

# **Mentaliseringsbasert terapi**

**– erfaringer fra praksis.**

**En systematisk litteratur oversikt.**



---

Universitetet  
i Stavanger

**Helsevitenskapelig fakultet**

**Master i Relasjonsbehandling med tema:**

**Mentaliseringsbasert terapi**

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

**Student: Anne Christin Halstensen**

**Veileder: Kristine Rørtveit**

**Dato: 18.06.2021**

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I RELASJONSBEHANDLING**

**E-MREMAS MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER: Vår - 2021**

**FORFATTER/MASTERKANDIDAT:**

**Anne Christin Halstensen**

**VEILEDER: Kristine Rørtveit**

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel: Mentaliseringsbasert terapi – erfaringer fra praksis. En systematisk litteratur oversikt.**

**Engelsk tittel: Mentalization based therapy – experiences from practice. A systematic literature review.**

**EMNEORD/STIKKORD:**

**Mentaliseringsbasert terapi, mentalisering, erfaringer, tilknytningsteori, systematisk litteratur oversikt.**

**ANTALL SIDER: 70**

**STAVANGER, 18.06.2021**

## **Forord**

Jeg startet på master i relasjonsbehandling i høsten 2015 på det første kullet. Masteroppgaven ble utsatt i 3 år. Målet var å fullføre dette studiet med å skrive masteroppgaven. Derfor valgte jeg å starte på det siste året høsten 2020.

Det har vært utfordrende å være student i tillegg til full jobb og familie. Samtidig har det vært spennende, givende og gitt faglig kompetanse. Prosessen med å skrive masteroppgave har vært krevende. Når jeg er ved veis ende, ser jeg at jeg har lært av denne prosessen, både personlig og faglig. Dette gir erfaringer.

Jeg ønsker å takke min veileder, Kristine Rørtveit, som har bidratt med oppmuntring, støtte, refleksjoner og konstruktive tilbakemeldinger på min masteroppgave. Det har jeg satt veldig stor pris på! Ditt faglige fokus og gode refleksjoner – det er inspirerende og det vekker min egen nysgjerrighet.

Jeg ønsker å takke mannen min for hans tro på meg på at jeg ville klare å skrive denne masteroppgaven, samt støtte og oppmuntring. Jeg vil også takke mine barn for deres tålmodighet i denne prosessen.

Stavanger

18. juni 2021

Anne Christin Halstensen

## **Innholdsfortegnelse**

Forord	side 2
Sammendrag	side 6
1.0. Innledning	side 7
1.1. Mentaliseringsbasert terapi	side 7
1.2. Tidligere forskning	side 9
1.3. Min førforståelse	side 10
1.4. Formål med studien	side 11
1.5. Presisering av fokus og problemstilling	side 11
1.6. Avgrensninger	side 12
2.0. Teoretisk fundament	side 12
2.1. Tilknytningsteori	side 13
2.1.1. Trygg tilknytning	side 13
2.1.2. Engstelig – unnvikende tilknytning	side 14
2.1.3. Engstelig – ambivalent tilknytning	side 14
2.1.4. Desorganisert tilknytning	side 14
2.2. Mentalisering	side 15
3.0. Metode og analyse	side 16
3.1. Inklusjonskriterier	side 17
3.2. Strategi for litteratursøk	side 17
3.3. Evaluering av kvalitet	side 18
3.3.1. Kvalitetssjekk av inkluderte artikler	side 18
3.3.2. Metode og analyse i inkluderte artikler	side 18
3.3.3. Valg av artikler	side 19
4.0. Funn og resultater	side 21
4.1. Inkluderte studier	side 27
4.1.1. Poliklinisk MBT	side 27
4.1.2. Video opptak av terapitimer	side 27
4.1.3. MBT gitt i sikkerhetsavdeling i sykehus	side 27
4.1.4. Opplæring av sykepleiere i MBT-S (ferdigheter)	side 28
4.2. Felles erfaringer	side 28

4.2.1.	Tillit	side 29
4.2.2.	Fokus på følelser	side 30
4.2.3.	Nye perspektiver	side 31
4.2.4.	Endringer fra praksis	side 32
4.3.	Erfaringer fra pasienter	side 34
4.3.1.	Syn på meg selv	side 34
4.3.2.	Selvregulering	side 35
4.3.3.	Deltakelse i gruppeterapi	side 35
4.3.4.	Deltakelse i individual terapi	side 36
4.3.5.	Mellommenneskelige relasjoner	side 37
4.4.	Erfaringer fra terapitimer i MBT	side 38
4.4.1.	Sterk allianse vs. svak allianse	side 38
4.4.2.	Utfordre vs. blidgjøre	side 39
4.4.3.	Strategisk kompetanse vs. manglende strategisk kompetanse	side 39
4.4.4.	Nonverbal affektinntoning og manglende nonverbal affektinntoning	side 40
4.5.	Erfaringer fra sykepleiere i akutt avdeling i sykehus	side 41
4.5.1.	Holdninger før og etter MBT opplæring	side 41
4.5.2.	Jobbe mot felles mål i avdelingen	side 42
4.5.3.	Fokus på empati	side 42
4.5.4.	Tåle å stå i situasjoner med risiko	side 42
5.0.	Diskusjon	side 43
5.1.	Inkluderte studier	side 43
5.2.	Felles erfaringer	side 43
5.2.1.	Tillit	side 43
5.2.2.	Fokus på følelser	side 44
5.2.3.	Nye perspektiver	side 45
5.2.4.	Endringer fra praksis	side 46
5.3.	Erfaringer fra pasient	side 47
5.3.1.	Syn på meg selv	side 47
5.3.2.	Selvregulering	side 48
5.3.3.	Deltakelse i gruppeterapi- og individualterapi	side 50

5.3.4. Mellommenneskelige relasjoner	side 52
5.4. Erfaringer fra terapitimer	side 54
5.4.1. Strategisk kompetanse- og nonverbal affektinntoning	side 55
5.4.2. Manglende strategisk kompetanse- og manglende nonverbal affektinntoning	side 57
5.5. Erfaringer fra sykepleiere i akutt avdeling i sykehus	side 58
5.5.1. Holdninger	side 58
5.5.2. Jobbe mot felles mål	side 59
5.5.3. Fokus på empati	side 59
5.5.4. Tåle å stå i situasjoner med ubehag	side 61
5.6. Metode hensyn	side 62
6.0. Konklusjon	side 64
Referanser	side 65
Vedlegg 1	
Vedlegg 2	

## **Sammendrag**

Dette er en systematisk litteratur oversikt med tittelen Mentaliseringsbasert terapi – erfaringer fra praksis. Hensikten med denne studien var å frembringe en systematisk oversikt over kvalitativ forskning på mentaliseringsbasert terapi i klinisk praksis.

Forskningsspørsmålet: Hva beskriver forskningsfeltet om hvordan mentaliseringsbasert terapi erfares i praksis? Målet var å kunne forbedre praksis, slik at pasientene opplevde bedringsprosesser, samt at miljøterapeutene ble oppmerksomme på hva som virker med mentaliseringsbasert terapi og hvordan gjøre det i praksis og hvorfor. Det ble utført systematisk litteratur oversikt som metode i denne studien. Litteratursøk ble utført. De inkluderte artiklene gikk gjennom kvalitetssjekk for evaluering av kvalitet. Funn og resultater fra de inkluderte artikler ble presentert i tabell over artikler og i tabell over resultater. Hovedfunnene i denne studien var kategorisert i en hovedkategori med tre underkategorier som handlet om pasienters erfaringer, erfaringer fra terapitimer og erfaringer fra sykepleiere i akutt avdeling i sykehus. Funn ble drøftet ut fra forskning, aktuell litteratur og teoretisk perspektiv. Hovedkategorien viste felles erfaringer som tillit, følelser, nye perspektiver og endringer. Pasienter erfarte endringer ved å få nytt syn på seg selv, lærte seg selvregulering, lærte å forstå seg selv bedre ved å se andres perspektiv. Erfaringer fra terapitimer handlet om å skape tillit i relasjoner, og bruke relasjonen terapeutisk. Sykepleierne erfarte endringer i forhold til å forstå pasienten, holdninger og gi ansvar til pasienten.

## **1.0 Innledning**

### **1.1. Mentaliseringsbasert terapi**

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) ble utviklet av Anthony Bateman og Peter Fonagy på 1990-tallet hovedsakelig for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Pasienter med BPD kjennetegnes av vansker med affektregulering, impulsivitet, atferdsmessige utfordringer og relasjonelle utfordringer (Bo, Sharp, Fonagy, & Kongerslev, 2017). Det er vansker med å regulere seg selv i mellommenneskelige relasjoner (Bateman & Fonagy, 2013).

Det å ha en sikker og trygg tilknytning i oppveksten, legger grunnlaget for evnen til å kunne mentalisere (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). For at man skal kunne mentalisere, er det avgjørende at det er en trygg tilknytningsrelasjon (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002). Barnet vil kunne ha tillit til sin tilknytningsperson dersom det opplever å bli møtt i forhold til fysisk og psykisk nærhet, samt at det får hjelp til å regulere sine følelser. Dersom dette ikke skjer, vil barnet kunne erfare at det må selv tilpasse seg til omgivelsene (Wennerberg, 2011). Barnet overlates da til seg selv med sin egen frykt. Når man er i en trygg relasjon og opplever utrygghet, vil dette kunne oppleves annerledes enn om man hadde vært i en utrygg relasjon og opplevd utrygghet (Schibbye, 2012). Utrygg og særlig desorganisert tilknytningsmønster har betydning for utvikling av psykopatologi (Wennerberg, 2011).

Mentalisering handler om det å forstå hva som skjer i ens eget sinn og i andres sinn (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). MBT handler om å bruke mentalisering som hovedfokus i terapien (Bateman & Fonagy, 2013) hvor det fokuseres på å reflektere om det som om skjer i relasjonen, både det implisitte og eksplisitte. Det er i denne relasjonen hvor pasientens evner til å utforske og forstå sitt eget og andres sinn skjer, samtidig som det gjøres forsøk på å styrke den mellommenneskelige kompetansen og forbedre utfordringer knyttet til sine følelsesmessige vansker (Fonagy et al., 2002).



MBT har som mål i behandling å bidra til at mentalisering skjer der hvor det er mentaliseringssvikt, samtidig som at fokuset er på å utforske situasjoner og omstendigheter hvor mentalisering blir utfordret (Bateman & Fonagy, 2010). I MBT er fokuset på å kunne mentalisere innenfor den mellommenneskelige relasjonen, samt at selvtilliten stabiliseres (Bateman & Fonagy, 2013). I situasjoner der det oppleves mentaliseringssvikt, vil dette føre til førmentaliserende former av fungering (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Dette kan være psykisk ekvivalens (konkret), forestillingsmodus (dissosiert) og teleologisk (handlinger og utfallsrettet) modus som måter å erfare virkeligheten på (Bateman & Fonagy, 2013). Når førmentaliserende former skjer, oppleves den ytre virkeligheten som den indre, psykiske virkeligheten. Det er lett å fokusere på sitt eget perspektiv istedenfor å kunne se andre perspektiver (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Disse opplevelsene av sin virkelighet skaper sterk psykisk smerte hos pasienten (Bateman & Fonagy, 2013).

Impulsivitet kommer som følge av manglende kontroll på følelser (Bateman & Fonagy, 2013). Styrking av selvtilliten til pasienten og fokusering på indre representasjoner kan skje først når det er kontroll på følelser og impulsivitet (Bateman & Fonagy, 2013).

Terapeutens holdninger og handlinger har stor betydning. Det innebærer at terapeuten skal ha holdninger som er terapeutiske og som fremmer god mentalisering. Disse holdningene er ikke-vitende holdning, tålmodighet i forhold til å se ting fra ulike perspektiver, det å akseptere ulike perspektiver, det å spørre pasienten om å beskrive sine opplevelser ved bruk av «hva» i stedet for å be om forklaringer «hvorfor» og det å si fra når man ikke forstår slik at man som terapeut ikke legger til i historien til pasienten når noe er uklart (Bateman & Fonagy, 2013).

