        |
| <b>4.0 Metode.....</b>  | <b>29</b> |
| 4.1 Metodevalg.....   | 29        |
| 4.2 Datasøk og datakilder.....                                    | 30        |
| 4.2.1 Inklusjon-og eksklusjonskriterier .....                     | 31        |
| 4.3 Resultat av litteratursøk.....                                | 32        |
| 4.4 Metodisk kvalitet og tolkningsprosess .....                   | 34        |
| 4.5 Egen rolle som forsker .....                                  | 34        |
| 4.6 Metodiske overveielser .....                                  | 35        |
| 4.7 Forskningsetiske retningslinjer .....                         | 35        |
| <b>5.0. Presentasjon av de ulike studier .....</b>                | <b>35</b> |
| 5.1 Kort presentasjon av de aktuelle studier, med hovedfunn ..... | 36        |
| 5.2 Kvalitativ innholdsanalyse av artiklene .....                 | 39        |
| 5.2.1 Meningsbærende enheter .....                                | 39        |
| 5.2.2 Kondensering .....  | 40        |
| <b>6.0. Resultat .....</b>  | <b>40</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| 6.1 Forskernes vurdering av virkningsfulle faktorer i MBT for reduksjon av selvsykdom .....                              | 41        |
| 6.1.1 Fokus på mentalisering .....   | 41        |
| 6.1.2 Fokus på terapeutiske relasjon .....   | 42        |
| 6.1.3 Fokus på tilknytning .....   | 42        |
| 6.1.4 Den multimodale effekt .....   | 43        |
| 6.2. Deltakernes oppfatning av hva som har ført til reduksjon av selvsykdom under MBT. Opplevelse av indre endring ..... | 43        |
| 6.2.1 Utvidet perspektiv og refleksjon .....   | 43        |
| 6.2.2 Redusert selvhat grunnet økt forståelse .....  | 44        |
| 6.2.3 Tillit, til både terapeut og gruppe .....  | 45        |
| 6.2.4 Økt grad av selvkontroll .....   | 46        |
| <b>7.0 Diskusjon .....</b>   | <b>46</b> |
| 7.1 Forskeres vurdering av virkningsfulle faktorer i MBT for reduksjon av selvsykdom .....                               | 46        |
| 7.1.1 Fokus på mentalisering .....   | 46        |
| 7.1.2 Fokus på tilknytning og den terapeutiske relasjon .....  | 48        |
| 7.1.3 Multimodaliteten .....   | 50        |
| 7.2 Deltakeres oppfatning av hva som har ført til reduksjon av selvsykdom under MBT. Opplevelse av indre endring .....   | 51        |
| 7.2.1 Selvhatet og selvkontrollen .....  | 51        |
| 7.2.2 Tillit, et bærende element .....   | 52        |
| 7.2.3 Økt refleksjon .....   | 54        |
| 7.3 Refleksjoner over utvalgte studier .....   | 55        |
| 7.4 Forskningens reliabilitet og validitet .....   | 56        |
| 7.5 Metodiske refleksjoner .....   | 58        |
| 7.6 Kliniske implikasjoner .....   | 59        |
| 7.7 Behov for videre forskning .....   | 60        |

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| <b>8.0 Konklusjon .....</b>      | <b>60</b> |
| <b>9.0 Litteraturliste .....</b> | <b>62</b> |
| <b>Vedlegg 1.....</b>            | <b>65</b> |
| <b>Vedlegg 2.....</b>            | <b>66</b> |

## Forkortelser

BAI: Beck anxiety inventory. Bruker for å kartlegge symptomer på og alvorlighetsgrad, av angst

BDI: Beck depression inventory. Brukes for å kartlegge depressive symptomer og alvorlighetsgrad

EPICURE: engagement, processing, interpretation, critique, usefulness, relevance, ethics

GAF: global assessment of function

ICD 10: den internasjonale statistiske klassifikasjon av sykdommer og beslektede helseproblemer. Diagnosemanual

IPA: fortolkende fenomenologisk analyse

MBT: mentaliseringsbasert terapi

MBT-A: mentaliseringsbasert terapi-for ungdom.

SCM: structured clinical management for outpatient treatment of borderline personality disorder. en protokoll-drevet behandling, med blant annet problemorienterte psykoterapeutiske intervensjoner. Basert på retningslinjer for best klinisk praksis, med lik intensitet som MBT

TAU: treatment as usual- engelsk definisjon av en velorganisert psykoterapi



## Sammendrag

**Bakgrunn:** Selvskading er en utfordrende problematikk i behandling, og kan være en prediktor for senere suicid. Personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse bruker ofte selvskading som en måte å regulere smertefulle følelser på. De er dermed i faresonen for alvorlig skade.

Å mentalisere er å kunne se seg selv utenfra og andre innenfra, forstå, fortolke og reflektere over egne og andres følelser og handling. Svekket mentalisering kan medføre misforståelser. Selvskading kan bli resultatet av smertefulle følelser knyttet til misforståelser og mentaliseringsbrist. Personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er utsatt for mentaliseringsbrist grunnet et indre, utrygt selv. I nære relasjoner oppstår det ofte vansker i samhandling grunnet brist i mentalisering. Mentaliseringsbasert terapi har fokus på følelser og hvordan fremme mentalisering. Terapien består av individualterapi, gruppeterapi og psykoedukasjon. Hovedmål er økt mentaliseringsevne som medfører mer hensiktsmessig måte å løse problemer og vanskelige følelser på.

**Målsetting:** å finne ut hvordan mentaliseringsbasert terapi bidrar til reduksjon av selvskading

**Metode:** en systematisk kunnskapsoppsummering. Systematiske litteratursøk (primærsøk) i ulike medisinske databaser og sekundærsøk utført i perioden november 2017-februar 2018. Fem kvantitative og tre kvalitative studier ble inkludert

**Resultat:** det spesifikke fokus på mentalisering antas å ha effekt for reduksjon av selvskading. Samtidig må det foreligge tillit, både til terapeut og gruppe, dersom en skal våge åpne for alternative fortolkninger. En faktor synes å være avhengig av en annen.

**Konklusjon:** det anbefales mer kvalitativ forskning for økt innsikt i hva som er de mest virkningsfulle faktorer i mentaliseringsbasert terapi for reduksjon av selvskading.

## Abstract

**Background:** Self injurious behavior is a challenge in therapy and predictor of later suicid. Persons with borderline personality disorder often uses selfharm as a way of dealing with emotions that hurts, thus in danger of severe harm.

To mentalize is to «mind minds», to understand, interpret and reflect upon ones own and others feelings and actions. Misunderstandings may be a product of impaired mentalizing. Self- injurious behavior can be a result of painful emotions due to misunderstandings caused by impaired mentalization. People with borderline personality disorder are in danger for impaired mentalizing due to an unsecure attachment and an unsecure sense of self. In close relationships, difficulties arise due to impaired mentalization.

Mentalization based therapy focuses on feelings and how to improve mentalizationskills. The therapy consists of individual therapy, group therapy and psychoeducation. The main goal is improved mentalizing which contributes to a more adaptive way of dealing with problems and difficult emotions.

**Study objective:** in what ways does mentalization based therapy contributes to reduced self- harm?

**Method:** a systematic review. Systematic searches, performed in different medical databases, primary searches, and secondary searches were done between November 2017 and February 2018. Five quantitative and three qualitative studies were included.

**Result:** the specific fokus on mentalizing is assumed to have an effect on reduced self-harming. At the same time trust, to both individual therapist and group, has to be present to open up for different perspectives. One factor seems to be dependent on another.

**Conclusion:** more qualitative research is recommended for more insight into which factors in mentalization based therapy that contributes to reduced self- harm.

## 1. Innledning

I min jobb som psykiatrisk sykepleier på psykiatrisk poliklinikk har jeg sett at alvorlig selvskading er inngangsport til psykisk helsehjelp. Ofte viser det seg at selvskading er del av en dypere personlighetsproblematikk som inneholder mye følelsesmessig forvirring og psykisk smerte.

Trolig forekommer personlighetsforstyrrelse hos ca. 50% av de som søker behandling ved distriktpspsykiatriske sentre. Av disse har ca. 10 % emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, hvorav ca. 70% har rapportert selvskading uten suicidal intensjon (Urnes, 2009). Selvskading uten suicidal intensjon er betegnelsen på selvskading som blir utført uten at det foreligger et aktivt ønske om å dø (Urnes, 2009). Denne informasjon bør tas på alvor da dette impliserer mye lidelse for den det gjelder og omgivelsene rundt.

Studiet «Master i Relasjonsbehandling» er forankret i den psykodynamisk teori, som har fokus på hvordan relasjonelle erfaringer kan påvirke psykisk helse. Vonde relasjonelle erfaringer kan bidra til psykisk smerte og lidelse. Nye, gode relasjonelle erfaringer kan bidra til å reparere det som en gang gikk galt. Mentaliseringsbasert terapi kan gi økt forståelse for hva som skjer, til å erfare en selv og andre på nytt.

### 1.1. Selvskading uten suicidal intensjon

Å holde seg i livet er en sterk drift hos mennesket. Det finnes utallige historier om hva mennesket har tålt, og faktisk tåler. Alvorlig sykdom og skade, krig, overgrep og ellers vanskelige livsvilkår er faktorer som påvirker mental helse. Samtidig kan en se ukuelig livsvilje hos mennesker som går igjennom alvorlige hendelser. Derfor kan det virke selvmotsigende at flere mennesker har behov for å ty til selvskading, når andre slåss for å holde seg i livet. Disse ytterpunktene skaper mange følelser og heftig debatt, både i klinikk og samfunnet forøvrig.

I en studie fra 2016 blir det vist til at det internasjonalt er 17,2 % av ungdom, 14,4 % av unge voksne og 5,5 av voksne som skader seg selv (Calati & Courtet, 2016). Det vil si at forekomst av selvskading, med mye tilhørende psykisk og fysisk smerte, er høy. Å jobbe med forståelse av årsakene til selvskading, for slik å forhåpentligvis komme ut av

det, er et av viktige tema i terapi..

Min erfaring er at mennesker som selvskader, bærer på mye skam. De skammer seg over hvem de er, over sår og arr, over bekymring som blir påført familie og venner. Frustrasjon, sorg og sinne over seg selv medfører ofte nye runder med selvskading. I handlingsplan for «forebygging av selvskading og selvmord 2014.2017» vises til det til skriftlig veileder og konkrete tiltak som er iverksatt for å sette fokus på og forsøke å forebygge selvskading og selvmord(Helsedirektoratet, 2014). Et av disse tiltakene er LFSS, Landsforeningen forebygging av selvskade og selvmord, som fører aktiv opplysning og tilbyr chattetjenester via Facebook og anonym telefonisk kontakt. I april 2018 fikk regjeringen i oppdrag Storting å legge frem ny handlingsplan for forebygging og reduksjon av selvskading og selvmord ("Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging," 2018). Men tross ulike tiltak og større åpenhet, er forekomst av selvskading stor.

## 1.2 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Personer som har en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er preget av forhøyet impulsivitet, ustabilitet i mellommenneskelige relasjoner, selvbilde og affekter (Bateman & Fonagy, 2010). I følge diagnosemanualen ICD10, er emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (F60.6) bl.a. kjennetegnet av «en klar tendens til å handle impulsivt, uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende» (StatensHelsetilsyn, 1999). Det spesifiseres to typer: Impulsiv og borderline type. Ved sistnevnte forekommer det i tillegg til følelsesmessig ustabilitet, bl.a. et forstyrret selvbilde og kronisk tomhetsfølelse. Involvering i intense, ustabile forhold, selvskade og trusler om selvmord, kan være forbundet med frykt for å bli forlatt (StatensHelsetilsyn, 1999).

Personer som har en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse formidler ofte et stort lidelsestrykk. Både personer og pårørende uttrykker ofte et stort ønske om hjelp. God behandling som kan fasilitere bedring vil være viktig for å øke sjansen til et liv som kan være lettere å leve.

I Norge finnes det pr i dag ingen nasjonale retningslinjer for behandling av alvorlig personlighetsforstyrrelse. Helsebiblioteket viser til ulike retningslinjer fra bl.a. England og Danmark. (<http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/her-finner-du-retningslinjer-for-personlighetsforstyrrelser>).

### 1.3 Mentaliseringsbasert terapi

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) er en nyere psykodynamisk terapiform, utviklet av Anthony Bateman og Peter Fonagy. Teorien bygger på psykoanalytisk psykoterapi, evolusjonsteori, tilknytningsteori og nevrobiologi (Karterud, 2013).

Å mentalisere er evnen til å kunne «se seg selv utenfra, og andre innefra». Det er å kunne gi en fortolkning og forståelse av følelser og handling både hos seg selv og andre. Det er å kunne forsøke å sette seg inn i andres situasjon, samtidig som en prøver å forstå egne følelser, tanker og handlinger som oppstår i relasjon til nære andre (P Fonagy & Bateman, 2007; Karterud, 2017).

MBT er en behandlingsform der pasient og terapeut aktivt jobber med følelsesregulering og mentaliseringssvikt. Mentalisering er ikke konstant og fullt tilgjengelig til enhver tid. Mentalisering kan bl.a. minske/briste ved sinne og frykt. Hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er imidlertid denne evnen veldig sårbar for svekkelse, og spesielt i nære relasjoner. Noe som utløser de mange, intense og smertefulle følelser som oppstår

### 1.4 For-forståelse

Jeg har jobbet som sykepleier innenfor psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 18 år. I løpet av disse årene har jeg møtt mange personer som strever med selvskading, smertefulle følelser og ustabilitet i relasjoner. Det «stormer» både innvendig og utvendig. Pasientene blir slitne, pårørende likeså. For mange har disse vanskene blitt så dominerende og inngripende at diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er satt da dette beskriver intensiteten og vanskene for den det gjelder. Personer som har denne problematikk, kan fortelle om hjerteskjærende møter med helsevesenet når de trenger behandling for det som er en symptomatisk atferd. I egne møter med personer som har slitt med selvskading, er jeg blitt fortalt historier om neglisjering, syng uten bedøvelse, sanksjoner i form av inndragelse av goder på sengepost etc. Handlinger som ble utøvd i samsvar med det som da ble ansett som riktig behandling.

Ut fra erfaring som miljøterapeut og individualbehandler, er det å oppnå god, terapeutisk relasjon med pasient viktig for å fremme effektiv behandling. Samtidig er det ikke nok at relasjonen er god. God terapi er ikke bare å møte en interessert og omsorgsfull annen. Terapi skal bidra til økt forståelse av seg selv, eget reaksjonsmønster, hvorfor en handler som en gjør, refleksjon rundt hva en kan ønske seg annerledes og hvorfor. Min forståelse av psykisk lidelse er at den atferd pasient

utviser er funksjonell i den forstand at pasient har utviklet visse strategier for å håndtere psykisk smerte. Samtidig er disse strategier blitt livshemmende, sykdomsfremmende og i forbindelse med selvskading i enkelte tilfeller livstruende.

For meg gir psykodynamiske tenkning og forståelse mening i forståelsen av hvordan psykisk lidelse kan utvikle seg: Vi utvikler oss i relasjoner. Vår utvikling, hva vi føler og tenker om oss selv og andre, er blant annet påvirket av måten vi selv er møtt på (Helsedirektoratet, 2013). Psykodynamisk terapi foregår i ett tett samspill mellom terapeut og pasient, der fokus er å bli mer bevisst hvordan følelser og tanker er med på å prege våre liv. Å gjøre det ubevisste mer bevisst, å forstå meningen bak symptomer, er tema for terapi (Gabbard, 2016)

Emosjonell ustabilitet og selvskading har utfordret og engasjert meg. Den psykiske smerte som blir utvist og hva selvskading medfører av ulike psykiske, fysiske og psykososiale vansker, har gjort at jeg har engasjert meg i å søke kunnskap om hvordan kunne tilby god hjelp. Under nåværende utdanning ble jeg presentert for mentaliseringsbasert terapi. Nysgjerrighet og interesse for behandling ble vekket. Da avsluttende masteroppgave skulle gjennomføres, falt valget på å skrive om denne terapiform. Med fokus på selvskading ved emosjonell ustabilitet. Studien gav mulighet til fordypning i en terapi som kan gi økt forståelse for problematikk, og økt mulighet til å møte personer med disse vanskene på en bedre og mer målrettet måte.

### 1.5 Tidligere forskning

Det er forsket mye på forståelse av utvikling, mening med symptomer og hvilke terapier som kan fremme bedring ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. I en studie publisert i 2017, var det forsket på hva som hjelper ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse I følge studien har følgende terapier evidens for effekt: DBT, MBT, SFT, TFT, og STEPPS. Samtidig kan også mindre intensive former for terapi eller moderering av de nevnte terapier, ha effekt (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins, & Unruh, 2017).

I 2016, publiserte Calati og Courtet en studie om effekten av psykoterapi for å fremme reduksjon av selvskading og suicidalforsøk. Det ble ikke funnet påfallende forskjeller mellom de ulike terapier i ordinære oppfølgingsstudier (Calati & Courtet, 2016).

Denne studien har ikke som formål å søke innsikt i hvilken terapi som er den mest effektive når det gjelder emosjonell ustabilitet og selvskading. Den har heller ikke som mål å vurdere om MBT har effekt. Flere studier viser dette. Det vises til nedgang i

symptomer, bl.a. selvskading, og økt funksjonsnivå på ulike områder (Bateman & Fonagy, 2008; Cristea et al., 2017; Kvarstein et al., 2015; Rossouw & Fonagy, 2012). Mange ulike terapier ønsker å bidra til å fremme psykisk helse. Når en studerer hva som har vært virkningsfullt, blir det ofte referert til de såkalte fellesfaktorene. Disse inkluderer blant annet terapeutens evne til å opptre empatisk, pasientens forventning til behandling og kvalitet på den terapeutiske alliansen (Wampold, 2015) MBT vektlegger den terapeutiske relasjon stor verdi, der holdning og handling i stor grad gjenspeiler fellesfaktorene. I denne studien ble naturlig å trekke inn litt om dette.

## 1.6 Studiens hensikt/formål

Selvskading koster, både personlig og økonomisk, og det er viktig finne frem til effektive terapier som kan bidra til bedret behandlingsutfall.

Mentaliseringsbasert terapi kan vise til symptomreduksjon ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2008). Men er det mulig å finne ut hva som bidrar til reduksjon av selvskading?