Det er viktig at man som terapeut er oppmerksom på egne misforståelser (Bateman & Fonagy, 2013) slik at man tar ansvar for det som skjer da dette kan bidra til at pasientens grad av aktivering og opphisselse reduseres. Det har stor betydning at terapeuten er oppmerksom på at hun/han kan miste sin egen mentaliseringskapasitet i møte mer pasienter som ikke mentaliserer (Bateman & Fonagy, 2010). I situasjoner

hvor terapeuten mister sin mentaliseringskapasitet har det stor betydning at man utforsker slike hendelser og stopper opp og spoler tilbake for klargjøring. Dette kan bidra til å styrke pasient-terapeut forholdet da det er et felles ansvar å forstå slike hendelser (Bateman & Fonagy, 2013). I MBT brukes relasjonen mellom pasienten og terapeuten som en tilknytningsprosess hvor det å skape denne relasjonen som en trygg base danner grunnlaget for å kunne lære å mentalisere (Skårderud & Sommerfeldt, 2014).

Det er stadig flere pasienter som tilbys deltakelse i MBT. Det kan være MBT som tilbys i under innleggelse i sykehus eller som poliklinisk deltakelse i individualterapi, gruppeterapi og i psykoedukasjonsgrupper. Her blir pasienter henvist fra sin fastlege eller behandler i spesialist helsetjenesten for MBT behandling. Denne behandlingen ble i utgangspunktet opprettet for mennesker med BPD, men har vist seg å ha effekt på mennesker med raske svingninger i sine følelser og som har relasjoner som preges av konflikter (A-Senter, 2020). Da det er flere pasienter som deltar i MBT, er det av interesse å se på studier som sier noe om hvilke erfaringer som gjøres etter å ha deltatt i MBT.

I Norge har Institutt for Mentalisering som hensikt å gi økt forståelse for hva mentaliseringsbasert terapi er. Institutt for Mentalisering ble startet i 2009 av professor Sigmund Karterud og professor Finn Skårderud. Gjennom Institutt for Mentalisering gis det tilbud om MBT som egen utdanning med forskjellige former som: miljøterapi, individualterapi, gruppeterapi både som kortsiktig og langsiktig terapi og som familierapi og med tilpasninger som gjelder for barn, ungdom og rollen som foreldre (Mentalisering, 2021).

## **1.2.Tidligere forskning**

Det finnes forskning på mentaliseringsbasert terapi, hovedsakelig randomiserte kontrollerte studier (RCT) og som viser blant annet at symptomene reduseres etter deltakelse i MBT (Bateman & Fonagy, 2001), at tjenester som gjelder akutt mottak i sykehus og innleggelser i sykehus reduseres (Bateman & Fonagy, 2003). En studie

handlet om MBT tilbud til pasienter i form av daghospital til pasienter med BPD som fungerte dårlig, og som hadde vansker med sosiale relasjoner samt alvorlige symptomer som selvskading og forsøk på selvmord (Bateman & Fonagy, 2001). En studie viste til at dårlig fungerende pasienter med BPD hadde effekt av å delta i MBT (Kvarstein et al., 2019), en annen studie viste at pasienter med BPD opplevde reduserte symptomer i forhold til mentalisering, aleksitymi og selvbilde (Löf, Clinton, Kaldo, & Rydén, 2018). I forhold til kvalitative studier, bør det være i tillegg til RCT-ene da kvalitative studier har til hensikt å få økt forståelse til atferd og symptomer som sier noe om forandringer som pasienten erfarer (Nilsson, Svensson, Sandell, & Clinton, 2007).

Det er et lite antall studier som sier noe om pasienters erfaringer med mentaliseringsbasert terapi. Dette gjelder studier som er inkludert i studien min.

Behandlinger for BPD som er evidensbaserte, som MBT, dialektisk atferdsterapi (DBT) og skjema-fokusert terapi (SFT) bruker elementer av grupper som en del av behandlingen, hvor fokus i terapi er på ferdigheter i relasjoner med andre mennesker i tillegg til persepsjoner i sosiale settinger (Bateman & Fonagy, 2010).

### **1.3.Min førforståelse**

Min erfaring som sykepleier har jeg fra å jobbe syv år i sykehjem før jeg begynte å jobbe på distriktpsykiatrisk senter, DPS, de siste 15 årene. Jeg har erfaring fra å jobbe som psykiatrisk sykepleier i sengepost på DPS, først i full stilling med to-delt turnus med dagvakter og kveldsvakter før min nåværende jobb i full stilling med arbeid på dagtid i tillegg til hver tredje helg i sengepost. Jeg har erfaring med å jobbe miljøterapeutisk med pasienter med ulike diagnoser som angst, depresjon, personlighetsforstyrrelse, schizofreni, schizoaffektiv lidelse, spiseforstyrrelser, rusutfordringer, suicidalitet og selvskadingsproblematikk og Aspergers syndrom. Jeg har erfaringer med å jobbe med ulike profesjoner, ulike mennesker og med ulike pasienter som kan gjøre noe med hvordan jeg opplever meg selv og andre, og hvordan den andre opplever seg selv og meg. Vi har ulike faglige briller på oss, som igjen kan påvirke hvordan vi møter hverandre og pasientene som mennesker.

I de årene jeg har jobbet på DPS har jeg erfart at noen pasienter innlegges hyppigere enn andre og som personalet kan oppleve som utfordrende og krevende. Det kan være ulike årsaker til det. Min forforståelse handler om jeg tror at personalet tenker at vi møter alle mennesker som blir innlagt i sengepost med respekt, empati og forståelse.

I praksis ses varierende holdninger knyttet til pasienter. Jeg tenker at holdninger kan være farget av frustrasjon, irritasjon og oppgitthet mot noen pasienter, vår empati kan være farget av apati og manglende forståelse for det som ligger bak «vanskelig atferd».

Underveis i masterutdanningen, master i relasjonsbehandling, har vi fått undervisning om mentaliseringsbasert terapi, som har påvirket min nysgjerrighet til hvordan denne terapien erfares i praksis. Jeg er nysgjerrig på hvordan mentaliseringsbasert terapi virker – både med tanke ut fra pasientens perspektiv og ut fra miljøterapeutens perspektiv. Man skal hjelpe pasienten med å se seg selv fra utsiden og se den andre fra innsiden.

Min førforståelse i forhold til mentaliseringsbasert terapi handler om fokuset på refleksjon mellom mennesker. I forhold til erfaringer med mentaliseringsbasert terapi, har jeg en førforståelse som handler om at den virker i form av effekt, og at det er en langsiktig terapi. Hvordan pasienter, miljøterapeuter, sykepleiere og terapeuter erfarer MBT i praksis, og hva de erfarer som nyttig for sin bedringsprosess, er jeg usikker på. Dette ønsker jeg å finne ut av.

#### **1.4. Formål med studien**

Formålet med studien er å frembringe en systematisk oversikt over kvalitativ forskning på mentaliseringsbasert terapi i klinisk praksis.

#### **1.5. Presisering av fokus og problemstilling**

Forskningsspørsmål: Hva beskriver forskningsfeltet om hvordan mentaliseringsbasert terapi erfares i praksis?

Målet med studien min er å kunne forbedre praksis, slik at pasientene opplever bedringsprosesser, samt at miljøterapeutene blir oppmerksomme på hva som virker med mentaliseringsbasert terapi og hvordan gjøre det i praksis og hvorfor.

### **1.6. Avgrensninger**

Noen avgrensninger er gjort i denne studien. Begrepet mentaliseringsbasert terapi er forkortet til MBT, borderline personlighetsforstyrrelse er forkortet til BPD og antisosial personlighetsforstyrrelse er forkortet til ASPF. Opplæring i ferdigheter i mentaliseringsbasert terapi benevnes som MBT-S (s = skills) slik det gjøres i artikkelen. Bruker benevnelsen hun om pasienten da det er størst andel kvinnelige pasienter inkludert i artiklene og benevnelsen han om terapeuten for å synliggjøre forskjellen mellom pasient og terapeut og for at det skal være lettere for leser å forstå hvem det gjelder. Bruker benevnelsen tilknytningsperson i stedet for å bruke omsorgsperson og mor og far for å synliggjøre innholdet i teksten. I de inkluderte artiklene brukes metoden mixed-methods som inneholder både kvantitativ og kvalitativ metode. Da fokuset for denne studien er mentaliseringsbasert terapi – erfaringer fra praksis, velger jeg å fokusere på den kvalitative analysen da den handler om deltakernes erfaringer fremfor den kvantitative analysen.

### **2.0 Teoretisk fundament**

Tilknytningsteori er valgt som teoretisk fundament da forståelsen for tilknytning og utvikling og konsekvensen av tilknytningsmønstre er viktig, særlig med tanke på forståelsen av det enkelte menneske, med tanke på blant annet mentalisering, affektregulering og mellommenneskelige relasjoner.

## **2.1. Tilknytningsteori**

Et nyfødt barn er avhengig av sine omsorgspersoner. Barnet er avhengig av å bli ivaretatt og vil søke mot sine tilknytningspersoner for å få trøst og hjelp. Mennesker utvikler seg i relasjoner sammen med andre. Dersom barnet opplever at tilknytningspersonen gir respons på barnets gråt, blikk, utsagn, gester, og møter barnet med affektinntoning og speiling, vil barnet kunne oppleve seg sett, møtt, følt og tålt av denne tilknytningspersonen. Det er 4 mønstre av tilknytning; trygg, engstelig – unnvikende, engstelig – ambivalent og desorganisert (Fonagy et al., 2002).

### **2.1.1. Trygg tilknytning**

I situasjoner hvor barnet opplever seg redd og stresset, vil det søke mot tilknytningspersonen for å få trøst og støtte og oppleve å bli «holdt» og roet ned. På samme tid vil det i situasjoner med opphisselse og glede møte respons hos tilknytningspersonen med bekreftelse og smil og blikkontakt som medfører at barnet opplever å bli bekreftet. I situasjoner hvor barnet opplever tilknytningspersonen som trygg base, vil barnet kunne være nysgjerrig på å utforske nye situasjoner og tåle å være for eksempel alene en liten stund for så å ha forventninger til at tilknytningspersonen er der fortsatt, og møter meg igjen, og gir meg trygghet. På denne måten vil barnet oppleve at tilknytningen er trygg, noe som gjør at barnet har tillit til sin tilknytningsperson hvor det får nærhet både fysisk og psykisk (Wennerberg, 2011). Tilknytningspersonen for barn med trygg tilknytning tåler at barna er nysgjerrige og utforsker ting, de er følelsesmessig til stede for dem, og er oppmerksomme på hva barna trenger. På denne måten vil barnet få indre bilder/representasjoner av seg selv ut fra hvordan tilknytningspersonens responser mot dem er.

Barn som opplever å ha trygg tilknytning til sine tilknytningspersoner oppleves å være mer trygge i sin tilknytning til andre mennesker. Disse barna har større evne til å reflektere, være fleksibel til endringer som skjer, de oppfattes til å utforske mer og være nysgjerrige på sine omgivelser samtidig som de er knyttet til sine foreldre (Wennerberg, 2011).

### **2.1.2. Engstelig – unnvikende tilknytning**

Barnet vil tilpasse seg til sin tilknytningsperson. Med dette menes at barnet er avhengig av respons fra dem for å overleve. For barn som opplever engstelig-unnvikende tilknytning, vil barnet søke etter trøst fra sin tilknytningsperson, men vil oppleve at tilknytningspersonen trekker seg bort når barnet uttrykker følelser. På denne måten vil barnet oppleve at når det uttrykker noen behov, vil det ikke bli møtt på sine behov, og tilknytningspersonen vil avvise det. Barnet ville ha erfart at ved å vise følelser og uttrykke sine behov, ville dette føre til at tilknytningspersonen avviste det, som igjen medførte at barnet hadde en deaktivierende tilknytningsstrategi som lukker igjen ethvert ønske om nærkontakt (Wennerberg, 2011). Barnet erfarte da at ved at det søkte fysisk kontakt med tilknytningspersonen, trakk denne seg bort. Barn med engstelig-unnvikende tilknytning viser lite tegn til følelser i forhold til det å være sint og frustrert.

### **2.1.3. Engstelig – ambivalent tilknytning**

Det andre mønsteret i forhold til tilknytning er engstelig – ambivalent tilknytning hvor barnet opplever at når det uttrykker sine behov for trøst, opplever de at tilknytningspersonen ikke møter barnets behov da det er tilknytningspersonens følelsesmessige behov som står i fokus (Wennerberg, 2011). Barnet i denne gruppen viste en hyperaktiverende strategi hvor det noen ganger ble møtt på følelsene sine og hvor de andre ganger ikke ble møtt. Responsen fra tilknytningspersonene bar preg av uforutsigbarhet, ustabilitet og avvisning. På denne måten ville barnet ha en utrygg opplevelse i forhold tilknytningspersonen.

### **2.1.4 Desorganisert tilknytning**

Desorganisert tilknytning handler om at tilknytningspersonen har ikke møtt barnets behov for beskyttelse på noen måte, slik at barnet ikke har noen måte det kan skape en viss trygghet på selv. Det innebærer at barnet gjør forsøk på å få støtte og trøst fra tilknytningspersonen hvor barnets måte å søke kontakt på kan gi respons i det ene øyeblikket, mens i neste øyeblikk kan tilknytningspersonens svar være helt annerledes enn før. Barnet erfarer at det er ikke er sammenheng i svar fra tilknytningspersonen (Wennerberg, 2011).

Det følelsesmessige samspillet er i henhold til Bowlby, med tilknytningspersonene svært viktig fordi dette legger grunnlaget for hvordan barnet tenker, hvordan det føler og hvordan handlingene blir i fremtiden (Wennerberg, 2011). Hvordan barnet og tilknytningspersonen samspiller, vil ha noe å si for hvordan barnet danner indre mentale bilder av seg selv og andre og hvordan det oppfatter seg selv og andre (Wennerberg, 2011). Hvordan barnet møtes av tilknytningspersonen sin i forhold til sine tanker og følelser gir barnet erfaringer som igjen påvirker barnets handlinger.

I følge Bowlby er det når barnets redsel og barnets behov blir aktivert hvor det trenger en annen person som kan hjelpe med å regulere det ned, mens det ifølge Schore er reguleringen av følelser i tillegg til redsel om har betydning for tilknytningen (Wennerberg, 2011). Barnet kan bli overveldet av sine følelser, både positive og negative, og det er derfor viktig at barnet får hjelp til å regulere disse. Dersom barnet ikke får hjelp til å regulere sine følelser av en annen person som regulerer seg selv, kan barnet som en konsekvens oppleve at dette kan bli personlighetstrekk i voksen alder (Wennerberg, 2011).

Ved desorganisert tilknytning, vil barnet oppleve at måten det håndterer stress på er ustabil ved at små triggerer kan medføre kraftig stress hos barnet, og at systemet som håndterer stress hos barnet tar lang tid før det roer seg ned igjen (Wennerberg, 2011).

## **2.2. Mentalisering**

Mennesket utvikles i relasjoner med andre. Mentalisering handler om å forstå seg selv fra utsiden og forstå den andre fra innsiden. Med dette menes det å forstå sine egne og andres tanker, følelser og handlinger (Wennerberg, 2011). Trygg tilknytning har sammenheng med mentalisering. Barn som opplever utrygg tilknytning har større vansker med det å kunne mentalisere. For å utvikle evnen til å kunne mentalisere, er trygghet en forutsetning (Wennerberg, 2011). Det er ved at tilknytningspersonene speiler barnet i forhold til barnets affekter, at barnet kan forstå seg selv og sine følelser mer og kan klare å regulere sine følelser. På denne måten vil barnet kunne forstå seg selv mer (Wennerberg, 2011). Det å kunne mentalisere affekter handler om å kunne



kjenne igjen følelser og skille de fra hverandre, det å kunne regulere følelsene sine opp eller ned og det å kunne verbalisere følelsene.

### **3. 0 Metode og analyse**

Kvalitative studier handler om å få økt forståelse (Friberg, 2017). I denne studien er forskningsspørsmålet: hva beskriver forskningsfeltet om hvordan mentaliseringsbasert terapi erfarer i praksis. Da fokuset mitt er på erfaringer fra praksis knyttet til mentaliseringsbasert terapi, ønsker jeg å finne forskning som sier noe om dette tema. Jeg har valgt å bruke et kvalitativt utforskende design, og har brukt kvalitativ litteratur oversikt som metode for å få en oversikt over forskningen som finnes på det området det forskes på (Dixon-Woods, Agarwal, Jones, Young, & Sutton, 2005; Malterud, 2017).

Kvalitativ litteratur oversikt handler om å gjøre en litteraturstudie for å skaffe en oversikt over all forskning for så å gå gjennom disse og vurdere om de er relevante og om de er av god kvalitet (Friberg, 2017).

Det ble utført litteratursøk. Disse forskningsartiklene ble gjennomgått ut fra søkeord som ble brukt. En del artikler ble ekskludert ut fra manglende relevans samt at de kvalitetsmessig faller bort. Kritikkk har blitt rettet mot det å gjøre litteratur oversikter blant annet fordi forskeren kan velge ut forskning som støtter opp under det forsker ønsker å undersøke (Friberg, 2017). Det er viktig med transparens i forskningsprosessen slik at man sikrer at andre kan gjøre de samme søkene og komme frem til de samme funn som har blitt gjort i denne studien (Malterud, 2017).

I denne studien ble funn fra de inkluderte artiklene gjennomgått for å få oversikt over innholdet for å skape mening og forståelse. Resultatene fra hver enkelt studie ble

oppsummert og sammenlignet med hverandre for å se om det var tema som gikk igjen i flere studier og om noen tema skilte seg ut. De ulike studiene ble gjennomgått flere ganger for å få tak på innholdet og erfaringene. Funn i denne studien er delt inn i en hovedkategori som har tre underkategorier.

### **3.1. Inklusjonskriterier**

Inklusjonskriterier til denne studien var: mentaliseringsbasert terapi, siste 10 år og språk på engelsk, norsk, dansk og svensk.

### **3.2. Strategi for litteratursøk**

Det ble utført litteratursøk i Academic Search Premier, Medline, Cinahl, Embase og PsycInfo. Universitetsbibliotekarer ved Universitetet i Stavanger har bidratt med hjelp til litteratursøk. Det ble søkt etter artikler fra de siste 10 år, fra januar 2011 til og med april 2021.

Søkeord i databasene Academic Search Premier, Medline og Cinahl var: «mentali\* based» AND (treatment\* OR therap\*). Funn i Academic Search Premier viste 203 artikler, funn i Medline viste 192 artikler og funn i Cinahl Full text viste 135 funn. Søkeord i databasene Embase og PsycInfo var: (mentali\* based adj2 (treatment\* OR therap\*)). Funn i Embase viste 11 artikler, og funn i PsycInfo viste 310 artikler.

Totalt antall treff var  $530 + 11 + 310 = 851$ . Antall duplikater ble fjernet i Endnote samt manuelt gått gjennom listen på treff. Totalt antall treff er: 475.

Disse artiklene ble grovsortert i forhold til relevans ut fra søkeord og sammendrag. Da var det igjen 81 artikler. Sammendragene til disse artiklene ble gjennomgått på nytt for kartlegging med tanke på relevant metode som er brukt. Totalt 70 artikler ble ekskludert bort. 58 av disse artiklene hadde feil studiedesign og 4 av artiklene handlet om barn, ungdom og foreldre. Det var 8 artikler som ikke sa noe om erfaringer og MBT. Disse

totalt 70 artikler ble ekskludert bort. Da var det til sammen 11 artikler som ble lest i fulltekst og som oppfylte inklusjonskriteriene og som sa noe om mentaliseringsbasert terapi (Figur 1). En kategori med felles erfaringer og tre underkategorier som var spesifikk for hvert sitt område ble identifisert.

### **3.3. Evaluering av kvalitet**

#### **3.3.1. Kvalitetssjekk av inkluderte artikler**

Kvaliteten til de inkluderte artiklene ble evaluert i henhold til CASP, the Critical Appraisal Skills Programme, som er en metodologisk sjekklister for å kartlegge kvalitative studier (CASP, 2018 ). Artiklene ble lest i full tekst og evaluert av meg og skåret i henhold til denne sjekklister. Se Vedlegg 1 for oversikt over evalueringen av artiklene i henhold til CASP (CASP, 2018 ). Se Vedlegg 2 for eksempel på evaluering. Av de totalt 11 inkluderte artiklene var det 7 artikler med høy skåring, 3 artikler med moderat skåring og 1 artikkel med lav skåring.

#### **3.3.2. Metode og analyse i inkluderte artikler**

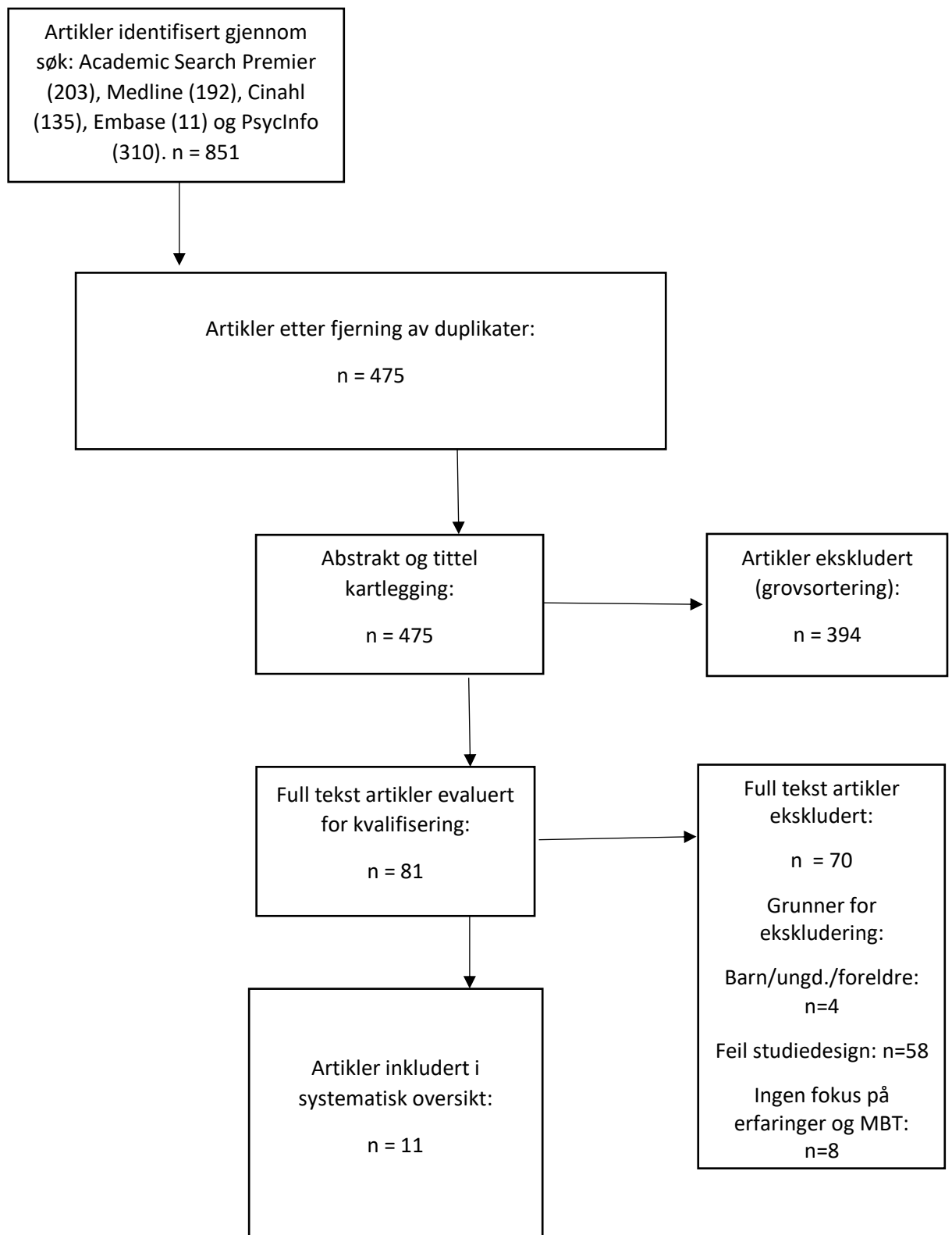
De inkluderte artikler har ulike kvalitative tilnærminger som fortolkende fenomenologisk, refleksiv tilnærming, levd erfaring, idiosynkratisk, idiografisk og fenomenologisk. En artikkel gjorde bruk av mixed methods, med en kvantitativ del og en kvalitativ del. Datainnsamlingen hos de inkluderte artiklene ble utført ved observasjoner av video-opptak samt ved fokusgruppeintervjuer, semi-strukturerte dybde intervjuer med deltakere utført med deltaker og intervjuer i samme rom, og semi-strukturert intervju utført per telefon med deltakerne. De inkluderte artiklene bruker forskjellige måter for analyse av sine data. Det brukes interpretative phenomenological analysis, tematisk analyse, nVivo dataprogram, induktiv tematisk analyse, hermeneutisk fenomenologisk epistemologi og delprosessanalyse.