Via en systematisk kunnskapsoppsummering forsøker denne studien å finne svar på hvorfor selvskading reduseres under og etter behandling med MBT. Studien tar for seg både kvantitativ og kvalitativ forskning.

Språk er makt. Å gjøre forskning tilgjengelig og interessant for flere, inkludert personer av helsetjenester, innebærer bl.a. å føre et språk som inviterer til interesse og engasjement. En del forskningslitteratur fører avansert språkbruk. Vanskelig språk kan medføre mindre interesse for forskning. En risikerer da at forskning blir vedtatte sannheter, som kanskje ikke alltid stemmer overens med opplevd virkelighet. Personer av helsetjenester er grunnlaget for den forskning som her blir referert til. Forskere ytrer sine vurderinger og meninger basert på ulike funn. Med denne studien håper jeg å stimulere til interesse for tema hos både personer og fagfolk. At personer blir engasjert i forskning og de funn som blir fremlagt, kan bidra til økte diskusjoner. Slik kan en øke mulighet for felles forståelse av hva som virker i terapi.

## 2.0 Problemstilling

Følgende problemstilling ble definert ut fra det som var mål med studien:

Hvordan kan mentaliseringsbasert terapi bidra til reduksjon av selvskading hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse?

En systematisk kunnskapsoppsummering.

### 2.1 Avgrensning

Hovedfokus i denne studien er symptomet selvskading uten suicidal hensikt, hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

Mentaliseringsbasert terapi består av tre komponenter: Individualterapi og gruppeterapi og psykoedukasjon. Informasjon til pårørende anbefales (Karterud & Bateman, 2010). Studien har hovedvekt på det individualterapeutiske innhold i MBT. Teori om dynamiske gruppeprosesser blir ikke gjennomgått.

I studien blir ordet pasient lite brukt. Det er i stedet valgt å bruke «person». «Hun» er brukt der det er naturlig å bruke han -eller hunkjønnsform. Flere kvinner enn menn får diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og behandling innenfor psykisk helsevern. Mulig havner menn med denne type problematikk mer innenfor kriminalitet - og rusfeltet(Karterud, 2017; Nysæter & Nordahl, 2015)

### 2.2 Forskningsspørsmål

I denne studien var det nyttig å utforme forskningsspørsmål som gav tydelig retning og fokus for det som skulle studeres og utdypes:

- Hva er selvskading, og hvilken funksjon har den?
- Sett fra et mentaliseringsbasert perspektiv: Hvordan utvikles lidelsen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse
- Hva er mentaliseringsbasert terapi?
- Hvordan bidrar mentaliseringsbasert terapi til reduksjon av selvskading?



## 3.0 Teoretisk fundament

I det følgende blir disponerende faktorer ved selvskading og selvskadingens mulige funksjoner presentert. Deretter følger en kort sammenfatning av teori om utvikling av personlighet, basert på den psykodynamiske og utviklingsteoretiske forståelse. Diagnosen personlighetsforstyrrelse blir gjennomgått, før den mentaliseringsbaserte forståelse av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse blir presentert. Deretter blir hovedtrekk i teori om mentalisering og mentaliseringsbasert terapi presentert, før litt om fellesfaktorer i psykoterapi avslutter det teoretiske fundament denne studien bygger på.

### 3.1 Selvskading.

Selvskading kan medføre store omkostninger. Personlig i form av fysisk og psykisk skade (Nock, 2010), samfunnsmessig blant annet grunnet bruk av sykehustjenester og behandling. For å definere selvskading har Norge de senere år brukt begrepet «villet egenskade» fra det internasjonale sykdomsklassifikasjonssystemet ICD-10. Begrepet dekker selvskading, samtidig som handlingene deles inn i «med eller uten suicidal intensjon» (Mehlum, 2009). Ikke all selvskading er utøvd med ønske om å dø, selv om det i samfunnet, og også i klinikk, kan oppfattes slik.

Årsaker til selvskading kan være mange og sammensatte, fra klart tydelige til mer diffuse. Variantene av selvskading er mange og utfall varierer fra mindre til potensielt livstruende skader. Det finnes mange former for selvskading, både direkte og mer indirekte (Nock, 2010). Å innta gift, kutte, brenne eller stikke seg, er eksempler på direkte selvskading. Seksuell utagerende atferd, ikke spise, ikke behandle fysisk sykdom, kan være en mer indirekte måte å skade seg selv på. I det hele tatt er det mange ulike former for selvskading. Personlige preferanser og kultur kan også ha betydning for definering av denne type handlinger. Det kan være vanskelig å sette klare grenser mellom det som kan være skadelig atferd til å definere atferd som selvskading. Mulig må dette sees i et kontinuum (Nock, 2010).

#### 3.1.1 Disponerende faktorer

Selvskading er en problematikk og et symptom som er spesielt tilstede hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Symptomet inngår som et av flere diagnostiske kriterier for lidelsen (StatensHelsetilsyn, 1999)

Forskning fra ulike hold viser at følgende faktorer er forbundet med økt risiko for selvskading: Biologisk sårbarhet, affektiv kvalitet på tilknytningsbånd, tap av eller separasjon fra omsorgsgiver, omsorgssvikt, fysiske og seksuelle overgrep, svak affekttoleranse og affektregulering, svake verbale ferdigheter, psykiske lidelser, kulturelle forhold og samspille mellom disse faktorer. Personer som selvskader rapporterer også om forhøyet grad av selvkritikk og lav selvfølelse (Klonsky, Victor, & Saffer, 2014; Nock, 2010; Sommerfeldt & Skarderud, 2009).

Selvskading kan ha en avhengighetsskapende komponent ved seg. Endorfiner som blir utløst når kroppen skades, kan gi et slags velvære (Bateman & Fonagy, 2004). Flere personer rapporterer om en god følelse i det skaden er et faktum (Ryden & Wallroth, 2008). Det er ikke det samme som å ikke kjenne smerte når skade skal behandles. Mennesker som selvskader har ofte hatt vonde møter med helsevesenet både fysisk og psykisk i form av manglende smertelindring og forståelse.

### 3.1.2 Selvskadingens funksjon

Personer forteller ofte om sterke følelser og smertefulle indre opplevelser i forkant av selvskadingen. Selvskading kan gi en følelse av lettelse, ro og kontroll. Selvskadingen har da en selvregulerende funksjon for å mestre psykologisk smerte og uro på og gjenvinne følelsesmessig balanse. Selvskading kan skape mening, redusere suicidale impulser og fjerne uvirkelighetsfølelse samt dempe eller avbryte dissosiasjon.

Selvskading kan fungere som et signal om hjelp, men kan også ha en selv-straffende funksjon. Det er også beskrevet at selvskading blir brukt for å forhindre skade på andre (Edmondson, Brennan, & House, 2016; Klonsky et al., 2014; Sommerfeldt & Skarderud, 2009; Urnes, 2009).

Mentalisering handler om å forstå følelser, tanker og handling hos seg selv og andre (Karterud & Bateman, 2010). Miklowitz påpeker at ungdom som har vansker i mellom-menneskelig samhandling, blant annet grunnet vansker med mentalisering, har en forhøyet risiko for å utvikle depresjon. Selv-devaluerende tanker kan øke, med sosial tilbaketrekning som resultat. Selvskading kan da fylle to funksjoner: Distraksjon fra intens følelsesmessig smerte og kontakt med omverdenen (Miklowitz, 2012). Selv om Miklowitz her påpeker problemene hos ungdom, er det samme problematikk en ser hos unge voksne og voksne. Og da spesielt hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse.

### 3.2. Personlighetsutvikling

Alle mennesker har en personlighet, med ulike personlighetstrekk og temperament (Karterud, 2017). Noen er innadvendte, andre utadvendte, noen er engstelige, andre mer pågående. Noen er det vi gjerne kaller «lette til sinns», mens andre er mer grublende. Noen er impulsive, mens andre nøler. Noen trives best blant mange, andre trives mer blant få. Verden består av et konglomerat av personligheter, til glede og av og til besvær.

Arv, miljø og erfaringer preger vår utvikling.. Personligheten viser seg i måten vi er på, altså hvordan vi tenker, håndterer følelser og samhandler. (Karterud, 2017).

#### 3.2.1 Psykodynamisk teori

Psykodynamiske teorier om utvikling av personlighet, har utviklet seg fra Freuds psykoanalytiske driftsteori, til hvordan mennesket utvikler seg i samspill med det psykologiske og fysiske miljøet det vokser opp i. I psykodynamiske tenkning, er en opptatt av hvordan barndomsopplevelser, sammen med genetikk, former ens utvikling. Det blir lagt stor vekt på forholdet barnet har til sine omsorgspersoner og i hvilken grad disse klarer å gi det Winnicot kalte en «god nok» omsorg (good enough mothering) (Abrahamsen, 1997; Gabbard, 2016; Wennerberg, 2011)

Objekt-relasjonsteorien, ved bl.a FairBAIn og Winnicott, så mennesket som sosialt og relasjonssøkende. De antok at psykisk lidelse skyldtes mangler i den tidlige omsorgen og de tilpasningene barnet automatisk gjør for å bevare nødvendige bånd til omsorgspersonene. (Gabbard, 2016; Wennerberg, 2011)

#### 3.2.2 Tilknytning

John Bowlby (1907-1990), psykiater og psykoanalytiker, utviklet en tilknytningsteori, forankret i evolusjonen. Bowlby hevdet at det eksisterer et «primært relasjonelt motivasjonssystem» der barnet knytter et sterkt, følelsesmessig bånd til en primær omsorgsgiver» (Wennerberg, 2011). I tråd med det evolusjonsbiologiske perspektiv, hevdet Bowlby at systemet ikke er innlært men oppstått fra et biologisk tilknytningssystem. Systemet motiverer foreldre/omsorgspersoner til å ta vare på barnet. Ifølge evolusjonsbiologien og Bowlby er menneskets største frykt å være alene da det truer overlevelse (Wennerberg, 2011)

### 3.2.3 Tilknytningssystemet og emosjonene

Omsorgssystemet er basert på vårt primære, emosjonelle system. Det er ulike oppfatninger om hva som er de primære emosjoner. Denne studien forholder seg til Panksepps definisjon: «interesse og nysgjerrighet, sinne, frykt, seksuell lyst, omsorg, separasjonsangst og lek» (Karterud, 2013). Sinne, seksuell lyst og separasjonsangst blir ofte aktivert hos personer med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Karterud, 2017). Emosjonene er medfødt og legger grunnlaget for tilknytning. Men det er samspillet med tilknytnings/omsorgspersonene som vil prege videre tilknytning og tilknytningensmønster (Karterud, 2017) De ulike emosjonene aktiverer tilknytningssystemet. Gråt og latter, som er følelsesuttrykk av de primære emosjoner, stimulerer tilknytning og kan bidra til respons fra omsorgspersoner. Tilbakemeldingen kan bidra til at barnet blir kjent med og får regulert sitt emosjonelle system. Dette gir barnet mulighet til å gradvis utvikle sin egen selvregulering (Karterud, 2017; Wennerberg, 2011). For at barnet skal kunne oppleve trygghet, beskyttelse og etter hvert bli trygg «i seg selv», er det avhengig av at omsorgspersonene evner å kunne tenke om, reflektere over, barnets følelsetilstand og hva det trenger. Barnet er altså avhengig av omsorgspersonenes evne til mentalisering. En trygg relasjon, der barnet blir «tatt imot», speilet og regulert gir grunnlag for å utvikle en god mentalisering (Wennerberg, 2011).

### 3.2.4 Indre arbeidsmodeller og tilknytningensmønstre

Bowlby utviklet etter hvert begrepet «indre arbeidsmodeller» som består av mentale representasjoner av selvet og tilknytningenspersonen. Tilknytningenspersonen responderer på tilknytningensatferd, som gråt og latter, fra barnet. Responsene blir integrert som en del av barnets erfaring og fremtidige forventninger til andre. (Wennerberg, 2011). Også Karterud beskriver dette: «Det psykologiske selvet dannes gjennom å kjenne mentale tilstander», via en speilingsprosess mellom barnet og omsorgsgiver (Karterud, 2013). Dette fordrer at omsorgspersonen har evne til å reflektere over både egne og barnets indre opplevelser og via speiling «gi disse» tilbake til barnet i en «fordøyd» form. Slik øker den refleksive funksjon hos barnet og opplevelsen av det egne selv (Nordanger & Braarud, 2017; Wennerberg, 2011)

Barnet blir etter hvert i stand til å forstå at egen og andres atferd har sammenheng med indre, følelsesmessige tilstander og blir i stand til å reflektere over hva handlinger kan bety. Barnet vil etter hvert kunne skjelne mellom hva som er «seg» og hva som er

«den andre». Ved god omsorg vil barnet kunne utvikle en følelse av en indre trygghet som gjør det i stand til å regulere egne følelser og seg selv. Barnet vil også kunne stole på andre. Ved omsorgssvikt står barnet i fare for å måtte tilpasse seg omsorgsgiveren og står dermed i fare for å ikke utvikle et trygt, sant selv fordi det ikke blir kjent med egne følelser og hvordan regulere seg selv. Etter hvert er fire tilknytningsmønstre beskrevet: det trygge, det utrygge-unnvikende; utrygge-ambivalente og det disorganiserte mønster. Ved utrygg og disorganisert tilknytning er mentaliseringsevnen sårbar for brist (Gabbard, 2016; Wennerberg, 2011)

### 3.2.5 Hjernens utvikling og speilnevronene

Hjernen består av ulike nettverk og utvikler seg gjennom bruk og stimulering. Det vil si at nettverk som blir brukt utvikler seg, mens nettverk som blir lite eller ingenting brukt, stagnerer. De ulike nettverk og system danner det som kalles hjernens alarm- og reguleringssystem. Dersom trusler og stress er en del av hverdagen, vil alarmsystemet utvikle seg og hindre/hemme utvikling av reguleringssystemet. Følelser vil da bli styrende for atferd. Frykt grunnet separasjonsangst kan lett bli aktivert. Samtidig kan nye erfaringer over tid bidra til endret regulering. Økte gode relasjonelle erfaringer kan gi rom for ny utvikling, bedret reguleringssystem og et mindre sensitivt alarmsystem (Nordanger & Braarud, 2017; Steinkopf, Bræin, & Nordanger, 2017).

Speilnevroner, som er en del av hjernens nevrons system, spiller en viktig rolle for å kunne oppfatte og imitere atferd og intensjoner hos andre (Nordanger & Braarud, 2017). Evnen til å tolke seg selv og andre, utvikles på bakgrunn av tilknytning og speiling. Speilnevroner aktiveres når en observerer andres handlinger, og kan sette i gang både følelser og handling hos observatøren. Eksempelvis at man blir glad når andre er glade, eller trist når andre er triste (Nordanger & Braarud, 2017; Wormnes, 2013).

Omsorgsgiveren har mulighet til å kunne ta vare på barnet i samspillet.. Ved at omsorgspersoner anerkjenner barnet og speiler følelser på en markert måte som skiller barnet og omsorgspersonen, vil barnet etter hvert kunne bli i stand til å forstå seg selv, kunne skille mellom seg selv og andre og reflektere om andre (Wennerberg, 2011)

### 3.3 Personlighetsforstyrrelse

Barn er avhengige av trygge relasjonelle erfaringer for å utvikle evne til selvregulering. Manglende eller mangelfull reguleringsstøtte og ulike traumatiske opplevelser kan bidra

til at hjernen utvikler seg annerledes (Steinkopf et al., 2017). Tilknytningsmønstrene danner grunnlaget for utvikling av personlighet. Vi kan ha en mer eller mindre trygg eller utrygg tilknytning. Denne preger våre personlighetstrekk som igjen påvirker atferd, sosiale, mellom-menneskelige og interpersonlige forhold. «En personlighetsforstyrrelse er preget av mange mal-adaptive personlighetstrekk» (Karterud, 2017).

I ICD10 blir personlighetsforstyrrelse definert som « en alvorlig forstyrrelse av individets karaktermessige konstitusjon og atferdsmønstre, som vanligvis omfatter flere områder av personligheten, og nesten alltid forbundet med betydelige sosial og personlige problemer»

(StatensHelsetilsyn, 1999)

En diagnose er en beskrivelse av en sykdomstilstand. Den inneholder ulike, bestemte symptomer og stiller krav til varighet og intensitet (StatensHelsetilsyn, 1999). Å kategorisere psykisk smerte under diagnoser er det mange meninger om. Diagnosen personlighetsforstyrrelse er omstridt, ikke minst emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Lidelsen innehar mange negative assosiasjoner, både i samfunn og klinikk.

### 3.4 Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

Utvikling av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse skjer i et samspill mellom ulike faktorer. Arv, strukturelle forhold i hjernen, temperament, sårbarhet, omsorg fra tilknytningspersoner og traumatiske opplevelser kan i ulik grad spille inn på utvikling av lidelsen (Nelson et al., 2014; Urnes, 2009)

Mange som har utviklet lidelsen har opplevd alvorlige traumer, både fysisk, psykisk og seksuelle traumer. Men ikke alle som har en emosjonell ustabil

personlighetsforstyrrelse har en alvorlig traumbakgrunn. Og langt fra alle som har opplevd alvorlige traumer har utviklet en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Ryden & Wallroth, 2008). Det er uenighet om og vanskelig å konkludere med hvilke faktorer som er de mest sentrale i utvikling av lidelsen (Bateman & Fonagy, 2004) .

Personer med denne lidelsen er ingen homogen gruppe. I DSM-IV må man fylle 5 av 9 kriterier for å få en diagnose. Det medfører 256 mulige kriteriekombinasjoner (Ryden & Wallroth, 2008). I tillegg er det ofte stor grad av samtidige lidelser, ko-morbiditet, blant annet depresjon, rusmiddelbruk, angst og post-traumatisk stresslidelse. Det er en alvorlig lidelse som ofte medfører store psykososiale vansker og økt risiko for

selvskading (Miklowitz, 2012)

I følge Fonagy og Bateman, «grunnleggerne» av mentaliseringsbasert terapi, kan emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse sees på som en «disorder of mentalization» (Bateman & Fonagy, 2013). Teorien bygger på at personer som har en grunnleggende sårbarhet og/eller blir neglisjert av omsorgspersoner er spesielt utsatte og at utrygg tilknytning til omsorgspersonene påvirker mentaliseringsevne (Bateman & Fonagy, 2006) Teorien fremholder viktigheten av god, markert speiling for at barn skal kunne bearbeide, lære og bli kjent med egne følelser og hvordan nyttiggjøre seg følelser som signalsystem. Konsekvent mangel på adekvat speiling fra tilknytningspersoner, f.eks. via neglisjering, feilinnstilling av følelser, og løgn, kan gjøre at barnet får vansker med å stole på seg selv og andre. Og dermed få vansker med å regulere seg selv. I stedet for et trygt selv, dannes det et fremmed selv, med en utrygg tilknytningsstil. Hos en person med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse vil dette vise seg med følelsesmessig forvirring, et overaktivt tilknytningssystem med ustabilitet i relasjoner, og en samtidig intens frykt for å bli avvist og være alene (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud, 2013; Kennair & Hagen, 2014).