### **3.3.3. Valg av artikler**

Inklusjonskriterier for valg av artikler var mentaliseringsbasert terapi og at de gjaldt de siste 10 årene, samt at språkene var engelsk, norsk, svensk og dansk. Da studien handler om erfaringer fra praksis, har det stor betydning at artiklene som inkluderes sier noe om hva erfaringer fra praksis er. Valgte ikke å begrense utvalget da ønsket var å finne studier som sa noe om erfaringene i forhold til MBT. Dette for å kunne utforske hva erfaringene med å ha fått mentaliseringsbasert terapi, er som en helhet, både fra pasienters ståsted og fra personalets ståsted.

Litteratursøk gav et resultat på 851 treff. Etter å ha fjernet duplikater, var det 475 artikler igjen. Ved en grovkartlegging av å lese titler, søkeord og sammendrag til artiklene, er det igjen 81 artikler. Disse 81 artikler gjennomgås på nytt i forhold til sammendrag og bruk av relevant metode for å finne de som er mest informasjonsrike og som kan gi ny kunnskap om erfaringer fra praksis. Av 81 artikler, ekskluderes 70 hvor 4 av disse er relatert til barn, ungdom og foreldre og 58 har feil design og de resterende 8 har lite fokus på mentaliseringsbasert terapi og erfaringer. Det er 11 artikler som inkluderes i studien min hvor disse leses i fulltekst.

Figur 1. Litteratur prosess



#### **4.0 Funn og resultater**

De 11 inkluderte artiklene i studien min ble evaluert i forhold til CASP (CASP, 2018 ), se tabell 1.

Studien handler om mentaliseringsbasert terapi – erfaringer fra praksis. De artiklene som inkluderes i denne studien handler om mentaliseringsbasert terapi. Deltakerne som er med i de ulike studiene har alle deltatt i MBT. Det betyr at i 10 av 11 studier har pasientene deltatt i individuell terapi og gruppeterapi ukentlig over flere måneder. I den siste studien er det sykepleiere som har fått opplæring i ferdigheter i MBT.

Mål med å delta i MBT er blant annet å øke sin evne til å kunne mentalisere (Folmo, Karterud, Kongerslev, Kvarstein, & Stänicke, 2019). Det å mentalisere over hendelser og erfaringer fra sitt eget liv, bidrar til økt forståelse for seg selv (Ware, Wilson, Tapp, & Moore, 2016). I en av studiene gav pasientene uttrykk for at de i forkant av MBT ikke klarte å mentalisere, men at denne ferdigheten ble lært etter endt behandling (Johnson, Mutti, Springham, & Xenophontes, 2016). Ved å bli bevisst over egen og andres sinnstilstand ble pasienten bedre i stand til å reflektere og se ulike situasjoner i nytt lys (Lonargain, Hodge, & Line, 2017).

Tema som dukket opp ved gjennomgang og analyse av disse studiene og som gav svar på forskningsspørsmålet; hva beskriver forskningsfeltet om hvordan mentaliseringsbasert terapi erfares i praksis, er samlet i kategorier, se tabell 2.

Tabell 1. Oversikt over inkluderte artikler.

Nr. / År	Forfatter/tittel	Mål/ Forsknings spørsmål	Metode	Nøkkelresultater/ Konklusjoner relatert til mentaliserings- basert terapi
1) 20 16	Dyson & Brown The experience of mentalization-based treatment: an interpretative phenomenological study.	Å anerkjenne stemmene til de som erfarer BP og så gjennomgår behandling. Hva er erfaringen med MBT for individer diagnostisert med BPD?	Kvalitativ metode. Strategisk utvalg. Deltakere ble invitert til å delta ut fra sin erfaring og kunnskaper med MBT. Utvalget bestod av seks kvinner med BPD diagnose som hadde vært i MBT behandling i minst 6 måneder. Kritisk, dybde analyse av erfaringer til individene. Intervju utført i gruppen for å få deres erfaringer med MBT. Det ble brukt Interpretative Phenomenological Analysis (IPA) for å analysere data.	Erfaringene fra MBT handler om tilknytning og det å skape identitet. Flere av deltakerne opplevde MBT som nyttig, men det var vanskelig å si hvordan MBT hadde hjulpet dem. Alle deltakerne hadde opplevelser om å fortsatt være syk etter MBT, mens de hadde håpet på å bli kurert.
2) 20 17	Falconer et al. Adjunctive avatar therapy for mentalization-based treatment of borderline personality disorder: a mixed-methods feasibility study.	Å finne ut om det å bruke visuell programvare ville fremme terapi.	Mixed-methods ble brukt i studien. Det ble brukt tilleggs programvare i fire gruppetimer i MBT. Kvantitativt ble gjennomførbarheten evaluert ved bruk av selvrappingsskje ma om mentalisering og humør. Kvalitative intervjuer ble utført for å evaluere erfaring til brukerne og holdninger og tro mot en tilleggs avatar (virtuell kropp)-MBT. Totalt 11 deltakere	Deltakerne opplevde det å bruke avatar-MBT som svært nyttig og fremmet ønske om videre bruk grunnet dens innvirkning og effekt i forhold til vanlig MBT. Funn fra studien foreslår at bruk av programvare kan gi bedre terapeutisk effekt. Både de visuelle effekter og interaktive kvaliteter til avatar-MBT

			gjennomførte fire avatar-MBT timer og 9 deltakere deltok i kvalitative semi-strukturerte intervjuer. Tematisk analyse ble brukt for analyse av funn.	hadde effekt på deltakerne i form av oppmerksomhet og deltakelse i timer.
<b>3) 20 19</b>	Folmo et al. Battles of the Comfort Zone: Modelling Therapeutic Strategy, Alliance, and Epistemic Trust – A Qualitative Study of Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder	Å utforske terapeutiske dialoger i terapitimer, med fokus på strategisk kompetanse hos terapeuten, samarbeidende alliansen mellom terapeut og pasient og pasientens indikasjon på epistemisk tillit.	Kvalitativ analyse. Av 108 individuelle MBT terapitimer, ble de mest avvikende 4 individuelle MBT terapitimene valgt. Timer som ble vurdert å ha høy skår på etterlevelse i MBT og lav skår på etterlevelse i MBT ble valgt. De ble skåret i forhold til etterlevelse og kvalitet. Videopoptak ble transkribert. Fortolkende fenomenologisk analyse (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA) ble brukt for utforsking av fenomener som strategisk kompetanse og allianse.	Fokus på mentalisering og sinnstilstander ble funnet i terapitimer med høy etterlevelse av MBT. Disse timene var preget av terapeutens fokus på å være aktivt tilstede, bruk av strategisk kompetanse, allianse og evne til å ha kamper i komfortsonen. Timer med lav skåring på etterlevelse i MBT viste terapeutens manglende fokus på tema og viste manglende terapeutisk bruk av MBT.
<b>4) 20 20</b>	Gardner et al. The weirdness of having av bunch of other minds like yours in the room: The lived experience of mentalization-based therapy for borderline personality disorder.	Å bedre forstå tjenestbrukeres levde erfaringer med MBT, inkludert deres erfaringer med endring.	Semi-strukturerte intervjuer ble utført med åtte MBT tjenestbrukere. Deltakerne hadde deltatt i minst 6 måneder med MBT poliklinisk). Intervjuene ble transkribert. Intervjuene ble analysert ved bruk av fortolkende	Deltakerne hadde varierte erfaringer med MBT. De fleste erfarte at den terapeutiske relasjonen var viktig og nødvendig for endring. Gruppeterapi ble sett på som utfordrende men nyttig i forhold til



			fenomenologisk analyse (Interpretative Phenomenological Analysis, IPA).	normalisering og samhold da BPD har vansker med mellommenneskelige relasjoner. Tre overordnede tema dukket opp: «å være borderline», «å være i gruppa» og «å være på en reise».
<b>5) 20 16</b>	Johnson et al. Mentalizing after mentalization based treatment	Å utforske kunnskapshullet mellom sosial inkludering og ferdigheter i mentalisering etter å ha fullført et intensivt MBT program.	Levd erfaring ble utforsket gjennom tidslinje. Tre mennesker hadde fullført intensivt MBT program. De tre deltakerne hadde fullført MBT et til to år tidligere. Studien ble medprodusert av fagfolk og tjenestebrukere på alle plan. Heuristisk metode har som mål å skape struktur av erfaringer langs en tidslinje. Fokusgruppeintervju er utføres i etterkant angående denne tidslinjen for å skape en distanse til tema. Intervjuene tas opp på lydbånd. Disse lydopptakene lyttes til som om det var noen andre som snakket. Det ble brukt induktiv tematisk analyse som tilnærming.	Før MBT erfarte deltakerne at sosial kontakt var vanskelig, som igjen kunne medføre ensomhet og isolasjon. Da kunne de ty til metoder som gav spenning, eller trøst, som mat, stoffmisbruk, rydding og selvskade da de erfarte dette som bedre enn å være sosiale. Humøret skiftet ofte. Etter MBT var erfaringene at de hadde mindre selvhat. Ved tidslinjen erfarte de at de trengte å presse seg ut av sin komfortsone i sosiale settinger. Mentalisering gav effekt ved at de kunne glede seg over ting. Erfarte bedre sosial inkludering.
<b>6) 20 17</b>	Lonargáin et al. Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline	Å utforske hva tjenestebrukerne erfarer etter å ha deltatt i mentaliseringsbasert terapi.	Semi-strukturerte intervjuer ble utført. Syv voksne deltakere ble intervjuet. Deltakere deltok intensiv poliklinisk	Deltakerne erfarte at gruppetimer var utfordrende. De opplevde gjennom MBT at utvikling av tillit var viktig.