I samspill med personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse oppstår det ofte mange følelser. Dette har flere årsaker. En del kan forstås ut fra begrepene overføring/motoverføring og projektiv identifikasjon. Begrepene har sin opprinnelse fra psykoanalysen (Gabbard & Wilkinson, 1996; Karterud & Bateman, 2010)

#### 3.4.1 overføring og projektiv identifikasjon

Ved overføring vil «pasientens indre representasjoner av samspill med betydningsfulle andre (...) aktiveres og motiverer til gjentakelse i samspill med terapeut» (Kennair & Hagen, 2014, p. 75). I terapi kan terapeut «kjenne parring, misunnelse eller forakt for bestemte sider ved pasienten» (Kennair & Hagen, 2014, p. 81). Disse følelsene kan skyldes motoverføring, som er «terapeutens følelsesmessige reaksjoner i forhold til pasienten» (Karterud & Bateman, 2010, p. 121). I MBT er det et spesifikt fokus på følelser og følelsesregulering. Validering av overføringsreaksjoner, de følelser som oppstår i og mellom pasient og terapeut, har et særs viktig fokus i terapien (Bateman & Fonagy, 2004; Karterud & Bateman, 2010).

Projektiv identifikasjon er en ubevisst, psykologisk mekanisme som handler om å tillegge deler av en selv som en misliker eller hater, over på en annen (Karterud, 2017). Denne psykologiske mekanismen har fire formål: Forsvar, kommunikasjon, tilknytning

og en vei til psykologisk forandring etter at smertefulle følelser (eksempelvis hos pasient) er blitt bearbeidet hos en annen (terapeut) og gitt bearbeidet tilbake til «avsender (pasient)» Denne ubevisste måten å håndtere følelser på knyttes opp til det fremmede selvet, identitetsvanskene og problematikken med å romme følelser som sinne, frykt og også hat mot eget selv (P. Fonagy & Target, 2006; Gabbard & Wilkinson, 1996; Karterud, 2017)

### 3.5 Mentalisering

Vi tilpasser oss og utvikler oss i de samfunn vi lever i. Ønsker og behov er med på å styre vår atferd, samtidig som vi forsøker å samarbeide med andre. Men hvordan kan vi forstå andres ønsker og intensjoner?

«Intersubjektivitet handler om å regulere og forstå samhandling mellom to eller flere» (Karterud, 2017) Gjennom intersubjektivitet med andre utvikler vi evnen til refleksjon, som igjen har betydning for evnen til å mentalisere (Kennair & Hagen, 2014; Wennerberg, 2011)

#### 3.5.1 Mentalisering

Mentalisering foregår implisitt og eksplisitt, altså automatisk og mer reflektert. Vi kan stanse opp og tenke når vi reagerer på noe via følelse og handling (eksplisitt mentalisering), og vi kan reagere og handle på en følelse eller tanke, uten å legge merke til det (implisitt mentalisering). Videre er mentalisering orientert mot en selv og andre, og innehar en kognitiv og følelsesmessig dimensjon. Vi veksler mellom å forstå oss selv og andre, og i større eller mindre grad klarer vi å integrere tanker og følelser (Karterud & Bateman, 2010)

Å kunne vite nøyaktig hva andre tenker og føler eller hva som ligger bak en handling, vil en aldri kunne vite helt sikkert. Det kan være vanskelig nok å vite hva og hvorfor en selv tenker, føler og gjør som en gjør. Men ved å forsøke å mentalisere rundt det som skjer, både «innenfor en og utenfor en», vil en lettere kunne komme til en forståelse om hva som skjer, og slik kanskje unngå misforståelser (Karterud & Bateman, 2010). Slik kan mentalisering også ses på som menneskets «psykiske immunforsvar» (Wennerberg, 2011) Å kunne forstå hva som skjer, kunne bearbeide, unngå eller løse opp i misforståelser er viktig for å kunne forebygge lidelse som oppstår grunnet misforståelser og ha en god psykisk helse.



### 3.5.2 Kunsten å forstå

Mentaliseringsevnen er dynamisk, og svikt oppstår. Robust mentalisering kjennetegnes ved at en i stressfylte situasjoner kan mentalisere (tenke, reflektere), om det en opplever ut fra eget og andres synspunkt og opplevelse. Trygg tilknytning legger grunnlaget for robust mentalisering. Mentalisering hjelper oss til å handle mer veloverveid og hensiktsmessig ved sterke følelser (Kennair & Hagen, 2014). Eksempelvis kan en ved mistanke om at ektefelle lyver, invitere til samtale. En person med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse vil i stedet kunne komme med beskyldninger og kaste ham eller henne på dør uten anledning til å forklare seg. Frykten for svik er så sterk at den erfares som om en faktisk blir løyet til og sveket. I mellommenneskelige relasjoner reagerer ofte personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse umiddelbart på det som kan være en mulig avvisning. Dette kan forstås som et resultat av hypermentalising. Et hevet blikk eller et lite sukk, kan føre til at en opplever seg avvist og mistrodd. Det skjer altså en overtolkning av andres intensjoner, men med en manglende evne til å fortolke egne reaksjoner (Bateman & Fonagy, 2013; Ryden & Wallroth, 2008). Ulike strategier tas så i bruk for å regulere følelser som oppstår i samhandling med andre.

### 3.5.3 Strategier for håndtering av følelser

Alle har ubevisste strategier for å håndtere ulike følelser. I artikkelen «Mentalization based treatment» gjør Bateman og Fonagy rede for hvilke strategier som kan ligge bak markerte svingninger, følelsesmessige reaksjoner og impulsive handlinger en ofte ser hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Ved indre stress kan hyperaktiverende strategier tas i bruk. Dette viser seg ved at de knytter seg raskt og lett til andre. I terapi kan terapeuten bli idealisert. Når behov ikke blir møtt, kan strategiene skifte og en blir avvisende. Tegn kan være at pasient går fra timen, kommer med spydige bemerkninger eller oppleves «fiendtlige». Deaktiverende strategier, som emosjonell distanse, kan vise seg ved at pasient prater om vanskelige hendelser uten følelsesmessige reaksjoner. Strategiene varierer og de svingningene som ses og erfares skyldes vekslning av strategier (Bateman & Fonagy, 2013).

#### 3.5.4 Før-mentaliserende modus

Mentaliseringsevnen utvikles gradvis gjennom ulike stadier. Når mentalisering svikter, vil tidligere måter å tenke på, vise seg. Disse tidligere måter å tenke på, er en del av den mentale utvikling hos barnet, og viser hvordan barnet tar inn og forstår den psykiske «virkelighet» (Bateman & Fonagy, 2006)

Psykisk ekvivalens «viser til manglende symbolisering. Slik en *opplever* verden, altså indre virkelighet, slik *er* verden altså ytre virkelighet. De to virkelighetene er like, altså såkalt ekvivalente» (Kennair & Hagen, 2014, p. 114). Kjenner en seg nedfor, *vet* en at resten av verden forakter en. Kjenner en seg forlatt, så *er* en forlatt. Sms-en det ikke kom svar på, *er* et tegn på at en blir avvist. I denne tilstanden skiller en ikke mellom en selv og andre. Det en selv erfarer, det erfarer også andre. En klarer ikke å skille mellom ytre fysisk virkelighet og indre mental opplevelse, og heller ikke mellom egne og andre menneskers tanker og følelser (Wennerberg, 2011)

Pretend mode/forestillingsmodus, viser til forestillingsevnen, der en kan se noe som noe annet. Pinnen blir til pistol, sølekake blir til sjokoladecake. En kan nå skille mellom ytre virkelighet og indre opplevelser. Hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kan det bli vanskelig å se noe som noe annet. Det blir i stedet helt atskilt. I terapi kan en merke dette når pasient skal formidle traumatiske minner. Da er språket «koblet fra» følelser, erfaring og minner Følelsesmessige reaksjoner er (nærmest) fraværende. Det er en slags splittelse mellom indre og ytre tilstand, de er ikke integrert. Dette kan imidlertid være vanskelig å fange opp. Et tegn kan være at terapi pågår over år, uten at det skjer særlig endring (Kennair & Hagen, 2014; Wennerberg, 2011). Mulig er denne tilstanden, som beskriver en manglende integrering av følelser, også koblet til tomhetsfølelsen og de dissosiative tendenser flere personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse beskriver. I tomheten kan alt oppleves meningsløst (Ryden & Wallroth, 2008). Tomheten beskriver personer som noe ubehagelig de ikke får fatt på, som gjør dem forvirret og fortvilet.

Teleologi viser seg ved at ved at det må en fysisk handling til for å bli overbevist om noe. For å vise andre hvordan en har det, må det vises med konkret handling. Eller andre må vise via handling at de bryr seg. Fysiske handlinger blir språket (P. Fonagy & Target, 2006; Kennair & Hagen, 2014) Hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse kan dette vise seg ved at en kjæreste må vise med handling at han bryr seg, f.eks. komme tidligere fra jobb for å bevise sin kjærlighet. I terapi vil

tilbud om ekstra timer være beviset på at terapeuten bryr seg. Selvskading, rus, og bruk av vold kan være måten psykisk smerte blir uttrykt på dersom behov ikke blir møtt.

### 3.5.5 Før-mentaliserende modus og selvskading

Gjennom psykisk ekvivalens, pretend modus og teleologi oppnås etter hvert evnen til å reflektere over oss selv, andre og over hva som skjer i samhandling med andre. Grunnet indre utrygghet er personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse spesielt sårbare for å handle i før-mentaliserende modus når de opplever emosjonelt stress..

Dette skjer spesielt i situasjoner der de opplever eller frykter å bli avvist (P Fonagy & Bateman, 2007). Vedkommende som har det vanskelig, risikerer da å havne i en situasjon der hun avviser andre, selv om det hun egentlig trenger er bekreftelse og omsorg. Selvskading kan da bli en akutt løsning på problemet.

Ut fra mentaliseringsbasert terapi kan selvskading forstås ut fra både teleologi, pretend modus og psykisk ekvivalens (Bateman & Fonagy, 2006). Ved psykisk ekvivalens, kan selvhatet bli så intenst at den eneste måten å tone det ned på blir ved å skade seg.

Straffen blir en slags midlertidig lettelse fra hatet. Selvskading kan oppheve følelse av nummenhet og dissosiasjon som en kan erfare i det før-mentaliserende «pretend-mode».

Sinne og frustrasjon er ofte vanskelig å romme grunnet et manglende integrert selv.

Følelsene blir i stedet overført til en betydningsfull annen, som kan reagere på den projektive identifikasjon med forsvar eller avvisning. Dette blir uholdbart for pasienten da hun trenger noen som kan bære de vanskelige følelsene for henne. Frykten for «the alien self», de ikke-vedkjente sidene ved seg selv, er stor. En fysisk handling, som selvskading, kan bli resultat av følelser som ikke kan mentaliseres og integreres.

(Bateman & Fonagy, 2004; Ryden & Wallroth, 2008)

Den mentaliseringsbaserte forståelse av symptomene på emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse baserer seg på følgende:

Mentaliseringsevnen hemmes i tilkynningsrelasjoner og de før-mentaliserende måter å tenke på blir aktivert. For å få en følelse av indre sammenheng, projiseres egne ubehagelige følelser og tanker til en annen (Ryden & Wallroth, 2008, p. 215).

Samhandling med mindre betydningsfulle andre går ofte bra. Men når det emosjonelle system blir aktivert med nærstående personer, oppstår tendensen til å feiltolke den andres mentale tilstand (Karterud & Bateman, 2010, p. 17)

### 3.6.1 Hovedfokus

I følge den mentaliseringsbaserte teori bør hovedfokus i behandling være å stabilisere «selvet», og hjelpe pasienten til å opprettholde en «optimal grad av følelsesmessig aktivering» mellom pasient og terapeut. Slik kan pasienten etter hvert styrke sin evne til adekvat mentalisering og følelsesregulering i mellom-menneskelige relasjoner, og slik unngå å handle utfra pre-mentaliserende modus (Bateman & Fonagy, 2010; Bateman & Fonagy, 2013; Karterud, 2017). Fokus er på følelser. Overføringsreaksjoner mellom pasient og terapeut blir validert og søkt mentalisert ved å fokusere på det som skjer i samspillet mellom pasient og terapeut «her og nå»(Karterud & Bateman, 2010)

### 3.6.2 Innhold i terapi

Det er litt ulike varianter av hvordan mentaliseringsbasert terapi blir lagt opp. MBT kan drives som dagbehandlingstilbud for personer som lever i en kaotisk livssituasjon og som ikke fungerer verken i jobb eller familiesammenheng og har manglende struktur på hverdag. Intensiv poliklinisk behandling innbefatter både individualterapi og gruppeterapi med en varighet på 1.5-3 år (Ryden & Wallroth, 2008). Hovedmål og innhold er det samme i all behandling: Fokus på mentalisering, hvordan svikten kommer til uttrykk og hvilke utfordringer det skaper. I terapi er de grunnleggende intervensjoner å vise empati med pasient. En utforsker, klargjør og identifiserer følelser. Når pasient er klar, kan følelser utfordres. Forholdet mellom pasient og terapeut blir søkt mentalisert ved å fokusere på de følelser som oppstår i og mellom dem. Hele tiden er det fokus på å oppdage brudd i mentalisering, som viser seg ved psykisk ekvivalens, pretend eller teleologisk modus (Bateman & Fonagy, 2013; Karterud & Bateman, 2010)

På norsk foreligger det behandlingsmanualer for mentaliseringsbasert gruppeterapi, mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi, manual for mentaliseringsbasert terapi, versjon individualterapi (Karterud, 2012; Karterud & Bateman, 2010; Karterud & Bateman, 2011). Bateman og Fonagy skrevet flere artikler og bøker som omhandler både teori og terapi. Flere er referert til i denne studien.

I MBT blir det gjennomført personlighetsutredning. Personers mentaliseringsevne blir kartlagt ved hjelp av et mentaliseringsbasert relasjonsintervju (MRI) og en undersøker episoder der pasienten har opplevd mentaliseringssvikt. Det utarbeides, sammen med pasient, en mentaliseringsbasert dynamisk kasusformulering. Denne skrives i tredjeperson, for å forsøke å få pasienten til å kunne seg selv utenfra og med andres

øyne (Karterud & Bateman, 2010)

Selvskading skal tas på alvor. Det anbefales å undersøke hva som skjedde forut for selvskading, ut fra en interpersonell kontekst. Dette gjelder både i gruppe- og individualterapi (Bateman & Fonagy, 2004) I MBT er fokuset som nevnt spesifikt på mentalisering, hvordan den utvikles, utfordres og styrkes. Terapien har et spesifikt fokus på hvordan svikt skaper vansker i mellommenneskelige situasjoner og vektlegger både gruppeterapi og individualterapi som viktige komponenter i behandling. Psykoedukasjon kan gi pasienten, og pårørende, en teoretisk forståelse av vanskene og der mål blir tydelig. I individualterapi får pasient anledning til å sjekke ut detaljene i mentaliseringsprosessen. I gruppeterapi får hun anledning til å prøve ut mentaliseringsferdighetene med andre, som igjen kan ha overføringsverdi til samfunnet utenfor (Bateman & Fonagy, 2004).

### 3.6.3 Terapeutens rolle

I MBT vektlegges det at pasient og terapeut sammen forsøker å forstå pasienten, hvordan hun tolker seg selv og andre og hva dette medfører av følelser, tanke og handling. I terapi oppmuntres terapeut til å delta aktivt, empatisk, nysgjerrig og «ikke-vitende». Terapeuten spør «hva» i stedet for «hvorfor» og forsøker å åpne opp for felles undring (Daubney & Bateman, 2015). Ikke minst gjelder dette for å forstå bakgrunnen for selvskadingsepisoder.

Videre oppfordres terapeut til å:

- Kunne si noe om egen tanker og følelser som oppstår i aktuell situasjon med pasient
- Vise respekt for og legitimere ulike syn hos pasient og terapeut
- Vær klar på det som kan være vanskelig å forstå, spør
- Be om unnskyldning ved misforståelser
- Ha fokus på mentaliseringssvikt, både hos pasient og seg selv
- Roe ned dersom pasient ser ut til å miste kontroll (Bateman & Fonagy, 2013)

### 3.7. Mentaliseringsbasert terapi versus fellesfaktorer

Til tross for ulikheter, er det også tilsynelatende flere sammenfallende faktorer, såkalte fellesfaktorer, som kan forklare effekten av psykoterapi ved emosjonell ustabilitet. De fleste terapier har blant annet en tydelig struktur, et definert innhold og det foreligger et

klart fokus på den terapeutiske relasjon (Biskin & Paris, 2012). Bruce Wampolds forskning viser også til fellesfaktorer som empati, allianse, og forståelige forklaringer, og at disse kan betraktes som terapeutiske i seg selv (Wampold, 2015).

MBT har tydelig struktur, innhold og en aktiv, empatisk terapeut som skal legge vekt på den terapeutiske relasjon.

### 3.8 Oppsummering

Oppsummert kan selvskading forstås som et resultat av svikt i mentalisering. Personer som har en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse opplever ofte følelsesmessige vansker i nære relasjoner. Dette kan forklares med en usikker tilknytning, som bunner i negative, relasjonelle erfaringer med andre, da spesielt i forhold til omsorgspersonene, som av ulike grunner ikke har klart å gi barnet god nok reguleringsstøtte. Mangelfull regulering, i samspill med arv og fysiske eller mentale traumer, kan medføre at barnet ikke har hatt mulighet til å utvikle forståelsen av hva som skjer i nære, mellommenneskelige samspill. Tilknytningssystemet blir fort hyperaktivert, spesielt når det er «fare på ferde». Som når en frykter at en aktuell tilknytningsperson, for eksempel kjæreste eller god venninne, er i ferd med å forlate en.. Da «klapper» mentaliseringsevnen sammen, med påfølgende intens, smertefull, indre uro. Et voldsomt sinne, som i utgangspunktet skyldes frykt for å bli forlatt, kan bli resultatet. Da kan selvskading bli en mulig vei ut av de intense, smertefulle følelser.

## 4.0 Metode

I denne delen av oppgaven blir det redegjort for studiens valg av metode. Datakilder, databehandling, inklusjon- og eksklusjonskriterier blir presentert. Validitet og reliabilitet blir gjennomgått. Refleksjoner over egen rolle som forsker og etiske avveininger avslutter denne delen av oppgaven.

Studien følger for øvrig skriftlig veileder fra Universitet i Stavanger.

.

### 4.1 Metodevalg

Kvalitetskontroll og dokumentert effekt av behandling, er svært etterspurt i helsesektoren (Thornquist, 2003). I en tid der blant annet pakkeforløp for psykisk lidelse er på trappene, er det viktig å finne god dokumentasjon for de ulike behandlingsmetodene. For å kunne belyse hvordan MBT bidrar til reduksjon av selvskading hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, ble det i

denne oppgaven valgt å gjennomføre en litteraturstudie. I litteraturstudier gjøres det en systematisk kunnskapsoppsummering av teori og funn innenfor et visst felt (Friberg, 2006, p. 41). Via en induktiv tilnærming søker en å systematisere mønstre og erfaringer fra gjennomførte studier i forhold til aktuell problemstilling. Mønstre fra ulike studier kan sammenstilles og gi utvidet forståelse (Andersen, 2017; Thomassen, 2006).

I litteraturstudie gjør en bruk av primærstudier for å finne ut hva disse kan gi av kunnskap. En kan gjøre bruk av både kvalitativ og kvantitativ forskning, og en kan sammenstille resultat av disse. I denne studien måtte det undersøkes hvilke studier som er utført i forhold til MBT og selvskading, hvem som hadde utført studier, hvilken metode som var brukt, i hvilken skala studiene ble utført, om det var kvalitative eller kvantitative studier og hva som var intensjon med studiet (Friberg, 2006) Det vil altså si forskningsartiklenes gyldighet, holdbarhet og relevans (Dalland, 2012).

I studien er det gjort bruk av den hermeneutiske tilnærming i tolkningsprosessen, hvor mål er at tolkningen skal medføre utvidet kunnskap om det som studeres (Malterud, 2011). I denne studien tolkes innholdet i utvalgte forskningsartikler.

Det er viktig å tenke over at en som forsker også kan komme til å velge ut artikler som sammenfaller med egne erfaringer, meninger etc. Fenomenologien er opptatt av at menneskets bevissthet er intensjonal, rettet mot noe (Thornquist, 2003, p. 84). Uttrykket «spectacles behind the eyes» er fra filosofen Hanson og viser til at vår forforståelse-våre «briller» er mer enn noe vi bare kan legge bort (Thornquist, 2003, p. 65). Både teoretiske perspektiv og egen erfaring ville kunne være med å styre blick og mulig bias. Bias handler om den nærhet en har til det som skal studeres og om, eventuelt hvordan, denne nærhet hindrer/vanskeliggjør refleksivitet (Malterud, 2011) Dette var viktig å være oppmerksom på i artikkelsøk og utvelgelse. I følge Malterud, er bias «umulig å eliminere», og det er heller ikke målet. Ulikt ståsted og individuelle forskjeller kan bidra til ulik innsikt og forståelse for den forskning som blir gjort. Flere tolkninger kan gi utvidet perspektiv. Dette må imidlertid være forskeren være bevisst på.. Bias truer kritiske refleksjon dersom forskeren tror at hun ikke påvirker forskningen hun utfører (Malterud, 2011)

#### 4.2 Datasøk og datakilder

En presis problemstilling var viktig for å kunne gjennomføre et systematisert søk. PICO-modellen ble brukt for å definere problemstillingen tydelig og presis

("Helsebiblioteket," 2018). Se vedlegg 1.

Da problemstillingen var klar, var det viktig å finne en effektiv søkestrategi. Herunder hvilke søkeord en skulle bruke og hvilke databaser som skulle undersøkes. Her ble bibliotekar ved Universitet i Stavanger en veldig viktig samarbeidspartner.

I litteratursøk gjør en bruk av ulike databaser som inneholder publiserte studier. Det spesifiseres søkeord som skal avgrense søket til aktuell problemstilling.

Litteratursøk ble gjennomført i to omganger: 15.11.2017 og 29.01.2018 (hovedsøk), sammen med bibliotekar på Universitet I Stavanger. Følgende databaser ble undersøkt: PubMed, MEDLINE, EMBASE, CINAHL og PsychINFO,.

Følgende søkeord ble brukt: mentalization based treatment, borderline personality disorder, self-injurious behaviour, self-harm. I EMBASE ble borderline personality disorder definert som borderline state. Søkeordene ble kombinert med or og and.

Aktuelle artikler fra de ulike databaser, ble eksportert over til end-note. Her ble artiklene gruppert under navngitte grupper. Dette gjorde det lett å holde oversikt, også når videre utvelgelse skulle foretas. Da ble det laget navngitte undergrupper, igjen. Dette ble gjentatt helt til aktuelle studier for denne oppgaven var funnet. Via end-note ble duplikater fjernet.

#### 4.2.1 Inklusjon-og eksklusjonskriterier

Som i all forskning, må en også i litteraturstudier sette rammer og kriterier for det en ønsker å studere, hva en skal inkludere og ekskludere, hvordan og hvorfor (Friberg, 2006). Det er etter hvert mye forskning på mentaliseringsbasert terapi og det ble viktig å holde fokus på aktuell problemstilling.

#### **Inklusjonskriterier:**

- Fagfelle-vurderte studier
- Engelsk eller skandinavisk språk
- Empirisk dokumenterte studier
- Både kvalitative og kvantitative studier.
- Studier av mentaliseringsbasert terapi for emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor selvskading blir fokusert på
- Studier ikke eldre enn 10 år



- Studier gjort innenfor ungdomspopulasjon da selvskading ofte starter i ungdomstid og tegnene på emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse utvikler seg.

#### **Eksklusjonskriterier:**

- Studier eldre enn 10 år
- Studier som beskriver mentaliseringsbasert terapi for andre forstyrrelser enn emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse
- Studier som beskriver mentaliseringsbasert terapi for emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse med klare definerte komorbide tilstander
- Studier som ikke har fokus på selvskadingsproblematikk innenfor emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse

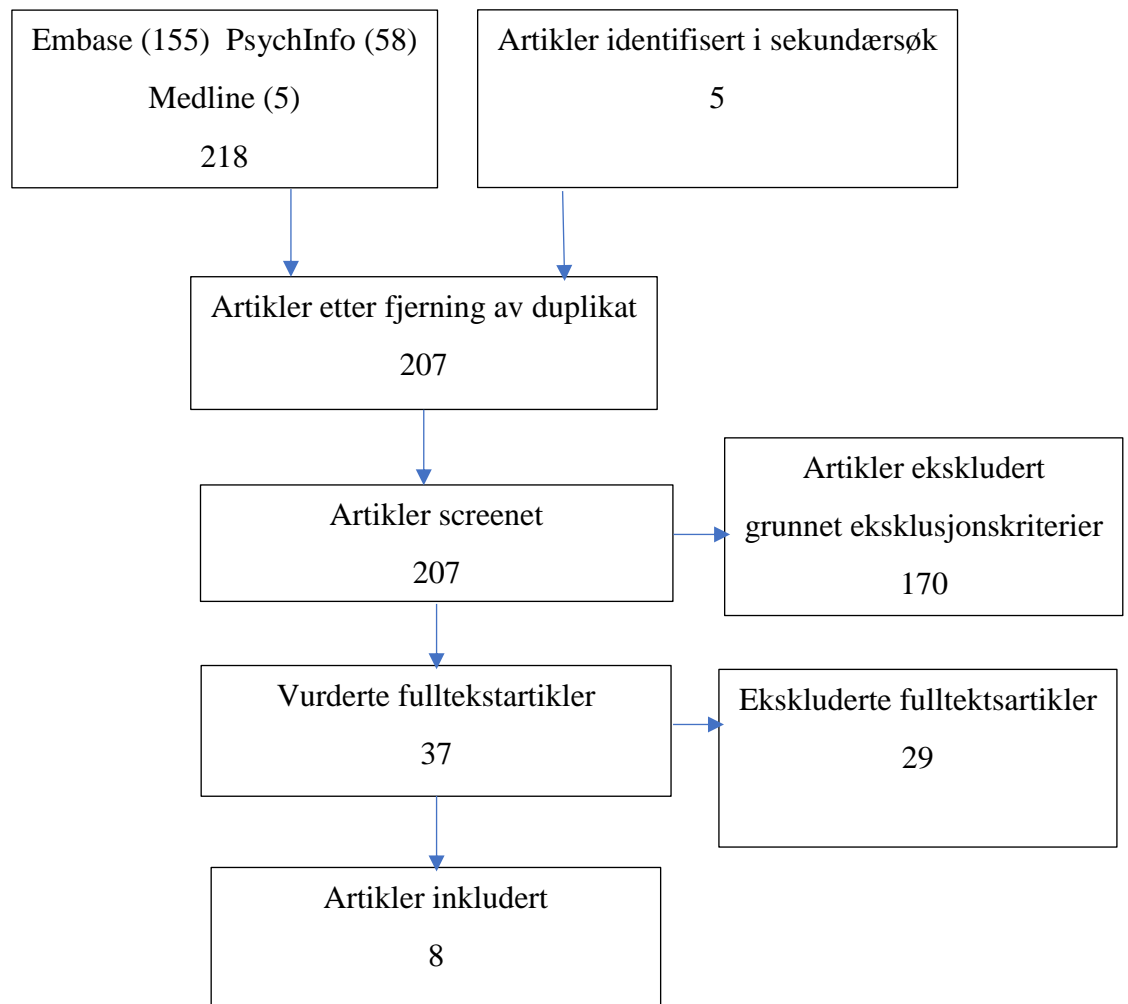
#### 4.3 Resultat av litteratursøk

Litteratursøket resulterte i 155 artikler fra EMBASE, 5 fra MEDLINE og 58 fra PsychINFO. En artikkel ble funnet i CINAHL. Den studien ble ekskludert grunnet manglende samsvar med inklusjonskriterier. Deretter ble så titler og sammendrag lest. Herfra fortsatte så inkludering og ekskludering. En del sammendrag var veldig tydelige og informative. Da var det forholdsvis lett å vite om studien skulle inkluderes eller ei. Noen var mer uklare i forhold til aktuell problemstilling. Det var da nødvendig med en mer grundig gjennomlesning.

I tillegg til primærsøk i databaser, ble det også gjennomført sekundærsøk. Dette for å kunne identifisere potensielle andre viktige studier som ikke ble funnet i det opprinnelige litteratursøket (Friberg, 2006). Referanselister i de ulike aktuelle forskningsartikler ble gjennomgått. Litteratur på hjemmesiden for «Institutt for Mentalisering», referanselister fra fagbøker og diverse forsknings- og fagartikler som omhandlet tema ble nøye vurdert. Gjennomgående ble ofte de samme studier referert til.

Resultatet av inkludering og ekskludering resulterte samlet sett i fem kvantitative og tre kvalitative studier som ble utgangspunkt for denne studie. Ingen av studiene hadde selvskading som hovedtema. Funn som omhandlet dette ble trukket ut.

Figur 1: Oversikt over antall inkluderte og ekskluderte studier



Totalt ble fem kvantitative og tre kvalitative studier valgt ut for denne forskning. I flere forskningsartikler om MBT er selvskading nevnt. Fulltekstartiklene som ble ekskludert, bar preg av lite utdyping av tema. Det var få kvalitative artikler som omfattet tema. En artikkel som omhandlet hva personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse anså som bedring, blant annet reduksjon i selvskading, ble ekskludert da denne ikke spesifikt handlet om MBT.

Akronymet EPICURE ble brukt som huskeliste når studier ble vurdert og evaluert. Ulike sjekklister, som Casp, Malteruds sjekklister for kvalitativ metode, Folkehelseinstituttets sjekklister fra «slik oppsummerer vi forskning», Fribergs granskningsfrågor vid kvantitative studier var alle gode hjelpemidler for analyse av artiklenes kvalitet ("CASP critical appraisal skills programme," ; Folkehelseinstituttet, 2014; Friberg, 2006; Malterud, 2017). Se vedlegg to for eksempel på vurdering.

#### 4.4 Metodisk kvalitet og tolkningsprosess

I en litteraturstudie er det viktig å være kritisk til den forskningslitteratur som blir gjennomgått og selektert. Når en tolker resultat av en undersøkelse, reflekterer en over og tolker dataenes meningsinnhold. Herunder er det viktig å vurdere reliabilitet og validitet. Reliabilitet omhandler pålitelighet av den forskning som er blitt utført. Kan man stole på det som er gjort? Hvor valid, gyldig, forskning er, handler om kartleggingsmetoder, tolkning av de funn og om disse kan overføres til andre sammenhenger. (Malterud, 2011; Thagaard, 2013). En kritisk refleksjon over reliabilitet og validitet i valgt forskning for denne studien blir videre utdypet i den senere diskusjonsdelen.

Egen forskning er søkt transparent i redegjørelsen av litteratursøk, teoretisk ståsted og for-forståelse. En del av artiklene på engelsk førte et forholdsvis avansert språk, og det var nødvendig å jobbe nøye med å sikre forståelsen.

#### 4.5 Egen rolle som forsker

I følge Gadamer kan en ikke fri seg helt fra egne fordommer og forståelse, heller ikke i forskerrollen (Thornquist, 2003). Egen forforståelse vil påvirke den tolkning som blir gjort. I hele mitt yrkesaktive liv har jeg jobbet innenfor psykisk helsevern. Det har vært mange møter med personer som har hatt det vanskelig, og som har fått diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Møter som har utfordret og påvirket meg, som jeg bærer på bevisst og ubevisst og som kan påvirke det syn jeg har på emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskading.

Begrepet mentaliseringssvikt har gitt mening til det som skjer når det stormer i og rundt pasient. Samtidig har det vært viktig å lese forskning med et kritisk blikk. Dette for å kunne observere både styrker og svakheter ved metoden når det kommer til reduksjon av selvskading.

#### 4.6 Metodiske overveielser

I forkant av studien ble ulike mulige alternativer for innhenting kunnskap vurdert. Intervju med personer som har gjennomført MBT og intervju med behandlere, kunne vært aktuelt. Personer kunne formidlet deres mening, behandlere kunne fått gitt uttrykk for sine observasjoner og erfaringer. Imidlertid var blant annet tidspress en faktor som vanskeliggjorde intervju. Spørreskjema med spesifikke spørsmål knyttet til hva som har vært virkningsfullt med MBT for reduksjon av selvskading, var ikke aktuelt innenfor denne studiens rammer. Langt mindre randomiserte studier som krever et stort apparat og bruk av tid.

Valget falt derfor på litteraturstudie for å undersøke hva som er utført av forskning som kunne gi svar på min problemstilling. Både kvalitative og kvantitative studier ble inkludert. Bruk av kvantitative studier kunne gi svar på i hvor stor grad selvskading ble redusert og forskeres vurderinger av hva som medførte denne. De kvalitative studiene gav innblikk i de subjektive erfaringene. Samlet kunne dette medføre en utvidet forståelse av det som ble studert (Andersen, 2017).

#### 4.7 Forskningsetiske retningslinjer

I denne oppgaven er det i stor grad gjort bruk av tidligere forskning på området. Dette medfører å behandle funn med respekt, og vise forståelse for arbeidet som ligger bak de ulike studier. Forskere, og ikke minst personer, skal takkes for deres innsats. De aktuelle studier som er utgangspunkt for denne forskning, gjør alle rede for hvordan etiske retningslinjer er ivaretatt.

Å forsøke å være tydelig på hva som er «mitt» og hva som er «andres» er en vesentlig del av denne studien. For å unngå plagiering har det vært nødvendig å systematisere, holde oversikt og ikke mikse ulike funn.

### 5.0. Presentasjon av de ulike studier

Her følger nå presentasjonen av de kvantitative og kvalitative studier denne kunnskapsoppsummering bygger på.