	personality disorder		behandling for MBT for BPD pasienter. Intervjuer ble transkribert. Data ble analysert etter interpretative phenomenological analyse (IPA).	Strukturen på MBT og varighet av deltakelse i MBT hadde innvirkning for tillit. Deltakerne fikk endre syn på verden relatert til nye perspektiver.
<b>7) 20 19</b>	Morken et al. Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomatology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment?	Å utforske erfaringer hos kvinnelige pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse og stoffmisbruk i forhold til psykologiske endringsprosesser etter mentaliseringsbasert terapi.	Semi-strukturerte kvalitative intervjuer utført på 13 deltakere om erfaringer fra mentaliseringsbasert terapi. Tematisk analyse ble valgt innenfor hermeneutisk-fenomenologisk epistemologi.	Funn i studien viser at pasientene erfarte endringer etter MBT behandling. Dette innebar endringer som blant annet handlet om erfaringer knyttet til følelser, det å tenke gjennom ting, det å få nye perspektiver på seg selv og andre og endringer i mellommenneskelige relasjoner.
<b>8) 20 18</b>	Samuelsson & Rosberg Nonverbal affect attunement in mentalization based treatment for patients with borderline personality disorder	Beskrivelse og analyse av den nonverbale affektinntoningen i forhold til den verbale dialogen i mentaliseringsbasert terapi (MBT) for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPD).	Delprosessanalyse som er en kvalitativ metode for analyse av videoopptak. Fem kvinnelige pasienter med BPD og som deltok i 18 måneders pågående MBT program. Videoopptak av 5 individuelle MBT timer med terapeut og pasient med BPD ble analysert med delprosessanalyse. Timene ble transkribert, så kryssanalyse av hele materialet. Består av 3 deler; 1) beskrivelse av det som skjer verbalt i interaksjonen, 2) analyse av nonverbal	Denne studien viser at affekter blir formidlet kroppslig. Funnet i studien viser at nonverbal affektinntoning har effekt for den terapeutiske prosessen ved at det er samsvar mellom det som formidles verbalt og nonverbalt. Manglende nonverbal affektinntoning kan både støtte og ikke støtte den terapeutiske prosessen. Ved ingen affektinntoning som ikke støtter

			kommunikasjon (metakommunikasjon) og 3) relasjonen som består av tema og metakommunikasjon .	prosessen terapeutisk, var terapeuten utilgjengelig nonverbalt.
<b>9) 20 19</b>	Thomas & Jenkins The journey from epistemic vigilance to epistemic trust: service-users experiences of a community mentalizaion-based treatment programme for Anti-Social personality disorder (ASPD)	Å utforske erfaringer hos lovbrøyttere med ASPD som har deltatt i MBT program i samfunnet.	Kvalitativ metode. Semi-strukturerte intervjuer ble utført med 6 deltakere. Intervjuene ble transkribert. Tematisk analyse ble brukt for analyse av data, samt for strukturering og visning av funn.	Funn i studien viser at deltakerne fikk nye erfaringer i forhold til tema i MBT som ble diskutert og de lærte seg mer fleksibilitet på flere områder. De erfarte at de kunne se andres perspektiver. De fremhev de positive aspektene av MBT. De erfarte størst nytte av individuelle timer. Det å ha tilknytning til et trygt miljø kan ha lagt til rette for bedre evne til mentalisering.
<b>10) 20 16</b>	Ware et al. Mentalisation-based therapy (MBT) in at high-secure hospital setting: expert by experience feedback on participation	Å utforske erfaringer til individer som deltar i MBT gruppebehandling og individuell behandling i en sikkerhetsavdeling i sykehus.	Kvalitativ design. Semi-strukturerte intervjuer utført på 4 deltakere. Disse ble tatt opp på bånd, og så transkribert. Transkriptene ble analysert ved interpretative phenomenological analysis (IPA) for å forstå erfaringene. Deltakere hadde fullført 18 måneder i MBT, både med gruppe- og individuelle timer).	Deltakerne erfarte at det å gå i MBT var utfordrende da de var krevende å dele personlige ting samt tiden det tok å fullføre programmet. De erfarte at ved bruk av mentalisering kunne de forstå seg selv og andre bedre samt at dette kunne legge føringer for deres atferd og følelser.
<b>11) 20 15</b>	Warrender, D Staff nurse perceptions of	Å finne ut av hvordan sykepleierne erfarte at MBT-S påvirket dem	Ni sykepleiere fikk 2 dagers opplæring i MBT-S. Disse ni	Før personalet fikk opplæring erfarte de at BPD

	the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study	i sin praksis i møte med pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPD) i akutt psykiatrisk avdeling.	sykepleierne i akutt avdelinger deltok i fokusgruppeintervjuer på en størrelse på 4 og 5. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd før de ble transkribert. En interpretative phenomenological analysis ble brukt i dataanalysen.	var krevende å jobbe med. Etter kurs med MBT-S fikk de nye verktøy å bruke i forhold til blant annet holdninger og tilnærming til pasientene.
--	---	---	--	---

## 4.1. Inkluderte studier

### 4.1.1. Poliklinisk MBT

Det er 7 studier som handler om poliklinisk MBT. Hvor lenge deltakerne har deltatt i MBT varierer, alt fra 12 timer inntil 3 år. I disse studiene er det pasientgruppen BPD som er gjeldende for 4 studier (Dyson & Brown, 2016; Falconer et al., 2017; Gardner, Wright, Elliott, Graham, & Fonagy, 2020; Lonergan et al., 2017), og en studie handler om BPD kombinert med rusbruk (Morken, Binder, Arefjord, & Karterud, 2019), og den andre studien handler om pasienter med antisosial PF som deltar (Thomas & Jenkins, 2019) og den siste studien har ikke spesifisert diagnose på sine pasienter (Johnson et al., 2016).

### 4.1.2. Video opptak av terapitimer

Det er 2 studier hvor den ene studien har fokus på selve terapitimene i forhold til etterlevelse og kompetanse i MBT (Folmo et al., 2019), og en studie som har fokus på den nonverbale affektinntoningen i terapitimer (Samuelsson & Rosberg, 2018).

### 4.1.3. MBT gitt i sikkerhetsavdeling i sykehus

Det er 1 studie som har fokus på erfaringer hos inneliggende pasienter i sikkerhetsavdeling i sykehus hvor to av pasientene har paranoid schizofreni kombinert med antisosial PF, en pasient har BPD kombinert med antisosial PF og den siste

pasienten har uspesifisert personlighetsforstyrrelse kombinert med depressiv lidelse (Ware et al., 2016).

#### **4.1.4. Opplæring av sykepleiere i MBT-S (ferdigheter)**

Det er 1 studie som har fokus på sykepleiere i en akutt avdeling som gis 2 dagers opplæring i forhold til ferdigheter i MBT, MBT-S (Warrender, 2015). Her er pasientgruppen BPD. Her er fokuset på hvilken innvirkning MBT har på sykepleieres holdninger og praksis i møte med mennesker med BPD.

#### **4.2. Felles erfaringer**

Funn i de inkluderte artikler viser at det er noen fellestrekk med erfaringene fra pasienter, erfaringer fra terapitimer og erfaringer fra sykepleiere i akutt avdeling i sykehus, se tabell 2.

Tabell 2. Oversikt over resultater.

<b>Felles erfaringer</b> Tillit Fokus på følelser Nye perspektiver Endringer fra praksis		
<b>Erfaringer fra pasienter</b>	<b>Erfaringer fra terapitimer</b>	<b>Erfaringer fra sykepleiere i akutt avdeling i sykehus</b>
Syn på meg selv	Sterk allianse vs. svak allianse	Holdninger før og etter MBT opplæring
Selvregulering	Utfordre vs. blidgjøre	Jobbe mot felles mål i avdelingen
Deltakelse i gruppeterapi	Strategisk kompetanse vs. manglende strategiske kompetanse	Fokus på empati
Deltakelse i individualterapi	Nonverbal affektinntoning vs. manglende nonverbal affektinntoning	Tåle å stå i situasjoner med ubehag
Mellommenneskelige relasjoner		

#### 4.2.1. Tillit

Pasientene erfarte i studiene at de hadde manglende tillit til andre mennesker (Thomas & Jenkins, 2019), men at de etter å ha deltatt i MBT fikk ny erfaring med å våge å stole

på andre mennesker, både deltakere og terapeuter (Lonergain et al., 2017). Deltakere rapporterte om viktigheten av tillit i den terapeutiske relasjonen, og begrepet epistemisk tillit som handler om å se og stole på det som blir formidlet av andre perspektiver enn bare sitt eget i situasjoner med bruk av mentalisering (Gardner et al., 2020; Morken et al., 2019).

I terapitimer, viste resultater at fra de høyt skårede timene hadde pasienten tillit til terapeutens hjelp i form av refleksjon, utforskning, forståelse, utfordring av pasienten og hjelp til pasienten med å se sammenhenger, og koble og forstå disse hendelser sammen med pasientens uheldige væremåte og oppførsel slik at pasienten skulle forstå innholdet (Folmo et al., 2019).

Sykepleierne i akutt avdeling fikk opplæring i ferdigheter i MBT som igjen gav dem kunnskaper og ferdigheter i forhold til hvordan samhandle på best måte med pasienter. Sykepleierne fikk økt tillit til seg selv og sine kollegaer i forhold til sine økte kunnskaper og forståelse (Warrender, 2015).

#### **4.2.2. Fokus på følelser**

Deltakelse i MBT medførte økt oppmerksomhet på følelser. Ved å håndtere og å tåle og stå i følelsene, opplevde de å kunne tolerere disse på annen måte enn før, noe de opplevde som nyttig. Vanskelige følelser ble tidligere håndtert med rus (Morken et al., 2019), utagering og selvskading (Lonergain et al., 2017). Noen pasienter erfarte at de etter å ha deltatt i MBT opplevde at de satt igjen med utfordrende følelser selv om de opplevde at symptomene ble mindre (Dyson & Brown, 2016).

En studie handler om etterlevelse og kvalitet i MBT i terapitimene. Funn viser til et skille mellom høy skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT i forhold til lav skåring hvor timer med høy skåring har fokus på mentale tilstander som affekter hos pasientene og affekter hos terapeuten. I terapitimer med høy skåring, har terapeuten kompetanse til å snakke om tema som vekker følelser hos pasienten og hvor terapeuten tåler å stå i

ubehaget dette fremkaller. Terapeuten tåler pasientens følelsesuttrykk, uten at terapeuten overveldes av eget ubehag som vekkes. Terapeuten er bevisst på egne motoverføringsreaksjoner og «tåler» å utfordre og konfrontere pasienten (Folmo et al., 2019). Terapitimer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT, har terapeuter som unngår å ta opp tema med pasienten som fremkaller ubehagelige opplevelse hos terapeut og pasient.

Sykepleiere i akutt avdeling i sykehus, erfarte endringer i egne følelser knyttet til BPD ved økt fokus på forståelsen av følelser bak pasientenes atferd som for eksempel selvskadingsatferd. Økt fokus på følelser og holdninger hos sykepleierne. Sykepleierne ble tilbudt veiledning. 3 av 9 sykepleiere deltok, hvor de opplevde dette som nyttig, de resterende 6 kunne ikke delta som følge av travelhet i avdeling. Sykepleierne opplevde følelse av empowerment (Warrender, 2015).

#### **4.2.3. Nye perspektiver**

Pasientene erfarte, ved å delta i MBT med individuell terapi og gruppeterapi, å få nye perspektiver. Det innebar hjelp til refleksjon over egne situasjoner og se ting fra andres perspektiv (Lonergain et al., 2017) samt at det bidro til redusert (Gardner et al., 2020). Ved refleksjon over seg selv og holde fokus innover, kunne de ta ansvar for sine handlinger (Morken et al., 2019). En studie (Falconer et al., 2017) viste at det å bruke avatar programvare (avatar-MBT) i tillegg til vanlig MBT økte pasientenes evne til å ta andres perspektiver på en bedre måte. Det var lettere for dem å visuelt se og ta den andres perspektiv i forhold til å uttrykke seg verbalt samt at det var lettere å konsentrere seg ved bruk av avatar-MBT (Falconer et al., 2017).

Pasienter fikk erfaringer med at andre tenkte om og på dem i gruppen, som gjorde at de ble oppmerksom på hvordan andre oppfattet dem og hvordan de oppfattet andre, som igjen førte til økt bevissthet rundt egen samhandling med andre mennesker (Ware et al., 2016). Pasientene fikk økt kunnskaper om hvordan mentalisering og atferd henger sammen og hvordan MBT gav kunnskap og ny erfaring med det å forstå, regulere og bearbeide overveldende og intense følelser (Ware et al., 2016).



Pasienter opplevde skifte fra et syn på det som skjedde som enten – eller til etter å få nye erfaringer knyttet til oppmerksomhet på nyanser i eget liv. De lærte at det var flere sider til en sak, og at ting ikke alltid var slik de oppfattet det som, de lærte seg å se fra andre perspektiver (Thomas & Jenkins, 2019).

Terapitimer ble beskrevet som kamper i komfortsonen ut fra både terapeutens perspektiv og ut fra pasientens perspektiv. Fokus på mentalisering var vanskelig, på grunn av pasientens sterke følelsesuttrykk, som kunne medføre at ubehag hos terapeuten. Timer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT viste timer som bar preg av pasienters motbevisende argumenter til terapeutens forslag til andre perspektiv (Folmo et al., 2019).

Sykepleierne erfarte nye perspektiver på seg selv og pasienter med BPD ved at de fikk økt faglige kunnskaper og økt forståelse for pasienter med BPD (Warrender, 2015).