Et overordnet funn var at de kvantitative studiene kom med sannsynlige forklaringer på hvorfor mentaliseringsbasert terapi medfører reduksjon i selvskading mens de kvalitative studiene omhandlet subjektive erfaringer med MBT og hvordan MBT har påvirket reduksjon av selvskading

## 5.1 Kort presentasjon av de aktuelle studier, med hovedfunn

Tabell 5. 1. Oversikt over inkluderte kvantitative studier

| Nr<br>År  | Forfatter/<br>tittel   | Mål/<br>Forskningsspørsmål  | Metode   | Resultat  |
|-----------|--|---|--|---|
| 1<br>2009 | Bateman, A<br>Fonagy, P<br><br>Randomized controlled trial of outpatient mentalization based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder | Å teste hypotesen «vil personer som mottar MBT i større grad avstå fra paracuicidal atferd (selvskading og selvmordsforsøk) og kreve færre sykehusinnleggelse enn personer som mottar scm, i samme setting»<br>Behandling gitt utenfor sykehus, ikke av spesialisthelsetjeneste | 134 pas ble randomisert til enten MBT (71) eller scm (63). Måling av suicidalitet, selvskading og sykehusinnleggelse ble gjennomført hver 6 mnd. Målinger av subjektiv opplevelse av symptomer av bl.a SCL-90, BDI, IPC, GAF   | Reduksjon i selvskading knyttes til fokus på refleksjon over mentale tilstander hos en selv og andre, klart fokus i terapi, aktiv terapeut<br>MBT viste gjennomgående større forbedring enn SCM<br><br>(Bateman & Fonagy, 2009) |
| 2<br>2012 | Rossouw, T<br>Fonagy, P<br><br>Mentalization based treatment for self harm in adolescents: a randomized controlled trial   | Undersøke om mentaliseringsbasert behandling virket bedre enn TAU for å redusere selvskading, hos ungdom.   | 80 ungdommer i kontakt med helsevesen grunnet selvskading, 73 % innfridde kriterier for emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse<br>Randomisert til MBT-a eller TAU. 1 års behandling<br>Målinger av selvskading, risikoatferd og humør hver 3 mnd. fra behandlingsstart til behandlingsslutt.<br>Måling av tilknytningsstil, mentaliseringsevne og symptomer ved behandlingsstart og slutt. | MBT-A kan være effektiv behandling for reduksjon av selvskading. Endring i tilknytning og mentalisering synes å være virkningsfulle faktorer<br><br>(Rossouw & Fonagy, 2012)  |

| Nr<br>År      | Forfatter/<br>Tittel   | Mål/<br>Forskningsspørsmål  | Metode   | Resultat  |
|---------------|--|---|--|---|
| 3<br><br>2012 | Bales, et.al<br><br>Treatment outcome of 18-month day hospital mentalization based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands  | Har MBT også effekt hos personer med alvorlig og kompleks emosjonell ustabil pf med høy grad av ko-morboditet ved et MBT-uavhengig institutt?   | Prospektiv co-hort studie av 45 pasienter som deltok i en 18 mnd. MBT- behandling ved et dag-behandlingscenter. Målinger av ulike funksjoner og symptomer, inkludert selvsykdom og suicidalitet, og forbruk av h.tj hver 6 mnd. fra opptak til behandling og ved behandlingsslutt.   | Ingen klare funn av faktorer som reduserer selvsykdom. Stor forbedring på målte funksjoner og symptomer, inkludert selvsykdom. Årsak til bedring usikker, evne til mentalisering ikke målt. Lite drop-out, pas formidlet høyere grad av et integrert selv og selvkontroll. Som kan være et resultat av forhøyet mentaliseringsevne (Bales et al., 2012)   |
| 4<br><br>2014 | Jørgensen et al<br><br>Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning | Studiens hensikt: sammenligne utvikling hos personer med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse 18 mndr etter deltakelse i en 2 års kombinert intensiv MBT (gruppe- og individualterapi) vs. en 2 års mindre intensiv (hver 2.uke) støttende gruppeterapi. | En naturalistisk oppfølgingsstudie. 40 pas fra MBT og 18 fra gruppeterapi deltok. Pasienter svarte på ulike spørsmål fra ulike spørreskjema (F.eks SCL90, BAI, BDI) Resultat målt 18 mndr etter endt behandling.   | Ingen klare funn av faktorer som reduserer selvsykdom Begge grupper viste stor forbedring i symptomer, inkludert stor nedgang i selvsykdom. Forfatterne lurer på om effekt av MBT er mer knyttet til den enkelte terapeut og organisering av terapi, snarere enn de spesifikke teknikker (Jørgensen et al., 2014)   |
| 5<br><br>2015 | Kvarstein et. al.<br><br>Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with with borderline personality disorder-Does it make a difference?              | Er MBT effektiv for behandling av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse innenfor en norsk behandlingsinstitusjon?<br><br>Er MBT assosiert med økt behandlingseffekt sammenlignet med psykodynamisk behandling?   | En naturalistisk, longitudinell sammenlikning av behandlingseffekt for emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse før og etter overføring til MBT<br>345 pas behandlet i perioden 1993-2013. Før 2008 mottok 281 ordinær psykodynamisk behandling. Etter 2008 fikk pas MBT. Symptomtrykk, interpersonelle vansker og psykososial funksjon (GAF) ble målt jevnlig under hele behandling. Suicidalitet, selvsykdom, sykehusinnleggelser, | Ingen klare funn av faktorer som reduserer selvsykdom<br>Mindre drop-out ved MBT. Stor reduksjon i selvsykdom, suicidalitet, sykehusinnleggelser og medikasjon ved begge behandlinger. Forskerne antar at dynamisk kasusformulering, psykoedukasjon, mentaliseringsfokus og kombinasjon av individual -og gruppeterapi er de virkningsfulle faktorer. De vektlegger også en god terapeutisk relasjon.. Det påpekes at |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  | medikasjon og jobbstatus ble målt ved begynnelse og avslutning av behandling. Terapeuters kompetanse og etterlevelse av MBT ble evaluert | ingen har undersøkt de spesifikke, virkningsfulle faktorer ved MBT. (Kvarstein et al., 2015) |
|--|--|--|--|--|

Tabell 5.2 oversikt over inkluderte kvalitative studier

| Nr<br>År  | Forfatter/<br>Tittel   | Mål/<br>Forskningsspørsmål  | Metode   | Resultat   |
|-----------|--|---|--|--|
| 6<br>2016 | Dyson, Heather<br>Brown, Dora<br><br>The experience of mentalization-based treatment: an interpretative phenomenological study | Hva er erfaringene med MBT for personer som er diagnostisert med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse | 6 kvinner, fullført minimum 6 mndr MBT ved selve u.s. De var alle på ulike stadier i behandling. Deltakeren ble i fellesskap spurt 5 åpne spørsmål. Deres subjektive erfaringer og narrativer med MBT ble utforsket. | Ingen klare funn av faktorer som reduserer selvsykdom Mindre selvsykdom, økt sosial aktivitet, økt evne til å reflektere var resultat etter MBT. Samtidig følte flere at dette ikke var nok. At de ikke var kurert. Forfatterne selv stiller spørsmål med og er kritisk til diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Dyson & Brown, 2016) |
| 7<br>2016 | Johnson et. al.<br><br>Mentalizing after mentalization based treatment   | Å undersøke gapet mellom mentaliseringsferdigheter og sosial inkludering umiddelbart etter MBT.               | Induktiv tematisk analyse av både tidslinjer og lydopptak av gruppediskusjon. Deltakere: 3 pas som har gjennomgått MBT og en terapeut.   | Økt mentalisering førte til mindre selvsykdom og behov for selvsykdom. I gruppe fikk en utforsket antakelser. Å føle seg forstått av andre viktig. Større åpenhet for andre (Johnson, Mutti, Springham, & Xenophontes, 2016)   |
| 8<br>2017 | Lonergain et. al<br><br>Service users experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder         | Å utforske personers erfaring med mentaliseringsbasert terapi   | Fem kvinner og to menn, rekruttert fra tre NSH-trusts (National health service trust) i Storbritannia ble intervjuet om deres erfaring med MBT.  | Ingen klare funn av faktorer som reduserer selvsykdom Tillit viktig komponent i terapi. Gruppe utfordrende, men nyttig Viktige faktorer for endring: se en situasjon fra flere perspektiv, å utvikle en mer positiv holdning til seg selv og andre, akseptere følelser (Ó., Suzanne, & Rachael, 2017)  |

## 5.2 Kvalitativ innholdsanalyse av artiklene

Malteruds «systematisk tekstkondensering» ble brukt under analyse av artiklene. Et helhetlig bilde av innhold ble funnet ved å lese gjennom de ulike artiklene. Ut fra problemstilling, ble det søkt å finne ulike aktuelle tema. Artiklene hadde mange interessante funn, og det ble viktig å skille ut de som var aktuelle for denne studien. I denne prosess var det nyttig å se etter meningsbærende enheter, det vil si aktuelt materiale som kunne brukes for å belyse denne studiens problemstilling (Malterud, 2011).

### 5.2.1 Meningsbærende enheter

I artiklene var det flere gjentakende tema knyttet til aktuell problemstilling: gruppe, nedsatt selvskading, mentalisering, multimodalitet, redusert selvhat, tillit, terapeutisk relasjon, økt refleksjon, å føle seg forstått. Språkbruken i de kvantitative artikler bar på mange vis preg av et mer teknisk språk enn de kvalitative. I sistnevnte kom deltakernes stemme mer frem, med sine begrep for hvilke endringer som var funnet sted. I førstnevnte var språket mer preget av den teori MBT bygger på.

I alle inkluderte artikler ble gruppe nevnt. Multimodalitet, som her vil at terapien inneholder en kombinasjon av individualterapi, gruppeterapi og psykoedukasjon, blir omtalt i de kvantitative studiene. I de kvalitative ble de subjektive erfaringer med gruppe omtalt.

Nedsatt selvskading var selvsagt omtalt i alle studiene. I de kvantitative artiklene ble nedsatt selvskading presentert med tall og drøftet av forskerne. I artikkelen av Bales et al. (2012) ble det vist til reduksjon i symptomer og økt GAF. Det ble vist til at selvskading ble spurt om i semistrukturerte intervju. Det ble i alle artiklene drøftet hvordan økt GAF og symptomreduksjon, inkludert nedsatt selvskading, kunne forstås/hva i terapi som hadde effekt.

I de kvalitative artiklene var det beskrevet refleksjoner rundt nedsatt selvskading, hva som hadde bidratt til dette.

Begrepet mentalisering ble brukt i alle artiklene. I de kvalitative artiklene ble begrepet forklart i innledning, for deretter å bli brukt som en del av forklaring knyttet til effekt av terapi. I de kvalitative artiklene ble mentalisering også forklart i introduksjon. Hvor mye deltakerne selv brukte begrepet aktivt, varierte. I de kvalitative artikler var økt refleksjon, økt forståelse, økt innsikt mer brukt. Ord som kan forklare hva mentalisering medfører, men også innebærer.



Tillit, å føle seg forstått er ord som går igjen hos deltakerne. I de kvantitative artiklene blir terapeutisk relasjon omtalt som viktig. I artikkelen av Dyson og Brown kommer det mer frem flere kritiske betraktninger, blant annet om pasient-terapeut forholdet, knyttet til utsagn av personer.

## 5.2 2 Kondensering

Ut fra analysen i denne studien, kan det se ut som forskerne i de kvantitative studiene var opptatt av funn relatert til terapiprosessen i MBT, mens forskerne i de kvalitative studiene var opptatt av deltakernes opplevelser, erfaringer og resultat. Noe som også er fokus i kvalitative studier. I denne studien er funnene kondensert ned til to hovedtema: Forskernes vurdering av virkningsfulle faktorer i MBT for reduksjon av selvskading og

Deltakeres oppfatning av endring knyttet til selvskading og hva som har muliggjort denne endring.

Hovedtema er så delt inn i ulike undertema.

## 6.0. Resultat

I det følgende vil resultater fra studien presenteres. For å skape oversikt og struktur, ble funnene delt i to hovedkategorier:

Funn fra kvantitativ forskning. Heretter definert som: Forskeres vurdering av virkningsfulle faktorer i MBT for reduksjon av selvskading og

Funn fra kvalitativ forskning. Heretter definert som: Deltakeres oppfatning av hva som har ført til reduksjon av selvskading under MBT. Opplevelse av indre endring.

| Tabell 6.1 Oversikt over funn |  |   |
|-------------------------------|--|---|
| Kategori                      | Forskeres vurdering av virkningsfulle faktorer i MBT for reduksjon av selvskading          | Deltakeres oppfatning av hva som har ført til reduksjon av selvskading under MBT. Opplevelse av indre endring                                   |
| Funn i kategoriene            | Fokus på mentalisering<br>Terapeutisk relasjon<br>Fokus på tilknytning<br>Multimodaliteten | Utvidet perspektiv, refleksjon<br>Redusert selvhøytid grunnet økt forståelse<br>Tillit, til både terapeut og gruppe<br>Økt grad av selvkontroll |

I den påfølgende tekst vil studiene bli gjengitt med de tall som er gjeldende fra tabell 5.1 og 5.2: Dette er gjort for å få flyt i teksten. Studiene er grundig henvist til i tabell 5.1 og 5.2.

Eksempelvis viser studie 1 til Batemans og Fonagys studie: Randomized controlled trial of outpatient mentalization based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder.

Studie 6 viser til Dyson og Browns studie: The experience of mentalization-based treatment. An interpretative phenomenological study

### 6.1 Forskernes vurdering av virkningsfulle faktorer i MBT for reduksjon av selvskading

I de kvantitative studiene blir reduksjon av selvskading tallfestet. Denne reduksjon ble drøftet av forskerne under påfølgende vurderinger og konklusjon av funn.

#### 6.1.1 Fokus på mentalisering

I flere av de kvantitative studiene (1,2,3,5) blir det ofte referert til endring i mentalisering, fokus på mentalisering som hovedargument for å forstå reduksjon i blant annet selvskading. Både studie 1 og 2 presiserer at evnen til å reflektere over egen og andres sinnstilstand kan være en medvirkende faktor i reduksjon av selvskading. Studie 2 påpeker også reduksjon i depressive symptomer, og viser til at depresjon kan bidra til å utløse selvskading. I studie 2 var ikke alternativ behandling manualisert. I MBT-A ble det gitt ukentlige veiledninger til terapeutene av hovedforfatter Rossouw (Rossouw & Fonagy, 2012) .

Studie 3 påpeker at selvskading blant deltakerne ble drastisk redusert. I tillegg var «identitets-integrasjon» betydelig økt. Dvs. at deltakerne rapporterer om opplevelse av et mer samlet selv, som blant annet er et mer overordnet mål i MBT. Og assosiert med økt evne til mentalisering.

En studie (2) viser til måling av mentaliseringsevne. To studier (3,5) måler terapeutens etterlevelse av behandling. I studie 4 ble veiledning og undervisning basert på videoopptak, men etterlevelse ble ikke systematisk monitorert. I studie 3 vises det til det spesifikke fokus på mentalisering under behandling.

I studie 1, hvor deltakerne var randomisert til de ulike behandlingene, vises det til personlig bakgrunn for deltakerne i begge gruppene. En stor andel av deltakerne i MBT, ca. 50%, hadde opplevd tidlig relasjonelt tap. Over 50% hadde opplevd seksuelt misbruk. Over 30 % hadde opplevd fysisk misbruk og voldtekt. Tallene var noe høyere i

MBT-gruppen sammenlignet med SCM -gruppen. Det påpekes større reduksjon av selvskading ved MBT kontra SCM.

Alle studiene viser nedgang i selvskading, uavhengig av om etterlevelse og evne til mentalisering er målt. Antall personer i studiene er fra 40 og opp til 134. Flere av studiene bruker de samme skjema for måling av symptomer, og de statistiske analyser blir vist til og gjennomgått.

I studie 4 og 5 viser ikke MBT signifikant større effekt på selvskading sammenlignet med annen terapi, til tross for et spesifikt fokus på mentalisering. I studie 4 påpekes det at de to ulike behandlingene ble gitt av de samme terapeuter, ved den samme klinikk.

#### 6.1.2 Fokus på terapeutiske relasjon

Den terapeutiske relasjon blir spesielt omtalt i studie 5. Her blir det kommentert at drop-out fra terapi (pas møter ikke til/avslutter terapi) er forbundet med dårlig utfall (personer blir ikke bedre). Motsatt vil liten drop-out medføre bedring. I studien er nedsatt selvskading påvist, ved både MBT og tradisjonell psykodynamisk behandling. Til tross for mindre drop-out ved MBT. I MBT var det flere som selvskadet ved begynnelsen av terapi, deltakerne var yngre, men hadde likevel lengre erfaring med terapi. Forfatterne presiserer at etablering av en terapeutisk relasjon er «crucial», dvs. avgjørende for å hindre drop-out.

I studie 4 stiller forskerne spørsmål om det er kvaliteter med den enkelte terapeut og selve organiseringen av terapi som avgjør behandlingsutfall. Forskerne tenker seg at en fleksibel terapeut, som klarer å «tone seg inn» der pasient er, møte behov «her og nå», som klarer å variere strategi, er gunstig for personer som sliter med en desorganisert tilknytning. Samtidig viser denne studien en mer forhøyet GAF, dvs. forhøyet psykososialt funksjonsnivå, 18 mndr etter endt terapi, sammenlignet med deltakerne som mottok støttende gruppeterapi. Denne studien påpeker også at langvarig behandling, gitt av spesialister med god kompetanse på lidelsen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, mest sannsynlig vil ha et bra utfall.

I studiene vises det til ulik terapeutisk utdanning hos terapeuter.

#### 6.1.3 Fokus på tilknytning

I studie 1 knytter forskerne en nedsatt bruk av sykehus tjenester til mer effektiv håndtering av kriser, som igjen blir ytterligere forbedret av relasjon og tilknytning til terapeut. Forskerne antar at dette kan ha sammenheng med en proaktiv terapeut som bl.a. har et klart fokus på interaksjon med pasient. De hevder at terapeutene i de to

terapiene var på noenlunde samme nivå, med samme kompetanse, så dette skal ikke kunne forklare forskjellene i bedring. I studie 2 viser forskerne til at deltakerne rapporterte om mindre unngåelse av tilknytning, men fremdeles var angst for tilknytning tilstede. I studie 3 påpekes det at de beste behandlingsresultatene var knyttet til økt identitet-integrasjon og selvkontroll. De lurer på om dette kan være et indirekte bevis på økt evne til mentalisering.

I studie 5 påpeker forskerne at personer med emosjonell ustabil pf er spesielt sårbare for brudd i tilknytning og terapeutisk relasjon. Den tidligere behandling som ble gitt, var et såkalt step-down format som bl.a. innebar et 18-ukers dagbehandlingsprogram før pasientene ble tilbudt ukentlig langvarig gruppeterapi. I MBT er behandling konsistent, over tid.

#### 6.1.4 Den multimodale effekt

MBT inneholder i utgangspunktet både psykoedukasjon, individualterapi og gruppeterapi. I de ulike studiene er det forskjeller på hvordan terapi er lagt opp. Studie 5 er tydelig på at den følger anbefalt struktur. Studie 1,3 og 4 har noe ulik struktur, men alle innbefatter både gruppe -og individualterapi. Studie 2 var et 1-års behandlingsprogram med ukentlig individualterapi og månedlige familiebasert terapi med fokus på regulering av affekt og impulsivitet. I denne studien er ikke forskning på grupper tatt med. Litt om opplevelse av å gå i grupper blir likevel tatt med da de kvalitative studier beskriver hvordan dette har påvirket bedring. I alle studier blir det også fremhevet at MBT er multimodal, det er en del av den terapeutiske «pakken». Ingen av studiene har basert seg på individualterapi alene.

#### 6.2. Deltakernes oppfatning av hva som har ført til reduksjon av selvskading under MBT. Opplevelse av indre endring.

I studiene formidler deltakerne både erfaring og tanker om hva som har virket for å fremme reduksjon av selvskading. Men med et litt annet språk og innfallsvinkel enn i de kvantitative studiene.

Det er gjort bruk av sitat for å understreke funn. Når dette er å finne i sitat . (...), betyr det at det er tatt ut noe fra det opprinnelige sitat. Meningen er likevel fullstendig.