#### **4.2.4. Endringer fra praksis**

Pasientene lærte seg nye mestringsstrategier. Noen pasienter erfarte å bruke nye strategier uten å være klar over at det var MBT ferdigheter (Ware et al., 2016). Pasienter opplevde endringer i hverdagen ved at tidligere forhåndsømming av andre endret seg ved at de lærte seg å se fra andres perspektiver (Lonargain et al., 2017). Pasienter lærte seg nye måter å agere på hvor de tidligere hadde utagert hvor de nå klarte å regulere seg ned ved å la vanskelige følelser passere. Nå klarte pasienter å se fra andres perspektiver enn sitt eget, og fikk et mer nyansert bilde av konfrontasjoner (Lonargain et al., 2017). Endringer i forhold til bedret mentalisering samtidig som frekvensen på selvskade og suicidale tanker ble redusert (Lonargain et al., 2017).

Terapitimer med høy skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT, opplevde pasienter at det var godt å få satt ord på vanskelige følelser ovenfor terapeuten, noe som medførte at hun opplevde seg sett og hørt av terapeuten som igjen resulterte i at hun kom i bedre kontakt med sine følelser (Folmo et al., 2019). Pasienter erfarte at MBT hadde hjulpet,

men var usikker på hvordan endringen var (Gardner et al., 2020). Pasienter erfarte at det var stor endring etter MBT hvor fokus var på refleksjon over tanker og følelser istedenfor å agere på dem, og ny læring bestod i å regulere ned stressnivået før handling (Gardner et al., 2020). Pasienter rapporterte om symptomreduksjon og læring av nye strategier i forhold egne til tanker, følelser og handlinger og at de opplevde at relasjonene deres ble bedre og at de erfaringene de gjorde i MBT kunne overføres til deres virkelige liv utenfor terapi (Gardner et al., 2020). Noen pasienter beskrev at deltakelse i MBT var som å være på en reise basert på deres erfaringer og deres opplevde endringer, selv om det var vanskelig å sette ord på hvordan endringen hadde skjedd (Gardner et al., 2020).

Deltakelse i gruppeterapi gav pasientene erfaring med å forholde seg til andre pasienter og terapeuter, noe som var nyttig når man i livet utenfor terapien erfarte at man opplevde vanskeligheter. Erfaringen nå var å huske tilbake og reflektere over erfaringene de hadde gjort sammen som gav dem ny erfaring om det å bli forstått (Johnson et al., 2016). Å se glede og håp i små hverdagslige ting, samt det å kunne oppnå sosial kontakt med andre mennesker og finne glede i det, var endringer hos pasienter (Johnson et al., 2016).

Pasientene erfarte at MBT brukte verktøy som refleksjon over seg selv og andre, og til å tolerere vanskelige og intense følelser slik at disse kunne reguleres ned og håndteres på annen måte enn å utagere (Ware et al., 2016).

Pasientene erfarte at MBT hadde innvirkning på deres liv i forhold til å høre etter og tenke seg om før de handlet, samtidig som at de fikk nytt syn på relasjoner (Thomas & Jenkins, 2019). Pasientene gav uttrykk for at å mentalisere var mer utfordrende fordi det krevde mer av dem både fysisk, psykisk og følelsesmessig enn for eksempel det å miste besinnelsen som de hadde gjort før (Thomas & Jenkins, 2019). I en studie opplevde deltakerne at de følte at de var blitt dårligere etter start med MBT (Dyson & Brown, 2016).

Funn fra terapitimer viste et skille mellom timer med høy skåring og lav skåring i forhold til etterlevelse og kvalitet i MBT i forhold til terapeutens faglige kvaliteter og kompetanse. Det handler terapeutens faglige fokus samt terapeutens nysgjerrighet og personlige engasjement sammen med pasienten. Timer med nonverbal affektinntoning som støtter den terapeutiske prosessen, handler det om at terapeuten bruker sin oppmerksomhet og kroppsspråk i samhandling med pasienten for å matche pasienten i det pasienten formidler med ord og kroppsspråk, noe som igjen er med på å hjelpe å regulere pasientens følelser (Samuelsson & Rosberg, 2018).

Sykepleierne opplevde endringer. Tidligere opplevde de at pasientene var vanskelige med vilje. Ved å møte pasientene med økt forståelse av det som lå bak deres atferd gjorde dem mer empatiske (Warrender, 2015).

### **4.3. Erfaringer fra pasienter**

Største delen av de inkluderte artikler har fokus på hva pasientene erfarer etter å ha deltatt i MBT behandling. Noe av det som er felles for artiklene, er at pasientene gir tilbakemelding på å lære noe nytt når de går i MBT behandling.

#### **4.3.1. Syn på meg selv**

Pasienter erfarte i forkant av MBT å oppleve at å være i sosiale settinger med andre mennesker var vanskelig, på grunn av sin mistenksomme og fiendtlige innstilling mot andre, som gjorde det vanskelig å få kontakt med mennesker, som medførte isolasjon og ensomhet og en opplevelse av selvhat (Johnson et al., 2016). Pasienter erfarte at de hadde lite forventninger til MBT (Ware et al., 2016). En pasient sa at hun ikke engang var klar over at hun slet (Dyson & Brown, 2016) før hun startet i behandling. En pasient opplevde i etterkant av MBT behandling å se seg selv for første gang da hun hadde blitt klar over sine tidligere mestringsstrategier i livet og at dette gjorde henne trist (Johnson et al., 2016). Pasienter lærte å få nytt og bedre syn på seg selv og andre (Lonergain et al., 2017). Pasienter med BPD brukte benevnelse om seg selv som å være «svart-hvitt» og at personligheten delte opp før de startet i MBT (Gardner et al., 2020). Ved å starte i

MBT hadde pasienter ønsker om å bli frisk fra sin BPD. De erfarte at de ikke ble kurert noe som de opplevde som trist (Dyson & Brown, 2016).

#### **4.3.2. Selvregulering**

Pasienter erfarte å få nye måter å mestre livet på. De opplevde å bruke selvrefleksjon om seg selv og i mellommenneskelige relasjoner (Morken et al., 2019). Etter deltakelse i MBT, erfarte pasienter at de lærte å forholde seg til eget sinn på ny måte. Pasienter reagerte hyppig impulsivt uten klare grunner for det. Nå opplevde de å kunne regulere og ha kontroll over sine impulser, og samtidig kunne tenke og reflektere over seg selv, sine handlinger og sine sinnstilstander (Morken et al., 2019). I en studie erfarte deltakerne å kunne forstå bedre sine følelser og hvordan de kommer til uttrykk samtidig som de opplevde å regulere dem bedre og på annen måte enn ved utageringer (Ware et al., 2016).

#### **4.3.3. Deltakelse i gruppeterapi**

Noen pasienter opplevde gruppeterapi timene som utfordrende da de opplevde at det var noen få gruppemedlemmer som dominerte og gav lite plass til dem selv og dette ble vanskelig for dem å tolerere (Ware et al., 2016). Noen pasienter syntes det var vanskelig å dele personlige ting med de andre mens andre opplevde vansker med å snakke om sine sinn (Ware et al., 2016). Ved økt trygghet i gruppeterapien, kunne pasienter bidra (Ware et al., 2016). I studien ved bruk av avatar-MBT i tillegg til vanlig MBT erfarte pasienter at bruk av programvare gjorde det lettere å delta i gruppeterapitimer da andre deltakere bidrog med sine perspektiver, mens i de individuelle timene kunne andre tema diskuteres i dybden ved behov (Falconer et al., 2017). I studien med pasienter med antisosial PF som fikk MBT, erfarte de at gruppen var lyttende og nysgjerrig, at den bidrog til forståelse samt at den bidrog til at de ikke følte seg forhånds dømt og at det var gjennomskiktig, noe som hjalp pasientene med å være nysgjerrig på seg selv og sine følelser og sine mellommenneskelige relasjoner (Thomas & Jenkins, 2019).

I en studie erfarte deltakerne at det å være i gruppeterapi hadde fordeler og ulemper. Pasienter erfarte å ha utfordringer i gruppeterapien i forhold til kontakt og manglende kontakt med både gruppemedlemmer og terapeut (Dyson & Brown, 2016).

Pasienter opplevde å verdsette kvaliteter hos terapeuten som det å skape tillit og ha empati, samt kvaliteter som det å kunne skape sammenhenger og stabilitet (Gardner et al., 2020). I denne studien erfarte også pasienter at å kunne se fra andres perspektiv var en nyttig gevinst i gruppeterapien, samtidig som de opplevde å få kontakt med andre gruppedeltakere (Gardner et al., 2020). Det var positive og negative erfaringer med deltakelse i gruppen, hvor en av pasientene erfarte at gruppen var et «nødvendig onde» mens en annen pasient opplevde at det å dele erfaringer fra egne og andres liv gav dem syn på at de ikke var alene (Gardner et al., 2020).

Noen pasienter opplevde gruppeterapi som vanskelig og utfordrende fordi de ikke så hensikt med den samt at de opplevde den som utrygg plass å være på grunn av uforutsigbarhet og at det gav ubehag (Lonargain et al., 2017). Noen pasienter opplevde vansker med tema som for eksempel suicidalitet mens for andre kunne andre gruppemedlemmer virke truende og skremmende (Lonargain et al., 2017). Det å uttrykke seg verbalt ble også ansett som vanskelig samtidig som det var utfordrende å våge å stole på andre samt at det kunne ta tid (Lonargain et al., 2017). I denne samme studien erfarte noen pasienter at det å være i gruppe med andre mennesker med de samme type utfordringer var nyttig (Lonargain et al., 2017). Noen pasienter erfarte at det å delta i gruppeterapi gav dem en sosial arena hvor de fikk kontakt med hverandre og skape tillit, noe som bidrog til bedre fungering (Johnson et al., 2016). Her erfarte de å begynne og lære seg å stole på andre hvor de tidligere hadde sett på andre mennesker som fiendtlige og ikke til å stole på, hvor de nå fikk nye opplevelser med å se på mennesker på en mer nyansert måte (Johnson et al., 2016)

#### **4.3.4. Deltakelse i individual terapi**

Pasienter beskrev at de idealiserte sin individuelle terapeut mens de devaluerte sin gruppeterapeut (Dyson & Brown, 2016). Noen av pasientene erfarte at de individuelle

terapitimene var nyttige da dette var en arena hvor de kunne oppleve trygghet sammen med terapeuten og samtidig bli utfordret (Thomas & Jenkins, 2019). I studien med avatar-MBT opplevde pasientene stor nytte av gruppeterapitimer, men de verdsatte individuelle timer også hvor de opplevde å kunne gå i dybden av problemer da det var samtale mellom pasient og terapeut (Falconer et al., 2017). I en studie opplevde pasienter at det var lettere å kunne få tillit i individuelle terapitimer samtidig som at de lærte seg hvordan bruke mentalisering i sitt daglige liv (Lonergain et al., 2017).

#### **4.3.5. Mellommenneskelige relasjoner**

Pasientene opplevde å få nye måter å forholde seg til andre på som følge av MBT. Dette gjorde at de lærte seg å reflektere over seg selv og andre i forhold til hvorfor andre handler som de gjør (Morken et al., 2019). Det var endring fra det å ta alt personlig til å kunne skille mellom ulike forklaringer og perspektiver på det som skjedde (Morken et al., 2019).

I en studiene opplevde pasienter innlagt i sikkerhetsavdeling å få ny erfaring og kunnskap om seg selv og hvordan deres handlinger hadde påvirket andre, samt at de ble klar over hvordan de tidligere hadde håndtert vanskelige følelser med utageringer, hvor de nå fikk ny erfaring med å sette ord på det istedenfor å angripe andre med vold (Ware et al., 2016). Pasienter opplevde å få empati for ofre ved bruk av mentalisering hvor de fikk se nye perspektiver på sine handlinger (Ware et al., 2016).

Etter fullført MBT opplevde pasienter å få nytt syn på mellommenneskelige relasjoner. Tidligere hadde de møtt nye mennesker med forhåndsdomming, men nå opplevde de en endring ved at de ikke ble ansett som truende (Johnson et al., 2016). De fikk et mer nyansert bilde på mennesker som ikke var helt svart-hvitt.