##### 6.2.1 Utvidet perspektiv og refleksjon

I de kvalitative studier blir det vist til en del sitat som omtaler hva personer som har gjennomgått MBT har erfart. I studie 7 blir følgende sitert: «*Who I was kept changing.*

*My moods changed with no explanation. You can't mentalize unless you can trust your own thoughts». Being unable to mentalize then made social contact more difficult, and so reinforced the self-soothing strategies . Deltakeren fremhever altså hvordan sosial kontakt ble vanskelig når en ikke kunne mentalisere. Savnet ble regulert på ulike måter (self-soothing strategies), blant annet ved selvskading. Her blir begrepet mentalisering brukt av bruker selv.*

I studie 8 fremkommer følgende: *Laura stated that she learned not to act during disagreements until overwhelming emotions passed as this allowed her to take on board the perspectives of others and thus perceive confrontations in a more balanced way. Not only did mentalizing in this way improve Laura's relationship with others, but also facilitated a reduction in suicidal thoughts and self harm»* Her viser deltaker at hun lærte å ikke agere umiddelbart og kunne ta andres perspektiv. Noe som i sin tur hjalp henne til å redusere selvskading. I studie 6 finner en følgende sitat: «it certainly slowed down my thoughts, and made me less impulsive and you know, I think about things more ...». Her fremkommer det at bruker reflekterer mer og er mindre impulsiv.

Studiene påpeker altså at økt evne til å stoppe opp, reflektere, har medført reduksjon av selvskading. Samtidig påpeker deltakerne at følelsene fremdeles kan storme, til tross for økt mentalisering: «I still feel like my emotions are hard to handle» (6). «and it's maybe keeping me out of hospital from overdosing (...) I still think something is missing» (8). Forfatterne beskriver at symptomer tilsynelatende ble redusert, men følelsene forble sterke.

I studie 7 blir det beskrevet et slags opplevd tap av tidligere måter å håndtere vansker på: «Mentalizing robbed me (...) You're used to dealing with things the way you have it was weird (...) not smashing things up or self-harming». Her beskrives at økt mentalisering ikke umiddelbart fordrer nye mestringsstrategier for følelsesmessig smerte og uro.

#### 6.2.2 Redusert selvhat grunnet økt forståelse

I studie 7 blir det beskrevet at deltakerne opplevde å se både dem selv og andre i et nytt lys. En deltaker viser til at han aksepterte intense følelser bedre. I studie 7 beskriver en deltaker følgende: «(...) other people can be wrong to». Deltakeren kunne før MBT skylde på seg selv for det meste. Nå kunne han se at også andre kunne gjøre feil. I det hele beskriver deltakerne i denne studien at de etter MBT kunne akseptere seg selv, mot

et tidligere hat mot eget selv

Å kunne teste ut antakelser, at «eget selv ikke er eneste referanse» (min oversettelse), å kunne tåle usikkerhet har medført bedring.

Studie 6 påpeker en noe annen vinkling. I studien blir det ofte referert til «the battle between bpd and me». I følge forskerne her har deltakerne inntatt en slags sykeliggjort holdning til seg selv der har noe galt som «må fikses». En sårhet over å ikke være kurent etter MBT er fremtredende. Studien fremhever også at deltakerne prater nedsettende om deres usikre tilknytningsstil.

### 6.2.3 Tillit, til både terapeut og gruppe

I studie 6 beskriver forskerne at deltakerne snakket «in glowing terms», nærmest idealiserende om deres individualterapeut. Samtidig kommenterer de noen av deltakernes opplevelser. «...it can't be be him (therapist) that's wrong. It cant't be his (therapist) behaviour that's wrong because I am the sick one...» Deltakeren her tenker altså at hun har feil, og at terapeut har rett. Forskerne lurer på om deltakerne med slike utsagn overfor seg selv påtar seg skam, forsterker tanken om at de er syke, at de må ha terapi. Forskerne stiller også spørsmål om terapeuter har behov for å medikalisere lidelsen, for å unngå at en selv «blir sett i kortene», stilt spørsmål ved. Deltakerne i denne studien formidler gruppe som både hjelpsom og utfordrende. Forskerne påpeker også at deltakerne synes å ha vansker å skille mellom et menneskelig ønske om å tilhøre andre, kontra «symptomet» frykt for å bli forlatt. Hva er «friskt», hva er «sykt»?

Studie 8 påpeker hvor viktig tillit var for deltakerne, både til terapeut og gruppe. Tillit til terapeut var mye lettere å oppnå enn tillit til gruppa. Også her opplevde forskerne tendens til at deltakerne idealiserte individualterapeut. De knytter individualterapi opp mot Bowlbys «trygge base» og lurer på om det kan oppleves slik for deltagerne. Og at utforskning foregår herfra. Deltakerne i denne studien var klare på at det var vanskelig å få tillit til gruppa, samtidig som de så nytten av det etter hvert. I gruppe kunne de etter hvert erfare at ikke «alle» ser på en som en dårlig person. Å føle seg forstått i gruppe, og få hjelp til å se en situasjon fra andre perspektiv, fikk etter hvert en overføringsverdi til samfunnet utenfor terapi. Det samme gjelder for studie 7 der deltakerne opplevde det som nyttig å teste ut antakelser i gruppe, og oppdage hvor feil antatte sannheter kunne være.

#### 6.2.4 Økt grad av selvkontroll

I studie 7 beskriver deltakerne at de ved å bli oppmerksomme på flere perspektiv, håndterte utfordringer med andre på en bedre måte. En deltaker beskriver at hun ble bevisst å spør seg selv om hun «hopper til konklusjoner». I studie 8 beskriver en deltaker at hun ble mer «rasjonell» når hun fikk hjelp til å oppdage flere perspektiv. En deltaker beskriver hvordan opplevd kritikk kunne bli mindre polarisert ved å utforske med gruppa.

I studie 6 beskriver den ene deltakeren økt selvkontroll som noe som også er utfordrende: «... Sometimes I feel worse than before doing MBT because I am sitting with the feelings instead of reacting to them in ways that would like numb them or like make them go away ...»

Her beskriver igjen en deltaker at mye av de smertefulle følelsene er der fremdeles, samtidig som hun ikke handler på dem på samme måte som tidligere. I samme studie beskriver en annen deltaker hvor godt det er å slippe selvskading.

## 7.0 Diskusjon

I den kommende diskusjon vil de ulike funn bli drøftet i lys av det teoretiske bakteppet for denne studien. Funnen ble delt i to kategorier: I de kvantitative studiene var ulike funn tallfestet og påfølgende diskusjon preget av teorien MBT bygger på. I de kvalitative studiene var det fokus på deltakeres erfaring med MBT og hvordan de opplevde endring. I diskusjonen som følger, blir funnene fortsatt delt i de to hovedkategoriene.

Det er viktig å diskutere om forskning er til å stole på og om den er overførbar. Derfor vil refleksjoner over utvalgte studier, reliabilitet, validitet, og metodevalg drøftes før kliniske implikasjoner avslutter diskusjonsdelen.

### 7.1 Forskeres vurdering av virkningsfulle faktorer i MBT for reduksjon av selvskading

#### 7.1.1 Fokus på mentalisering

I MBT er hovedfokus at terapeut skal hjelpe pasient å identifisere og stabilisere følelsesmessige reaksjoner ved å identifisere brudd i mentalisering. Både pasient og terapeut jobber aktivt med å oppdage mentaliseringssvikt. Både i tilknytning til tidligere hendelser, men også under samspillet mellom pasient og terapeut (Bateman & Fonagy,

2013) .

I flere av de kvantitative studiene blir det ofte referert til «endring i mentalisering, fokus på mentalisering» som hovedargument for å forstå reduksjon i blant annet selvskading. Svikt i mentalisering gjør det vanskelig å reflektere over hendelser i mellom-menneskelige sammenhenger. Faren for impulsive handlinger, som selvskading, er forhøyet grunnet følelsene som svinger (Karterud, 2017). Hvordan pasientenes evne til mentalisering ble undersøkt i forkant og etterkant av behandling er ikke tydelig beskrevet i studiene. Rossow og Fonagy (2012) er den eneste studien som er tydelig på at evne til mentalisering ble målt. Veiledning av terapeuter ble beskrevet i alle de kvantitative studier, men det var ulik praksis på måling av terapeuters etterlevelse av behandling. Dette kan være en utfordring dersom en skal «bevise» at terapeuter faktisk klarer å fange opp brudd i mentalisering, og at personers evne til mentalisering økes. I flere av de kvantitative studiene står forskerne bak utvikling og videreutvikling av MBT. I studier der terapeuter får opplæring og veiledning av slike nøkkelpersoner, kan det antas at etterlevelse av terapi er større enn i studier der det ikke har vært den samme tette kontakt. Samtidig kan en også stille spørsmål om mulig bias, om en «finner det en ser etter».

I individualterapi er det terapeutens oppgave å hjelpe pasienten til å mentalisere over det som skjer når selvskading oppstår. I individualterapi er det svært sjelden (hvis det skjer) at selvskading blir utført like foran øynene på terapeut. Dette må altså forstås retrospektivt. Med de implikasjoner det har for selve forståelse av hendelse. Samtidig er fokus hele tiden å aktivere pasientens mentalisering om det som skjedde. En leter ikke den «absolutte sannhet», men søker å utvide perspektiv og kunne se en situasjon fra ulike synspunkt.

Rossouw og Fonagy (2012) viser i sin studie, at behandling med MBT-A medførte økt evne til samhandling. Frykt for tilknytning ble redusert, og mentaliseringsevnen økte. Deres vurdering er at å fokusere på mentalisering hos ungdom kan være riktig intervensjon for de som selvskader. I puberteten skjer det store endringer. Og stort sett alle som har nær kontakt med ungdom, erfarer at mentalisering svikter. Følelser stormer, evnen til å tenke om/reflektere, ta andres perspektiv, er nedsatt. Impulsivitet er forhøyet. Dersom en da har et sårbart utgangspunkt, med en utrygg tilknytning, vil mest sannsynlig mentalisering være enda mer vanskelig (Bateman & Fonagy, 2013). Å kunne håndtere de følelsesmessige stormene er en utfordring. For å mestre, blir gjerne selvskading resultat. Selvskading er som vist tidligere mer utbredt blant ungdom enn



voksne. Samtidig ser en både i voksenpsykiatrisk poliklinikk og sengepost at dette symptomet er sterkt tilstede hos personer som har en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Selvskading reduseres ofte i takt med at pasientene opplever å forstå mer av hva som skjer. Økt innsikt medfører mer kontakt med seg selv, egne følelser og tanker. Hjernen blir ikke lengre så styrt av følelser og en mer påkoblet neocortex kan bidra til økt refleksjon og resonnering (Nordanger & Braarud, 2017) Etter hvert blir det mulig å uttrykke seg via språket. Når en ikke forstår hva som skjer, har en heller ikke språk. Selvskading kan bli måten en uttrykker smerten på.

### 7.1.2 Fokus på tilknytning og den terapeutiske relasjon

Mentaliseringsbasert terapi foregår over lengre tid. Som beskrevet kan den vare opp til tre år (Karterud, 2017). Terapien tar utgangspunkt i at pasientene strever med svikt i mentalisering som henger sammen med et fremmed, utrygt, og til tider disorganisert, indre selv (Bateman & Fonagy, 2006). De fleste som har jobbet med denne type lidelse, kan kjenne igjen denne utryggheten hos pasient. Utryggheten kan bli uttrykt via et intenst sinn. Avvisning, svart-hvitt tenkning, idealisering og devaluering er også kjente tema som utspiller seg (Bateman & Fonagy, 2013). Kvarstein et al (2015) påpeker i sin studie viktighet av å opprette en god terapeutisk relasjon for å hindre drop-out fra behandling. Drop-out blir mål i flere studier. Noe som tyder på at dette er et viktig tema å undersøke. Liten drop-out kan tenkes å ha sammenheng med terapeut. Dersom pasient føler seg ivaretatt og trygg, vil det mest sannsynlig være en prediktor for å fortsette i behandling. Med økt sjans for å fasilitere bedring, inkludert reduksjon av selvskading. Terapeut har i kraft av seg selv, mulighet til å tilby pasient en trygg relasjon. En relasjon som gir pasient mulighet for endring. Vi utvikler oss alle i relasjoner. I noen relasjoner våger vi å uttrykke mer av oss selv, i andre er vi mer tilbakeholdne. I MBT er fokuset at pasient skal få utforske og utvikle seg innen den terapeutiske relasjon (Karterud & Bateman, 2010). Dersom en velger å bruke en behandlingsform som MBT, er det rimelig å anta at en ser en person som har det vanskelig, ikke som er vanskelig. Der symptom som selvskading sees som resultat av frykt, smerte. Ikke som en bevisst handling for å få andre til å føye seg. Når en er redd, er hovedfokus å passe på seg selv. Vi er konstruert til det. Da blir det vanskelig å tenke om andre. Ved frykt er det høy aktivitet i det limbiske system. Det utspiller seg en fysisk og psykisk aktivering som gjør oss rustet til å forsvare oss (Nordanger & Braarud, 2017). I MBT tenker en at denne aktivering skjer lynraskt, spesielt i samhandling med andre, grunnet et usikkert

selv. Personer med et indre, utrygt selv, møter ofte terapeut med skepsis. Forsvarsstrategiene er på plass. Som blant annet projisering (Gabbard & Wilkinson, 1996). En kan merke at pasient er fysisk anspent i måten hun sitter på, pusten er kanskje hurtig. Terapeut kjenner kanskje på sinne, frustrasjon, utålmodighet. Når terapeut er bevisst disse strategier hos pasient, hvordan og hvorfor de er oppstått, vil det kunne være lettere å møte pasient med den forståelse hun trenger. I følge Bowlby har vi behov for å ha noen å vende oss til når vi er redde. Vi trenger noen som er der for oss (Wennerberg, 2011). Målet i MBT er å kunne lage det rommet, den trygge basen, hvor pasient blir trygg nok til å utforske men også tåle og bli utfordret. Slik kan en utforske selvskading, funksjon og mulige andre måter å handle på. I MBT vektlegges det en aktiv terapeut, som også deler av sitt indre tanke -og følelseliv. Her er tydelige anbefalinger om holdning og handling (Bateman & Fonagy, 2004). Liten drop-out i behandling kan tyde på at dette blir praktisert av terapeut og erfart av pasient. Mulig opplever pasient terapirommet som den trygge basen der utforskning kan foregå. Der kommunikasjon er to-veis, det vil si at terapeut aktivt deltar med sine tolkninger av det som skjer. Samtidig kan et usikkert selv hos pasient medføre at terapeut blir vurdert som «den som har rett». Når en er usikker, kreves det mot for å være uenig i ulike betraktninger. Dette fordrer at terapeut er veldig bevisst sin rolle, og hele tiden undersøker om pasient faktisk våger å dele sine erfaringer og meninger. Som terapeut kan det være lett å la seg forføre av hjelperrollen. Både som produkt av proaktiv identifikasjon men også som et resultat av hjelperrollen i seg selv. Noe som igjen fordrer at terapeut har et kritisk blikk på seg selv og egen mentalisering om det som skjer i samspill med pasient. Å være bevisst både egen og pasients mentalisering er ingen enkel oppgave for terapeut. Veiledning og måling av etterlevelse av terapi kan være til hjelp. Samtidig fordrer det solid, faglig kompetanse hos veileder og faktisk mulighet til veiledning.

De ulike element i MBT sammenfaller stor grad med de såkalte fellesfaktorene (Wampold, 2015). Mulig kan fellesfaktorene være en av forklaringene til nedsatt selvskading under psykoterapi, uavhengig av type behandling. Å møte en interessert annen, en som bryr seg, men samtidig våger å utfordre når tillit er tilstede, kan medføre at pasient etter hvert kan klare å prate om vanskelige hendelser og følelser. I stedet for å agere på dem. Sett fra et mentaliseringsbasert perspektiv vil det si at pasient lettere kan komme ut av det MBT definerer som pre-mentaliserende modes, som medfører de mer følelsesladde, primitive, måter å handle på (Kennair & Hagen, 2014).

Terapeut skal ikke fremstå som ekspert på pasientens liv, men forsøke å være ekspert på å fange opp mentaliseringsbrist. Hos pasient, og seg selv (Karterud, 2017).

Tilbakemelding når pasient mentaliserer og terapeut ikke mentaliserer, er viktig. Denne dynamiske måten å arbeide sammen på, kan gi mulighet for utvikling. Samarbeid, tillit og dermed ny, god relasjonell erfaring kan øke trygg tilknytning hos pas. Som gjør det mulig for pasient å åpne for flere perspektiv. Økt innsikt i egne og andres måter å tenke og føle på, kan gi økt «utsikt». Som igjen kan føre til mindre selvskading grunnet økt handlingsrom.

### 7.1.3 Multimodaliteten

MBT er en såkalt multimodal terapi. Det vil si at tillegg til individualterapi, består terapien av psykoedukasjon og gruppeterapi. I denne studien er det ikke anledning til å gå dypt inn i alle de ulike element. Samtidig må en også innom det for å forstå reduksjon av selvskading.

Mange personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, er vokst opp under ustabile forhold, med ofte lite forutsigbarhet. Den struktur MBT presenterer, kan bidra til en forutsigbarhet som er nyttig. Usikkerhet trigger alarm-systemet (Nordanger & Braarud, 2017). Psykoedukasjon gir gode forklaringer som kan gi mening til hvorfor pasient har fått det som hun har det. Økt innsikt kan bidra til mindre skyldfølelse. Som igjen kan bidra til mindre selvskading.

Gruppe blir, som vist til i de kvalitative studiene, oppfattet som både utfordrende, vanskelig og nyttig. I gruppe blir usikkerheten utfordret. For mange tar det det lang tid før trygghet blir etablert. En kan stille spørsmål med å samle så mye utrygghet som disse pasientene representerer, i ett rom. Speilnevroner fyres, utrygghet kan smitte. Her vil da gruppelederne spille en viktig rolle. I tillegg til å selv formidle en indre trygghet, vil de kunne verbalisere og validere følelser, tanker og handlinger som utspiller seg mellom deltakerne (Karterud, 2012). Som igjen kan føre til utvidet, felles mentalisering med økt handlingsrom etter hvert. I gruppe vil en kunne få flere innspill enn en gjør i individualterapi. Disse kan forvirre, men også inspirere. Å bli rommet i gruppe, tatt imot, forstått og utfordret, kan medføre overføringsverdi til verden utenfor terapi. Samtidig er det viktig at gruppeledere er observant alle de overføringer som oppstår i gruppa. Å skape et trygt klima med så mye følelser som kan oppstå, kan være en stor terapeutisk utfordring. Å være observant det som utspiller seg vil være viktig for at gruppe ikke skal bli anti-terapeutisk. Noe som ikke er selvsagt oppgave å mestre.

I denne sammenheng er det også viktig å påpeke at i studie 2 (Rossouw & Fonagy, 2012) fikk deltakerne i MBT-A tilbud om månedlig mentaliseringsbasert familieterapi. Å styrke forståelse innad i familie, vil kunne medføre tryggere tilknytning. Som igjen kan redusere behovet for selvskading. Mulig er inkludering av venner og familie som pasient ønsker å ha et nært forhold til, lite prioritert i terapi. I MBT er dette fokus, men kanskje også her for lite. Det er venner og familie som er tette på, som ser og opplever den smerte pasient har og utøver. Selvskading kan både provosere og bekymre. Økt inkludering vil kanskje medføre økt forståelse fra alle inkluderte parter, og mulig fasilitere bedring.

## 7.2 Deltakeres oppfatning av hva som har ført til reduksjon av selvskading under MBT. Opplevelse av indre endring

I det tidligere kapittel om selvskading, kom det frem selvhat, svak affektregulering og affekttoleranse kunne ligge bak selvskading. Deltakerne rapporterer både om selvhat og vansker med å håndtere følelser. Funnene tyder på at deltakerne har brukt selvskading som affektregulering når vansker har oppstått. I det følgende blir fremdeles deltakernes begrep om hva som har vært vanskelig og hva som har vært viktig for endring, brukt.

### 7.2.1 Selvhatet og selvkontrollen

Selvhat er et kjent fenomen hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Majoriteten av de som strever med denne lidelsen har en traumbakgrunn (Ryden & Wallroth, 2008). Grad av og innhold i traumatiseringen varierer. Noe som kan ha betydning for tilfriskning. I klinikk ser en ofte at dess mer alvorlig traumatisering, jo sterkere er selvhatet. Negative, fastlåste forestillinger om en selv, ofte utviklet over år, kan være resultat av negative relasjonelle erfaringer med andre. Spesielt tilknytningspersoner. I tråd med den tilknytningsteoretiske forståelsen rettes ofte sinnet mot en selv når det ikke kan rettes mot den som begår urett. (Wennerberg, 2011). I de kvalitative studiene ble det referert til at MBT bidro til reduksjon av selvhat. Som igjen reduserte selvskading. Det kan tenkes at MBT's fokus på psykoedukasjon, affektforståelse, affektregulering og mentalisering kan bidra til å løsne på disse fastlåste forestillingene. For at noe skal endres, må det skapes ny forståelse. Deltakerne kommer ikke med konkrete eksempler på direkte intervensjoner i MBT som har hjulpet. Noe som er gjennomgående i de tre ulike studiene. Det kommer samtidig ikke frem at intervensjoner er spurt direkte om, så mulig er dette gjort uten at

det kommer frem. Flere personer refererer til at det har blitt mulig å utvide perspektiver og forståelse. En uttaler også tydelig at «andre kan også ta feil». Her kommer det frem et tydelig eksempel på at ny forståelse kan skape endring. Å kunne reflektere over eget, men også andres bidrag til hvorfor vansker oppstår, vil kunne være forløsende. Denne refleksjon kan medføre mindre innvendig kaos, og gjøre vansker mer håndterlige. I studien til Dyson og Brown, (2016), blir det fremhevet at deltakerne selvskadet mindre. Men hva som ligger til grunn for denne reduksjon er uklart. I følge studien formidler også deltakerne at selv om symptomer er redusert, så sitter de med en følelse av at det ikke er nok. At de ikke er kurert. Denne kunnskapsoppsummeringens hensikt er ikke å vurdere MBT's kurative bedring for alle symptomer ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Men deltakernes utsagn om at de ikke vet hva som har virket, er interessant. Forskerne selv stiller spørsmål med terapier som ikke utforsker den subjektive mening med selvskading. I MBT skal en i utgangspunktet reflektere over selvskadingsepisoder, hvordan og hvorfor. Forskernes utsagn kan tyde på en vurdering av at dette ikke blir gjort. Noe som kanskje ikke stemmer. Om dette er etterspurt blant deltakerne i intervjuene kommer ikke frem. Studien formidler også en slags tristhet fra deltakere. Over følelsen av det mangler «noe». Et «noe» som er vanskelig å definere, men som like fullt er der. Selvskading er redusert, med det er fremdeles mange vanskelige følelser. Som en nå ikke helt vet hva en skal gjøre med.

#### 7.2.2 Tillit, et bærende element

Flere utsagn kan tyde på at deltakerne har hatt et usikkert indre selv som har vanskeliggjort å relatere til andre, stole på andre. Det fremkommer at de har vært usikre og sårbare i relasjoner. Usikkerhet, å ikke stole på, tyder på mye frykt og liten tillit til andre. Som igjen gjør det vanskelig å ta andres perspektiv. Å ty til ulike strategier for å håndtere følelsesmessig smerte, er noe alle mennesker gjør. Å vise seg litt hjelpeløs, true med ulike konsekvenser dersom en frykter brudd i en relasjon, kan kanskje flere kjenne seg igjen i. Samtidig går dette stort sett fort over, en «henter seg inn igjen», og gjør bruk av mer modne strategier. Å kunne stoppe opp, reflektere og mentalisere er viktig for å kunne etablere gode, mellom-menneskelige relasjoner som gjør det trygt å være en «i flokken». Hos personer med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er tilhørighet til flokken det største ønske, med en dertil hørende frykt for å bli avvist. Når en gjennomgående har følelse av å være utenfor, som informanten som sier « (...) It was feeling excluded all the time» (Johnson et al., 2016), er «vanlige» strategier ofte

ikke nok for å håndtere det følelsesmessige ubehag som blir aktivert. Når en føler seg utenfor, opplever at en ikke kan stole på egne tanker (Johnson et al., 2016), har vansker for å ta andres perspektiv, og ikke har følelse av at det finnes en «trygg base» som kan romme deg, er det kanskje ikke så rart at det stormer av redsel og vonde følelser. Når frykten blir aktivert, trigges tidligere måter å agere på. Resultatet kan bli kaos i personen selv og i omgivelser. Selvskading kan bli løsningen for å håndtere al som skjer. Utsagnene fra ulike deltakere tyder på at de har hatt liten tillit til både seg selv og andre. Noe som understøtter den mentaliseringsbaserte teori og utvikling av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, og hvorfor det er så viktig med tillit til terapeut. I følge Bateman og Fonagy medfører mentalisering mulighet til å utforske tanker, følelser, ønsker og opplevelser. En våger i større grad å utforske og verbalisere vanskelige minner og opplevelser. Og en evner å kunne be om hjelp. Noe som ofte er vanskelig for personer som har en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (Bateman & Fonagy, 2013) (min oversettelse). Å be om hjelp fordrer tillit. Flere av deltakerne i de kvalitative studiene beskriver at det var lett å få tillit til terapeut. Å innrømme selvskading er ofte sårt. I hvor stor grad selvskadingens mekanismer har vært utforsket i terapi, kommer ikke frem i studiene. Men mulig har den tillit som beskrives, medvirket til at dette har blitt et tema det har vært mulig å være åpen om.

Dyson og Brown (2016) synes å være skeptisk til at terapeut, i samtale med pasient, skal være tydelig på hva hun oppfatter. De frykter at det er terapeutens syn som blir fremstilt som det riktige/friske. Innenfor helsefaget defineres en ofte som frisk eller syk.

Diagnosesystemet bygger opp om dette ved å definere kriterier/symptomer, antall symptomer og varighet av disse. Studien problematiserer at deltakerne ikke føler seg «kurert», at noe mangler. Deltakerne undrer seg bl.a. over ønsket om å tilhøre gruppen er friskt eller sykt. De påpeker at balansen er vanskelig. Mulig kan terapeut og pasient havne i en slags dikotomisk tenkning, som kanskje bygger opp under den svart-hvitt tenkning en kan se hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Erfare og validere gode og dårlige dager kan være utfordrende. Terapeut kan tolke vansker som tilbakefall. Pasient har kanskje samme opplevelse. Dersom tillit bare «går en vei», at både pasient og terapeut tenker at terapeut er den som har «monopol på sannheten» vil en ikke kunne åpne for flere perspektiv. Å blottlegge sitt indre, la andre få delta i det som skjer der, er en sårbar og vanskelig prosess som kan ta tid. Å våge å stole på seg selv, og andre, krever hardt arbeid. Og ikke minst tillit til den/de som får delta i denne prosessen. Økte evne til refleksjon, åpenhet for flere tolkninger, tyder på at

deltakerne har erfart tillit. En kan også anta at deltakerne ville avsluttet terapi dersom terapeut over tid fremstod som allvitende. Erfaringsmessig avslutter personer behandlinger dersom de føler seg umyndiggjort, ikke tatt på alvor.

Dersom terapeuter har fulgt MBTs anbefalinger om utforskning av selvskading, og det foreligger tillit, kan det antas at dette har hatt effekt på reduksjon av selvskading. I studiene er det ikke utsagn som tyder på at selvskading er brukt bevisst for å vise andre hvor vondt en har det. I klinikk kan en høre utsagn som «pasient manipulerer for å få det som hun vil, få oppmerksomhet» etc. Når dette er holdning til pasient og symptomer, vil det være vanskelig for terapeut å romme pasient og utvide både eget og pasientens perspektiv. I MBT tolkes selvskading som et symptom på at pasient har det vanskelig. Atferden er en måte å mestre uutholdelige følelser på. En slik holdning kan være med å fremme tillit. I stedet for å bli avvist, kan pasient bli møtt med undring og forståelse.

I gruppe er tillit utfordrende. Det kommer frem at det bør tydeliggjøres enda mer hva poenget med gruppe er, og at det for flere kan ta tid før tillit i og til gruppa er tilstede. Å være sammen med mennesker en i utgangspunktet ikke hadde valgt å være sammen med, vil kunne være en utfordring. Samtidig får en øvd seg i å åpne opp for andre, deres synspunkt, og dele egne oppfatninger. Terapeutene har en viktig oppgave i å fremholde dette perspektivet. Igjen er det vanskelig å vite om dette er gjort så lenge det ikke vites om terapeuts etterlevelse av terapi er målt.

### 7.2.3 Økt refleksjon

I MBT skal terapeut bidra som «regulator» og «speil», støtte og utfordre. Terapirommet skal være et trygt sted hvor følelser, tanker og erfaringer kan deles. Målet er at pasient skal utvikle et mer trygt indre selv (Karterud & Bateman, 2010). Et selv som ikke trenger straffes, men trøstes. Et selv som kan tåle usikkerhet, som kan roe seg selv, uten å måtte ty til skadelige handlinger. Et selv som kan tåle usikkerhet i relasjoner. Evne til å mentalisere kan bidra til dette.

Hjernen formes av bruken. Mye frykt aktiverer alarm-systemet (Nordanger & Braarud, 2017). Grunnet vonde relasjonelle erfaringer, arv og sårbarhet, blir emosjonene frykt og sinne lett utløst hos personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. De reagerer ofte og sterkt på frykt og følelse av å bli forlatt, med et påfølgende intenst sinne (Karterud, 2017) Tanke og handling kan da bli dominert av før-mentaliserende modes, hvor selvskading kan bli en måte å løse det vanskelige på. Hva bakgrunnen til

deltakerne i de kvalitative studiene er, vites ikke. Noen deltakere fremstår mer trygge enn andre. Noen beskriver økt indre trygghet, andre beskriver en usikkerhet som fremdeles gjør seg gjeldende. Å våge «å senke garden», krever tillit og mot. Å endre handlingsmønster er en stor utfordring. «En vet hva en har, ikke hva en får» ... det utrygge kan også være det kjente, trygge. Når en endrer oppfatning av noe som skjer, vil det ofte skje en endring i hva en føler og kroppslige reaksjoner (Nordanger & Braarud, 2017). Økt perspektiv kan medføre nettopp dette. Fryktreaksjoner kan dermed dempes. Behovet for å angripe egen kropp for å løse følelsesmessige og psykiske konflikter kan reduseres

At noen deltakere fremdeles kjenner på utrygghet, kan ha mange årsaker. En årsak kan være en dikotomisk tenkning, av både terapeut og deltaker. Når er en egentlig frisk? Er det når en ikke selvskader lenger? Hvor lenge må humør være stabilt? Hva tolkes som symptomer på psykisk lidelse og hva tolkes som normale reaksjoner? En annen årsak kan være at deltaker ikke har fått de «verktøy» hun trenger i sitt liv. Økt mentalisering fasiliterer ikke nødvendigvis et nytt arsenal av mulige nye måter å handle på. Noe som også blir beskrevet av en av deltakerne, som nå «bare satt der», uten å vite hvor hun skulle gjøre av vanskelige følelser. Mulig har positive forventinger til terapien i seg selv spilt en rolle for tilfriskning og reduksjon av selvskading.. Men hvis en ikke erfarer at en har fått nye måter å handle på, hva da? Vil reduksjon av selvskading vedvare over tid?

I terapi blir tilknytning og følelser aktivert. I MBT er dette målet. Refleksjoner rundt overføringsreaksjoner og projektiv identifikasjon, om det som skjer i samhandling mellom terapeut og pasient, blir søkt mentalisert. En trygg terapeutisk relasjon kan gi ny relasjonell erfaring som kan gi økt indre trygghet. Når indre trygghet øker, vil hjernen kunne «tillate» å åpne opp for andres perspektiv. En kan oppnå en «snøballeffekt» der andres perspektiv gir mulighet for egen indre vekst. Økt refleksjon, økt mentalisering, er ord deltakerne bruker når de skal beskrive viktige endringer som har medført symptomlindring, blant annet, i form av mindre selvskading. Noen beskriver at dette ikke alltid er lett. Å gi slipp på selvskading kan være både godt og vanskelig. Et virkelighetens paradoks.

### 7.3 Refleksjoner over utvalgte studier

Studier viser at mentaliseringsbasert terapi er en effektiv behandling for personer med en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, inkludert reduksjon av selvskading.



Gjennomgående var det vanskelig å finne spesifikke, utslagsgivende faktorer for reduksjon av selvskading. Noe flere av studiene påpeker og etterlyser forskning rundt. Personers subjektive opplevelser og meninger ble viktig å få tak i. Det ble aktuelt å søke etter forskning som tok for seg dette. Fokus på personerfaring og hvordan denne kan bidra til ny kunnskap, er økende. Kvalitative studier viste seg å være vanskelig å finne. For å øke validiteten av denne studien, ble også kvantitative studier inkludert. Studier som sammenlignet MBT med annen behandling og studier som forsket på MBT alene ble inkludert. I det hele var flere av studiene positive til MBT som behandlingsform. Alle studiene viste til reduksjon av selvskading. I de kvantitative studier ble det brukt flere av de samme spørreskjema og måleinstrumenter for undersøkelse av symptomer og funksjon. Disse er validerte, godt kjent blant klinikere og aktivt brukt i klinikk. Denne bruken kan styrke studienes troverdighet. Flere av forskerne viste til refleksjon rundt sine roller i studiene, som gjenspeilet kritisk refleksjon til eget arbeid. Mulig bias ble drøftet, spesielt i de studiene der forskerne var aktive i utvikling av MBT. En kan selvfølgelig fremdeles stille spørsmål ved om studiene fant «det de så etter». Samtidig ble også dette spørsmål fremhevet. Flere etterlyste forskning av personer som ikke er tett på utvikling av terapien.

En kvalitativ og en kvantitativ studie rettet et mer kritisk blikk mot den antatte virkning av MBT. Selv om disse ikke var direkte kritiske til MBTs virkning på reduksjon av selvskading, ble det i studiene stilt legitime og nyttige spørsmål som var verdt å fundere over i tolkning av funn.

#### 7.4 Forskningens reliabilitet og validitet.

For å vurdere reliabilitet må forskningsprosessen være transparent og etterprøvable. Forskeres teoretiske ståsted, forskningsstrategi og analysemetode, hva som ligger til grunn for forskning og relasjon mellom deltakere og forsker(e) skal gjøres rede for (Thagaard, 2013)

Alle studier gjorde rede for metode, utvelgelse, rekruttering og antall deltakere. Studiene førte i tillegg tydelig diskusjoner rundt metode og funn. Med unntak av en studie, 4 (Jørgensen et al., 2014), ble forskeres ståsted redegjort for. Mulige implikasjoner knyttet til teoretisk ståsted, egen erfaring med terapi og derved mulig bias ble drøftet i flere studier. I de kvantitative studiene, spesielt der forskerne også står bak utvikling og videreutvikling av MBT, ble dette særs bemerket. Men diskusjon rundt bias betyr samtidig ikke at dette er unngått. I studie 6 (Dyson & Brown, 2016) var forskerne

tydelig på deres skepsis til diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Noe som kan influere pålitelighet grunnet mulig bias. Samtidig kom denne studien med flere interessante synspunkt som kan vise til en utvidet forståelse av problematikk og dermed gi denne studien mer dybde.

For å undersøke validitet, er det viktig å stille spørsmål ved intern og ekstern validitet ved studier. For å undersøke intern validitet er det viktig å fremheve hvilke begrep og kartleggingsmetoder som er brukt i studien. Er disse egnet til å gi svar på det som undersøkes? (Malterud, 2011) De kvantitative studiene var tydelige på hvilke symptomer som ble målt. Tidsintervall mellom målinger, kartleggings- og utredningsverktøy og statistisk analysering ble beskrevet i alle studiene. Herunder kan det finnes spørsmål og kommentarer som denne studien ikke har tatt for seg. Men som andre kanskje vil stille spørsmål med.

Ved ekstern validitet stilles det spørsmål om forskning kan overføres til andre sammenhenger enn for den aktuelle kontekst; betyr forskningen noe utover denne? Igjen er en transparent forskningsprosess, som gir mulighet for å repetere og etterprøve studien, viktig for å sikre validitet. (Malterud, 2011). De kvantitative studiene viste til vide inklusjonskriterier som kan sikre at det foreligger et stort spekter av ulike personligheter, med ulik personlig bakgrunn og sosioøkonomisk status. Studiene kan da favne et gjennomsnitt av de utfordringer personer med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse har. Inkludert hva som kan være utløsende for selvskading, og hva som kan hjelpe. Studiene ble gjennomført i ulike europeiske land, henholdsvis England, Danmark, Norge og Nederland. Enkelte studier viste også til bakgrunn hos deltakerne. Til sammen kan dette si noe om effekt av MBT på tvers av ulike erfaring, land, befolkning og kultur. Studienes forskningsdesign presenterte på hver sine måter ulike styrker og svakheter. Antall personer i studiene varierte fra 40-134. To av studiene var randomiserte. Randomiserte studier blir definert som «gullstandard» innenfor kvantitative studier. Dersom disse er korrekt utført, og mulig bias er forsøkt kontrollert, kan intern validitet være høy. Men heller ikke slike studier kan påberope seg «den hele og fulle sannhet». Hvem som er inkludert i studien, variasjoner innenfor gruppene (som gjør at gruppene uansett vil være noe forskjellige til tross for eventuell blinding, stratifisert randomisering), inklusjon -og eksklusjonskriterier er bl.a. med påvirke aktuelle funn (Aalen et al., 2006; Malterud, 2011)

Kvalitativ forskning kan ha høy ekstern validitet. Men det er viktig å være tydelig på kontekst, problemstilling, hvordan funn er fremskaffet, hvordan disse tolkes og

eventuelt kan overføres til andre sammenhenger ((Malterud, 2011) Studiene beskrev tydelig fremgangsmåte for innhenting av informanter, informasjon og hvordan informasjon ble fortolket. En studie hadde 3 deltakere. Dette er et lite antall når overførbarhet skal vurderes. Samtidig ble valg av deltakere forklart. De kvalitative studiene ble alle gjennomført i England.