Å reflektere over egen og andres sinnstilstand virket å være en endring for noen pasienter i en av studiene (Morken et al., 2019). Pasientene opplevde å ha agens hvor man med sin personlige vilje har ansvar for hvordan de tenker og føler og for sine

handlinger (Morken et al., 2019). Pasienter i sikkerhetsavdeling opplevde at deltakelse i MBT gav dem ny forståelse om seg selv ved at de nå skulle mentalisere, setter ord på det og se for seg hvordan de begikk lovbrudd (Ware et al., 2016) for at de skulle forstå seg selv og andre bedre. Pasienter opplever at det deltakelse i MBT gav dem en følelse av tilknytning, et sted å høre til og dette gav dem en opplevelse av trygghet og at pasientene etter hvert opplevde tillit (Thomas & Jenkins, 2019).

Flere pasienter var åpne om sitt utrygge tilknytningsmønster, noe som gjør det utfordrende å mentalisere da mentalisering er noe som skjer innenfor rammene av en trygg tilknytning (Dyson & Brown, 2016). I en studie snakket en av pasientene om tilknytning på en negativ måte og som gav inntrykk av at det var noe feil med den som igjen medførte at pasienten hadde et syn på seg selv som opprørsk (Dyson & Brown, 2016). Pasienter erfarte at det som var viktig læring var i forhold til tilknytning og identitet (Dyson & Brown, 2016). Tilknytningsrelasjonen fra barndommen har mye å si for hvordan evnen til å mentalisere er (Samuelsson & Rosberg, 2018).

#### **4.4. Erfaringer fra terapitimer i MBT**

Funn viser at det er faktorer som både støtter den terapeutiske prosessen og som ikke støtter den terapeutiske prosessen. I de inkluderte artiklene var det to studier som hadde spesielt fokus på selve terapitimene (Folmo et al., 2019; Samuelsson & Rosberg, 2018).

##### **4.4.1. Sterk allianse vs. svak allianse**

Terapitimer hvor pasienten opplever trygghet og tillit til terapeuten danner grunnlag for etablering av allianse. I timer hvor pasienten er tydelig på at hun verdsetter terapeuten kompetanse gjør hun det synlig at hun har tillit til han. I den terapeutiske relasjonen er et mål å skape en erfaring av trygg tilknytning (Samuelsson & Rosberg, 2018). Målet er å øke mentaliseringskapasiteten hvor pasienten ved å ha tillit til terapeuten stoler på at terapeuten kan hjelpe henne med dette (Folmo et al., 2019).

I timer som har høy skår på etterlevelse og kvalitet i MBT viser terapitimer hvor terapeuten og pasienten har sterk allianse hvor pasienten blir utfordret av terapeuten. Terapitimer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT viser at det er svak allianse mellom pasient og terapeut (Folmo et al., 2019). I disse terapitimene hadde terapeuten og pasienten en dårlig allianse hvor pasienten hadde lite tillit til at terapeuten kunne hjelpe (Samuelsson & Rosberg, 2018).

#### **4.4.2. Utfordre vs. blidgjøre**

I terapitimer med høy skår på etterlevelse og kvalitet i MBT viste disse timene at terapeuten hadde evne og vilje til å ta opp tema som utfordret pasienten. Terapeuten holdt fokus i terapien samtidig som han var oppmerksom på sine egne motoverføringsreaksjoner, holdt fokus på følelser samt at han empatisk klarte å utfordre pasienten (Folmo et al., 2019). Timene bar preg av at terapeuten hadde evne og vilje til å ta opp vanskelige tema og utfordre pasienten samtidig som det var en evne til å kunne tåle ubehagelige følelser som ble vekket hos terapeuten (Folmo et al., 2019). I timer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT viste disse timer som bar preg av at terapeuten ønsket å ha et «varmt» klima i terapien, hvor terapeuten hadde fokus på å være en støtte og ikke konfronterende. På denne måte ville ikke pasientens mistilpassede mønstre bli snakket om for å unngå konfrontasjoner, noe som igjen virket til å ha innvirkning på terapeutens egen mentaliseringsevne (Samuelsson & Rosberg, 2018). Disse terapitimene bar preg av at pasientene til tider kunne komme med nedsettende ord, konfrontere og angripe terapeuten og eller avvise terapeuten, noe som igjen gjorde det vanskelig for terapeuten å stå i ubehaget. I terapitimer hvor det var vanskelig for terapeuten å tåle ubehag, ble pasienten overlatt i sin dårlige fungering, uten å ha fått hjelp til endring og nye erfaringer (Samuelsson & Rosberg, 2018). Terapeuten kan gjerne virke svært støttende, men samtidig unngå å snakke om følelsesmessige tema (Samuelsson & Rosberg, 2018).

#### **4.4.3. Strategisk kompetanse vs. manglende strategisk kompetanse**

I timer med høy skår på etterlevelse og kvalitet i MBT viste timer at terapeuten hadde stødig fokus på mentalisering hvor terapeuten var aktivt involvert sammen med



pasienten. Da hadde terapeuten fokus på hvilke intervensjoner i MBT som skulle brukes og til hvilken tid (Folmo et al., 2019). Terapeuten var bevisst i å bruke MBT strategier og ha fokus på pasientens og sitt eget sinn samtidig som han hadde en undrende tilnærming hvor han søkte å forstå pasienten for så å utfordre pasienten mer underveis (Folmo et al., 2019).

Terapitimer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT viste resultatene at terapeuten hadde manglende faglig kompetanse. Disse terapitimene bar preg av lite fokus på MBT samt at terapeuten manglet kunnskaper om hvilke intervensjoner som kunne brukes underveis i terapitimen hvis terapitimen var fastlåst (Samuelsson & Rosberg, 2018)..

#### **4.4.4. Nonverbal affektinntoning og manglende nonverbal affektinntoning**

I terapitimer som støtter den terapeutiske prosessen viser funn at det er flere faktorer som påvirker den terapeutiske prosessen. En studie hadde fokus på den nonverbale affektinntoning i MBT. Funn fra denne studien viste terapitimer hvor den nonverbale affektinntoning fra terapeuten støttet den terapeutiske prosessen på flere måter; viser at terapeuten responderer på det pasienten formidler verbalt og nonverbalt ved bruk av tonefallet sitt, stemmen sin, mimikk i ansiktet, blick og kroppsspråk som for eksempel det å løfte en finger, ved å bruke gester og blick. Da erfarer pasienten at terapeuten matcher det som blir sagt, både med ord og kroppsspråk (Samuelsson & Rosberg, 2018). I denne studien var det to mønstre som støttet den terapeutiske prosessen og to mønstre som ikke støttet den terapeutiske prosessen. Det ene mønsteret var nonverbal affektinntoning som støttet den terapeutiske prosessen hvor det var samsvar mellom den verbale og nonverbale kommunikasjonen mellom terapeut og pasient hvor pasienten erfarte å bli møtt og forstått og hvor pasienten klarte å regulere ned sine følelser.

Det andre mønsteret var manglende affektinntoning som støttet den terapeutiske prosessen hvor terapeuten virker til å forstå de pasienten sier med ord og sitt kroppsspråk men hvor terapeuten ikke responderer med samme tempo og intensitet i sitt svar både verbalt og nonverbalt, men har fokus på å bruke en leken tone i det som blir

formidlet, noe som pasienten og terapeuten deler sammen (Samuelsson & Rosberg, 2018).

Det er også terapitimer som ikke støtter den terapeutiske prosessen. Funn viser at terapitimer som hadde manglende fokus på nonverbal affektinntoning i terapitimen, støtter ikke den terapeutiske prosessen. Terapeuten formidler andre affekter eller annen intensitet i affektene enn pasienten, og som ikke støtter prosessen på terapeutisk måte, og pasientene får da en opplevelse av at terapeuten ikke forstår eller tåler det som blir formidlet og pasienten trekker seg bort (Samuelsson & Rosberg, 2018). Det er da manglende samsvar mellom det som blir formidlet verbalt med det som blir formidlet nonverbalt og det skapes avstand mellom dem.

Det siste mønsteret handler om at det er ingen nonverbal affektinntoning som ikke støtter den terapeutiske prosessen hvor man som terapeut ikke gir noen form for respons følelsesmessig, og hvor terapeuten unngår å være nysgjerrig på pasientens følelser som igjen medfører vansker med å hjelpe pasienten med å regulere ned sine følelser (Samuelsson & Rosberg, 2018).

#### **4.5. Erfaringer fra sykepleiere i akutt avdeling i sykehus**

Sykepleiere som jobber i akutt avdeling forholder seg til pasienter med ulike diagnoser. En studie viste hvordan opplæring i MBT-S gitt til sykepleiere hadde innvirkning på deres oppfattelse av BPD pasienter og hvordan deres tilnærming til dem endret seg (Warrender, 2015).

##### **4.5.1. Holdninger før og etter MBT opplæring**

I forkant av opplæring med MBT-S, hadde sykepleierne holdninger som viste at pasientgruppen BPD gjorde dem utslitte og utmattet. De satte ofte spørsmålsteget med målet for innleggelsen, da innleggelsene kunne vare i lang tid og var hyppige (Warrender, 2015). En annen studie viste til at helsepersonell holdt pasienter med BPD mer ansvarlige for sine handlinger enn for noen annen pasientgruppe (Dyson & Brown,

2016). Etter å ha fått opplæring i ferdigheter i MBT, endret holdningene seg i møte med BPD. Den mest synlige endringen var i forhold til opplevelsen av at disse pasientene var vanskelige med vilje, men at ved å prøve å forstå hvorfor de oppførte seg som de gjorde, medførte dette at man ikke lenger hadde denne oppfatningen, som igjen medførte mindre frustrasjoner blant personalet (Warrender, 2015).

#### **4.5.2. Jobbe mot felles mål i avdelingen**

Etter at sykepleierne hadde fått opplæring i MBT-S, medførte det at de fikk en felles forståelse av det å jobbe mot et felles mål og at det var en helhetlig tilnærming fra personalgruppen i posten (Warrender, 2015).

#### **4.5.3. Fokus på empati**

Empati handler om å møte mennesker med forståelse. Sykepleierne erfarte å få økt forståelse for viktigheten av empati og å møte pasienter med en ny respons enn de hadde hatt før i forhold til selvskading. Tidligere ville sykepleierne ha møtt pasienter med BPD på en instrumentell måte i forhold til selvskading hvor den fysiske skaden ble håndtert. Etter MBT var tilnærmingen til pasienter med BPD på en ny måte hvor fokuset var å sette ord på det som skjedde og forstå følelsene bak (Warrender, 2015).

#### **4.5.4. Tåle å stå i situasjoner med risiko**

Tidligere hadde sykepleierne vansker med å diskutere situasjoner med selvskade og suicidalitet uten at det endte med kontinuerlig observasjon av pasienten. Ved å delta i MBT-S erfarte sykepleierne og kunne stå i situasjoner sammen med pasienter med BPD og kollegaer og utforske tanker og følelser sammen. Ved å snakke sammen med pasienter med BPD ville hun forstå egne tanker og sin atferd bedre (Warrender, 2015). Ved å gi pasienter med BPD som selvskader seg, vil ansvaret bli tatt fra henne. Det betyr at pasienter med BPD opplever å bli møtt på en mer empatisk måte. Sykepleierne erfarte også at de nå hadde mer verktøy tilgjengelig for å møte mennesker med BPD (Warrender, 2015).

## **5.0. Diskusjon**

### **5.1. Inkluderte studier**

Artikler som er inkludert, handler om mentaliseringsbasert terapi og erfaringer fra praksis. Resultater fra disse artiklene skal besvare forskningsspørsmålet i min studie; hva beskriver forskningsfeltet om hvordan mentaliseringsbasert terapi erfares i praksis.

### **5.2. Felles erfaringer**

De inkluderte artiklene viser funn som handler om erfaringer fra praksis i sammenheng med mentaliseringsbasert terapi, se tabell 2. Det er erfaringer fra pasienter, erfaringer fra terapitimer og erfaringer fra sykepleier i akutt avdeling i sykehus. Det er erfaringer som er felles på tvers av de ulike grupperingene. Dette gjelder erfaringer knyttet til tillit, fokus på følelser, det å få nye perspektiver og endringer fra praksis.