I studie 7 (Johnson et al., 2016) fremstod deltakerne svært godt fungerende. Om aktuelt funksjonsnivå kan tilskrives MBT alene eller om det har med mindre symptombelastning i forkant av behandling, vites ikke. Samtidig har en kanskje ikke bruk for en så langvarig terapi som MBT kan være, dersom en i utgangspunktet klarer seg sånn noenlunde greit.

### 7.5 Metodiske refleksjoner

I denne systematiske kunnskapsoppsummeringen ble det søkt å finne svar på hvordan MBT bidrar til reduksjon av selvskading. En induktiv tilnærming, der en søker å forstå og trekke konklusjoner ut i fra systematiserte erfaringer, vil samtidig ikke favne «den hele og fulle sannhet» (Thomassen, 2006). Funn fra ulike forskningsprosjekt kan peke i samme retning og gi mulighet for å utvikle retningslinjer og strategier for behandling. Det betyr likevel ikke at alle personer med en noenlunde lik problemstilling vil kunne ha nytte av nøyaktig samme tilnærming. Noe som ofte ses i praksis. Individuelle forutsetninger, med alt det innebærer, vil nødvendigvis måtte tas høyde for.

Valg av artikler utfra skandinavisk eller engelsk språk, kan medføre at viktige artikler gikk tapt. Samtidig kan en også tenke seg at viktige forskningsartikler også blir publisert på engelsk da en da vil nå frem til et større publikum. Egen forståelse av engelske artikler kan ha vært kilde til mulige feiltolkninger og misforståelser, som igjen kan påvirke pålitelighet. Forsker i denne studien er ikke utdannet MBT-terapeut. Det kan da være elementer ved MBT som jeg ikke er i stand til å fange ved bare å lese om terapien, og som muligens kunne tilført oppgaven enda mer dybde og kunnskap. Før studien startet, hadde jeg tanker om hva MBT kunne innebære, men var ikke preget av en stor for-forståelse i forhold MBT. Det betyr at jeg kan ha et mer nøytralt blikk enn en som jobber med dette til daglig, og unngå den bias det medfører å ha en klar formening om terapiens effekt på selvskading. Samtidig har det vært en stor utfordring å sette seg inn i en helt ny terapi. Det er skrevet og skrives så mye om MBT at det til tider har vært vanskelig å velge ut og sammenfatte det essensielle for denne studien her. Bateman og Fonagy har dominert forskning på mentaliseringsbasert terapi. Det kan være fare for

bias når utviklere av behandling også evaluerer den. I denne studien ble det derfor viktig å søke etter forskning andre har utført. Informasjon som kan stille spørsmål med vurderinger og antatte sannheter har vært viktig å være åpen for. Det ligger også en etisk refleksjon i dette. Personer skal søkes å tilby evidensbasert terapi. Ikke bare terapi som faller inn under terapeuts preferanser.

Denne studien blir utført av en forsker. Noe som kan påvirke utvelgelse av aktuell forskning denne studien bygger på og tolkning av funn. Flere forskere kunne bidratt med utvidet syn som kunne påvirket både utvelgelse av teori, forskning, sammenstilling og tolkning av funn.

## 7.6 Kliniske implikasjoner

I MBT søker terapeut å innta en ikke-vitende, undrende posisjon til det som foregår. Også til selvskading. Det tilstrebes en ærlig, aktiv dialog mellom pasient og terapeut (Bateman & Fonagy, 2013). Fokus på dialog og ærlighet sammenfaller også med tilbakemeldinger fra erfaringskonsulenter innen psykisk helse, som ofte påpeker viktighet av at terapeut kan være personlig engasjert og vise litt av seg selv.

Så lenge det ikke finnes klare nasjonale retningslinjer for behandling av emosjonell personlighetsforstyrrelse, er det vanskelig å argumentere for et langvarig behandlingsforløp når presset i de psykiatriske poliklinikker er høyt. I klinikk er det fremdeles en del negative holdninger til denne lidelsen og symptomene som utspiller seg. Mulig er det derfor en del av disse pasientene blir såkalte sving-dørs personer. I stedet for å bli avvist, avviser de selv. Dropper ut av terapi, blir henvist på nytt når symptomene topper seg. Samtidig ser en at når personer får tillit til behandler, blir de ofte værende i terapi. Og selvskading reduseres når pasient blir værende i terapi. En trygg terapeutisk relasjon kan være med å legge grunnlag for å våge å opprette nye relasjoner til andre. Ventelister med press på å få skrevet personer ut, kan vanskeliggjøre dette i klinisk praksis. Derfor må ofte personer henvises til spesialiserte poliklinikker som har rasjonale for å drive langvarig behandling, som mentaliseringsbasert terapi. Slike poliklinikker er ikke å finne alle steder. Noe som betyr ulike tilbud til personer, alt etter hvor en bor, som igjen kan ha betydning for tilfriskning. Dersom flere kunne fått tilgang til opplæring, og det fra statlig hold ble satset på denne terapi, ville flere personer kunne fått nytte av behandlingen.

Underveis i denne studien har jeg blant annet brukt teori om før-mentaliserende modes som forklaringsmodell på selvskading i samtale med pasient og pårørende. Dette har

vært til stor nytte. Flere personer formidler at de ikke helt vet hva som skjer når de bare «plutselig går i stå», følelser sprenger på, alt blir kaotisk og selvskading blir resultat.

## 7.7 Behov for videre forskning

Flere studier viser til at MBT har effekt på flere områder, inkludert selvskading. Samtidig viser studier at flere psykodynamiske terapier er virksomme i behandling av emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Hvorfor skal en da satse på MBT? Er det fellesfaktorene som til syvende og sist er utslagsgivende for bedring og reduksjon av selvskading? Eller kan det trekkes ut spesifikke intervensjoner ved MBT som helt klart har en virkning? Som andre terapier ikke har?

Hva sier deltakere? Hva har vært bra? Hva mangler? Hvorfor dropper de ut? Hvordan ble deltakere oppmerksom på selvskadingens funksjon? Hva bidro til reduksjon?

Dersom det skal være mulig å finne ut av disse spørsmål, må den kvalitative forskning på området økes. Det må stilles spesifikke, konkrete spørsmål som det ønskes svar på Sosial deltakelse er noe personer trekker frem som viktig for et bedre liv. I løpet av studien stilte jeg meg spørsmål om det å fokusere på symptomer er å begynne på feil sted. Er det terapeuters ubehag i møte med symptomer som gjør at symptomer ofte får fokus i forskning og behandling? Hva mener personer som sliter med disse symptomer er viktig å fokusere og forske på? Spør en pasient etter drømmer og ønsker? Eller opplever også pasientene at det er mest fokus på reduksjon av symptomer? Det er tidligere vist til at enkelte deltakere kunne kjenne på sorg over at de ikke var «kurert» (Dyson & Brown, 2016). Hva anser pasientene selv som tilfriskning? Er det minst mulig symptomer, eller finnes det et liv som er verdt å leve til tross for symptomer? Og hva inneholder i tilfelle det livet?

Livet leves i alle de timene pasient ikke er til behandling. Bør en i enda større grad ha fokus på økt deltakelse i samfunnet underveis i terapi? Vil symptomer, som selvskading, gradvis forsvinne når livet gis innhold, sammenheng og mening?

## 8.0 Konklusjon

Selvskading kan oppstå som et resultat av opplevd vanskelig, mellom-menneskelig samhandling. Ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse foreligger det utrygg tilknytning som gjør det vanskelig å mentalisere i nære relasjoner Smertefulle følelser blir søkt regulert via angrep på egen kropp. De psykologiske mekanismene bak

symptomet er kompliserte og sammensatte. Frykt for svik og selvhat er blant utløsende faktorer.

I mentaliseringsbasert terapi er hovedfokus å fremme mentaliseringsevnen. Fokus på mentalisering kan bidra til mer hensiktsmessig følelsesregulering og redusere selvskading. Den terapeutiske relasjon vektlegges stor betydning. Det er i denne pasient skal teste ut antagelser. Tillit til terapeut er viktig for at pasient skal åpne opp for økt refleksjon over seg selv og andre. Gruppeterapi er utfordrende, men også nyttig når det foreligger tillit til gruppa. Flere faktorer synes å avhenge av hverandre.

I de kvalitative studiene ble det funnet en del utsagn som kan underbygge den kvantitative forsknings antagelser om virkning av det spesifikke fokus på mentalisering. Deltakerne i de kvalitative studiene framhevet økt refleksjon, evne til å kunne se andres perspektiv og hvordan dette medførte positive utfall, inkludert reduksjon av selvskading. Noen deltakere brukte aktivt begrepet økt mentalisering. Tillit til terapeut ble framhevet som veldig viktig. Hva som er mest utslagsgivende for reduksjon av selvskading fremstår vanskelig å få helt klarhet i.

I de kvantitative studiene etterlyste flere forskere mer forskning på hva som er utslagsgivende faktorer for bedring. Denne studien har i så måte ikke bidratt til det. Verken nyere kvantitative eller kvalitative studiene gir klare svar. Noen deltakere i de kvalitative studier rapporterte at de opplevde MBT som litt «ullent». Terapien virket, men *hvorfor* var vanskelig å si. Det blir dermed en del fortolkninger.

For å få helt klare svar på hvordan MBT bidrar til reduksjon av selvskading, må det utføres mer kvalitativ forskning.

## 9.0 Litteraturliste

- Aalen, O. O., Frigessi, A., Moger, T. A., Scheel, I., Skovlund, E., & Veierød, M. B. (2006). *Statistiske metoder i medisin og helsefag* (Aalen Ed. 6. 2015 ed.): Gyldendal Akademisk.
- Abrahamsen, G. (1997). *Det nødvendige samspillet* (4.opplag 2011 ed.): Tano Aschehoug.
- Andersen, J. (2017). "mixed-methods"-design i helseforskning. *Sykepleien*. doi:doi.org/10.4220/Sykepleiens.201764738
- Bales, D., van Beek, N., Smits, M., Willemsen, S., Busschbach, J. J., Verheul, R., & Andrea, H. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders, 26*(4), 568-582.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder mentalization based treatment*: Oxford university press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mechanism of change in Mentalization based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 411-430. doi:10.1002/jclp
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *Am J Psychiatry, 165*(5), 631-638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 166*(12), 1355-1364.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *world psychiatry*.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization based treatment. *Psychoanalytic Inquiry, 33*, 595-613. doi:10.1080/07351690.2013.835170
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Management of borderline personality disorder. *Cmaj, 184*(17), 1897-1902.
- Calati, R., & Courtet, P. (2016). Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *Journal of Psychiatric Research, 79*, 8-20.
- CASP critical appraisal skills programme.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports, 4*(1), 21-30. doi:10.1007/s40473-017-0103-z
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 74*(4), 319-328.
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5 ed.): Gyldendal Akademisk.
- Daubney, M., & Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): an overview. *Australasian Psychiatry, 23*(2), 132-135. doi:10.1177/1039856214566830
- Dyson, H., & Brown, D. (2016). The Experience of Mentalization-Based Treatment: An Interpretative Phenomenological Study. *Issues in Mental Health Nursing, 37*(8), 586-595. doi:10.3109/01612840.2016.1155246
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *J Affect Disord, 191*, 109-117. doi:10.1016/j.jad.2015.11.043
- Folkehelseinstituttet. (2014). Sjekklister for vurdering av forskningsartikler
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health, 16*(1), 83-101. doi:10.1080/09638230601182045

- Fonagy, P., & Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *J Pers Disord*, 20(6), 544-576. doi:10.1521/pedi.2006.20.6.544
- Friberg, F. (2006). *Dags før oppsats. Vegledning før litteraturbaserte examensarbeiden* (1 ed.): Studentlitteratur.
- Gabbard, G. O. (2016). *Langtids psykodynamisk psykoterapi-en grunnbok* (2. utgave ed.): Orage Forlag AS.
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. (1996). *Borderline behandling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Helsebiblioteket. (2018). <http://www.helsebiblioteket.no/>
- Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelse*.
- Helsedirektoratet. (2014). *Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014–2017*. (IS-2182). Oslo: Helsedirektoratet.
- Johnson, E. L., Mutti, M.-F., Springham, N., & Xenophontes, I. (2016). Mentalizing after mentalization based treatment. *Mental Health and Social Inclusion*, 20(1), 44-51. doi:10.1108/MHSI-11-2015-0042
- Jørgensen, C. R., Bøye, R., Andersen, D., Døssing Blaabjerg, A. H., Freund, C., Jordet, H., & Kjølbye, M. (2014). Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning. *Nordic Psychology*, 66(4), 254-273. doi:10.1080/19012276.2014.963649
- Karterud, S. (2012). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)*: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. (2013). Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi. [Fagfelleavurdert ]. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol. 50*, 759-764.
- Karterud, S. (2017). *Personlighet* (1. utgave ed.): Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*: Gyldendal Norsk Forlag.
- Karterud, S., & Bateman, A. (2011). *Manual for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi*: Gyldendal Akademisk.
- Kennair, L. E. O., & Hagen, R. (2014). *Psykoterapi. Tilnærming og metoder* (1. utgave ed.): Gyldendal norsk forlag.
- Klonsky, E. D., Victor, S. E., & Saffer, B. Y. (2014). Nonsuicidal Self-Injury: What We Know, and What We Need to Know. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(11), 565-568.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Urnes, O., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2015). Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder--does it make a difference? *Psychol Psychother*, 88(1), 71-86. doi:10.1111/papt.12036
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg, 2017 ed.): Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. ed.): Universitetsforlaget.
- Mehlum, L. (2009). Selvskading-hva gjør vi. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 8, 759-762. doi:10.4045
- Miklowitz, D. J. (2012). Borderline behavior in adolescence: An adjective in search of a treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1238-1240.
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. (2018).
- Nelson, K. J., Zagoloff, A., Quinn, S., Swanson, H. E., Garber, C., & Schulz, S. C. (2014). Borderline personality disorder: Treatment approaches and perspectives. *Clinical Practice*, 11(3), 341-349.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.



- Nordanger, D., & Braarud, H. C. (2017). *Utviklingstraumer. Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*: Fagbokforlaget.
- Nysæter, T. E., & Nordahl, H. M. (2015). Hva bestemmer utfall av behandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse? En oversikt over kjønns spesifikke prognostiske faktorer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 52(7), 587-593.
- Ó., L. D., Suzanne, H., & Rachael, L. (2017). Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 16-27. doi:doi:10.1108/MHRJ-04-2016-0008
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.e1303.
- Ryden, G., & Wallroth, P. (2008). *Mentalisering-å leke med virkeligheten*: Pax forlag. 2010.
- Sommerfeldt, B., & Skarderud, F. (2009). Hva er selvsykdom. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 8, 754-758. doi:10.4045
- StatensHelseilsyn. (1999). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (w. h. organization Ed.): Universitetsforlaget.
- Steinkopf, H., Bræin, M. K., & Nordanger, D. (2017). Kartlegging av barn med "the neurosequential model of therapeutics". *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54, 958-969.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4 ed.).
- Thomassen, T. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag* (1 ed.): Gyldendal.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (6.opplag 2015 ed.): Fagbokforlaget.
- Urnes, Ø. (2009). Selvsykdom og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 9, 872-876. doi:10.4045/tidsskr.08.0140
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *world psychiatry*, 14(3), 270-277. doi:10.1002/wps.20238
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner*: Arneberg Forlag.
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker. Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning*: Cappelen Damm Akademiske.

## Vedlegg 1

### PICO-skjema

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>P:</b> Population/patient/problem | Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?<br>Emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse (borderline personality disorder)   |
| <b>I:</b> Intervention               | Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det tiltak som er iverksatt (intervensjon, eksponering)?<br>Selvskading, uten suicidal hensikt<br>Mentaliseringsbasert terapi |
| <b>C:</b> Comparison                 | Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (f.eks. dagens praksis)  |
| <b>O:</b> Outcome                    | Hvilke endepunkter er du interessert i?<br>Hvordan fremmer mentaliseringbasert terapi reduksjon av selvskading.   |

## Vedlegg 2

The Critical Appraisal Skills Program (CASP, 2013), a methodological checklist of key criteria relevant to qualitative studies – Checklist and example off assessment.

| Author/<br><b>Dyson<br/>and<br/>Brown</b> | 1. Was there a clear statement of the aims of the research? |    | 2. Is a qualitative methodology appropriate? |          |    | 3. Was the research design appropriate to address the aims of the research? |          |    | 4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research? |         |    | 5. Were data collected in a way that addressed the research issue? |          |     |
|---|---|----|--|----------|----|---|----------|----|--|---------|----|--|----------|-----|
|   | Yes   | No | Yes  | Un-clear | No | Yes   | Un-clear | No | Yes  | Unclear | No | Yeas   | Un-clear | N o |
|   | X   |    | X  |          |    | X   |          |    | X  |         |    | X  |          |     |

| 6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered? |         |    | 7. Have ethical issues been taken into consideration? |         |    | 8. Was the data analysis sufficiently rigorous? |         |    | 9. Is there at clear statement of findings? |         |    | 10. How valuable is the research? |          |     |
|---|---------|----|---|---------|----|---|---------|----|---|---------|----|-----------------------------------|----------|-----|
| Yes   | Unclear | No | Yes   | Unclear | No | Yes   | Unclear | No | Yes   | Unclear | No | High                              | Moderate | Low |
| X   |         |    | X   |         |    | X   |         |    | X   |         |    | X                                 |          |     |