#### **5.2.1. Tillit**

Tillit er nødvendig for at barn skal utvikle seg (Thorgaard, 2009; Thorgaard & Haga, 2014). Barn som opplever trygg tilknytning har tillit til verden og menneskene rundt. De har lett for å stole og ha tillit til andre. Mennesker som opplever omsorgssvikt og overgrep har vansker med tillit til andre mennesker og med egen selvtillit (Thorgaard, 2009). Relasjoner skaper endringer. Empati er en forutsetning for at det skal være tillit i relasjonen mellom pasient og terapeut (Strømstad, Torbjørnsen, & Aasland, 2016). Ut fra tilknytningsteori, er det sammenheng mellom ulike tilknytningsmønstre og opplevelsen av tillit og trygghet til seg selv og andre, i tillegg utfordringer med nærhet og autonomi (Wennerberg, 2011). Til å begynne med hadde flere pasienter manglende tillit til andre mennesker (Lonergan et al., 2017). For mennesker som har erfart utrygg tilknytning som barn, har de erfaringer med grunnleggende mistillit til mennesker basert på deres tidligere erfaringer. For pasienter som legges inn i sengepost, kan de ha problemer med tillit til andre mennesker basert på deres tidligere opplevelser. Dette er det viktig å være klar over. Pasienter i studien opplevde at de fikk tillit til å stole på andre mennesker og terapeuter samt at de erfarte å våge å stole på andre (Thomas &

Jenkins, 2019). Det er avgjørende at pasienten opplever trygghet og tillit til personalet da dette kan skape en basis for behandlingen (Strømstad et al., 2016).

Funn i studien viser at sykepleierne etter å ha fått opplæring i ferdigheter i MBT fikk en felles tilnærming til inneliggende pasienter med BPD i akutt avdeling (Warrender, 2015). Sykepleierne fikk endret tilnærminger og holdninger til pasientene. På denne måten kan det tenkes at pasientene opplevde endringer ved at de ble møtt av sykepleiere på en måte som var likt på tvers av sykepleiergruppen. Dette kan ha konsekvenser for hvordan pasientene opplevde det å bygge tillit til sykepleierne når de nå hadde mer lik tilnærming til dem enn tidligere. Sykepleierne fikk økt selvtillit som følge av økt forståelse for sine relasjoner med pasienter samtidig som hadde en felles forståelse i hvordan tilnærmingen til pasientene skulle være. Terapitimer hvor pasienter ble utfordret og hvor terapeuten tålte ubehag fra pasienten, ble ansett til å ha mer tillit enn i terapitimer hvor det ikke var fokus på å utfordre pasienters mistilpassede væremåter (Folmo et al., 2019). De praktiske implikasjonene er bevisstgjøringen om verdien av tillit fra pasient, sykepleier og terapeut-perspektivet for at bedringsprosesser kan skje.

### **5.2.2. Fokus på følelser**

Impulsivitet kan være en konsekvens av at affekter ikke er regulert, noe som igjen har betydning hvorvidt det er mulig å fokusere på indre mentale representasjoner (Bateman & Fonagy, 2010, 2013; Dimaggio, Nicolò, Semerari, & Carcione, 2013). Ifølge tilknytningsteori er det svært viktig at barnets følelser blir speilet av sine tilknytningspersoner for at barnet skal kunne få normal opplevelse av seg selv (Fonagy & Bateman, 2007). Med dette menes at barnet kan få indre representasjoner av seg selv ved at tilknytningspersoner reflekterer tilbake til barnet barnets følelsesmessige erfaringer hvor barnet da kan erfare at opplevelsene er barnets og ikke tilknytningspersonen (Fonagy et al., 2002). Disorganisert tilknytningsmønster kan være en konsekvens av barnets manglende opplevelser av speiling fra sine tilknytningspersoner (Fonagy & Bateman, 2007). I terapitimer er det viktig å fokusere på følelsene, det å kjenne disse igjen og uttrykke følelsene for at pasienten skal kunne forstå seg selv og den andre bedre (Folmo et al., 2019). Målet i MBT er å hjelpe pasientene med å øke sin mentaliseringsevne, i situasjoner hvor mentaliseringsevnen

ikke er tilstede eller for å hjelpe pasienten med å holde fokus på mentalisering når det virker som at pasienten holder på å miste den (Bateman & Fonagy, 2010). Pasientene erfarte at de fikk hjelp til å kjenne igjen følelser, regulere dem og verbalisere følelsene som følge av fokus på mentalisering (Wennerberg, 2011).

For sykepleierne i akutt avdeling i sykehus fikk de erfaringer med å sette ord på holdninger de hadde knyttet til pasienter med BPD, og hvilke følelser som ble vekket i dem når pasienter selvskadet seg og det å oppleve endringer som følge av nye kunnskaper (Warrender, 2015). De fikk tilbud om deltakelse i veiledning for å fokusere på blant annet følelser. Ved å søke å forstå hvilke følelser som ligger bak ulike handlinger og atferd, vil empatien for pasienten økes (Thorgaard, 2009).

Dette har betydning for praksis ved at pasienter lærer å kjenne etter på følelser og oppfordres til å legge merke til nyanser i forhold til disse for å forstå seg selv bedre.

### **5.2.3. Nye perspektiver.**

I MBT er fokus i samtale på mentalisering. I samtale med pasienter vil terapeuten bekrefte pasientens følelser om overføringer for å se fra pasientens perspektiv. På denne måten vil terapeuten prøve å forstå hvordan pasienten har det uten at terapeuten er enig eller uenig med det som fortelles. Det neste steget er utforskning av følelser og mentale tilstander for å finne ut av hva som skjedde og trigget disse følelsene hos pasienten. På denne måten får pasienten hjelp til å kunne se hvordan egne tanker og følelser er koblet sammen med hvordan atferden er, noe som er viktig å sette ord på (Bateman & Fonagy, 2010).

Pasientens overføringsreaksjoner har tilknytning til hvordan virkeligheten er, som betyr at terapeuten kan ha reagert mot pasienten på en måte som gjør at pasientens opplevelser av terapeuten stemmer. Pasienten og terapeuten burde sittede ved siden av hverandre i stedet for å sitte ovenfor hverandre for at det skulle være lettere for dem sammen å se på og reflektere rundt tanker og følelser med undring og nysgjerrighet

(Bateman & Fonagy, 2010). Det har betydning at terapeuten gir sine tanker og perspektiv til pasienten i forhold til hvordan terapeuten ser det. På denne måten vil terapeuten kunne være oppmerksom på om pasienten får reaksjoner på det som blir presentert. Pasienten oppfordres til å tenke om relasjonen med terapeuten for å øke oppmerksomheten på andres sinn og for å bli klar over hvordan andre oppfatter dem. Det er også av betydning at terapeuten er bevisst på sine motoverføringsreaksjoner som vekkes i han.

Å lære nye ferdigheter med å få nye perspektiver har betydning for praksis ved at pasienter lærer seg å bli oppmerksomme på andre mennesker, lærer seg å forstå hvordan handlingene hennes påvirker andre mennesker og hvordan andre mennesker påvirker henne. På denne måten kan de få mer empati med andre.

#### **5.2.4. Endringer fra praksis**

Endringer fra praksis ble sett på tvers av pasientenes erfaringer, erfaringer fra terapitimer og fra erfaringer fra sykepleiere i akutt avdeling i sykehus. Endringer kom som følge av at de fikk økt kunnskaper om mentaliseringsbasert terapi, mer kunnskaper om ulike diagnoser, kunnskaper om mellommenneskelige relasjoner, kunnskaper om hvordan tanker og følelser henger sammen og hvordan dette påvirker atferden vår. De fikk hjelp til økt selvforståelse. Erfaringene hos flere av pasientene i studiene viste at de hadde hatt effekt av MBT, men de var usikre på hvilken måte det hadde hjulpet (Gardner et al., 2020). Flere pasienter opplevde at det var vanskelig å delta i sosiale settinger med andre mennesker da de var vant med å være isolerte og alene, men at de etter å ha deltatt i MBT fikk nye erfaringer som gikk på det å våge å stole på andre (Johnson et al., 2016).

For sykepleierne i akutt avdeling i sykehus erfarte de også endringer som bestod i å få nytt syn på mennesker med BPD diagnoser (Warrender, 2015). Etter at de hadde fått opplæring i ferdigheter i MBT endret sykepleierne seg i tilnærmingen til pasienter med BPD. Endringene bestod av endrete holdninger til mennesker med BPD hvor de tidligere hadde erfart dem fra sengepost som vanskelige «med vilje» og som var

utmattende for personalet å jobbe med. Nå endret også tilnærmingen seg til at sykepleiergruppen hadde en felles forståelse av pasientenes utfordringer og hvordan hjelpe dem på best mulig måte. Tidligere kunne sykepleierne ha en instrumentell tilnærming til for eksempel pasienter som selvskadet seg, men etter opplæring i MBT snakket sykepleierne med pasientene for å prøve å forstå hva som hadde skjedd og for å reflektere over pasientenes tanker og følelser. På den ene siden kan det tenkes at sykepleierne hadde en instrumentell tilnærming til pasienter med BPD som selvskadet seg hvor det ikke skal gis for mye oppmerksomhet til negativ atferd som selvskading, for håpet er redusert selvskading som følge av at lite oppmerksomhet gis. Hvordan pasienter erfarer lite oppmerksomhet til denne atferden, blir ikke snakket om. På den andre siden erfarte sykepleierne å møte pasienter med BPD som selvskadet seg på en menneskelig måte og med respekt. Nå undret de seg sammen med pasienten om hva som skjedde for å stimulere til mentalisering og selvrefleksjon. Den praktiske endringen blir at pasienten ikke føler seg avvist, men ivaretatt og forstått. Dette er i tråd med prinsipper i MBT hvor terapeuten skal ha en «ikke-vitende» holdning til pasienten og hvor man søker å forstå tanker og følelser som ligger bak handlinger for at pasienten skal kunne forstå seg selv og andre bedre (Skårderud & Sommerfeldt, 2014).

Funn i denne studien viser til felles erfaringer med tillit, fokus på følelser, nye perspektiver og endringer fra praksis hvor både pasienter, sykepleiere og erfaringer fra terapitimer bekrefter endringer etter å ha deltatt i MBT. Det studien ikke sier noe om, er hvilke elementer fra MBT som var mest nyttige og på hvilken måte det hadde innvirkning i hverdagen.

Bruker pasienter og sykepleierne ferdigheter de har lært som følge av MBT – reflekterer de over tidligere atferd, følelser og holdninger før MBT og nå i etterkant av MBT?

### **5.3. Erfaringer fra pasient**

#### **5.3.1. Syn på meg selv**

Flere pasienter opplevde å bli mer klar over at de hadde problemer på flere områder, både inni seg selv og i mellommenneskelige relasjoner med andre. Ved å snakke



sammen med andre deltakere i gruppeterapi og gruppeterapeut, fikk de nye erfaringer som gikk på blant annet mellommenneskelige relasjoner og det å se seg selv og andre ut fra nye perspektiv (Lonergain et al., 2017). Pasienter som deltok i MBT erfarte at de fikk mer nyansert syn på seg selv ved at de la merke til at de ikke tenkte i svart – hvitt, men at det ble mer differensiert. Dette er i tråd med intensjonen i MBT; at ved å se fra andres perspektiv, vil man få et mer nyansert bilde av seg selv (Bateman & Fonagy, 2010).

### **5.3.2. Selvregulering**

Pasientene erfarte å få hjelp til å regulere seg selv. Forskning viser til at selvskadende atferd og suicidal atferd reduseres etter MBT (Vogt & Norman, 2019). Det å lære mentalisering kan bidra til at pasienter med BPD kan ha bedre kontroll og bedre regulering av hvordan de fungerer mentalt når det gjelder primitive forsvarsmekanismer (Fonagy & Bateman, 2007). Pasienter med BPD har i tillegg også trekk med impulsivitet og følelsesmessig dysregulering som kan gjøre mentalisering vanskelig (Fonagy et al., 2002). Pasientene med BPD og antisosial PF erfarte at de nå fikk nye erfaringer med det å sette ord på hvordan de hadde det, hvordan de tenkte og følte i stedet for at de reagerte med utageringer og kunne «klikke» som de hadde gjort tidligere (Ware et al., 2016). Flere av pasientene opplevde at de handlet annerledes når de satt ord på sine tanker og følelser. Det å kunne regulere seg selv og forholde seg til andre mennesker er utviklende (Wormnes, 2013). Barnet lærer seg selvregulering ved at omsorgspersonen fungerer som rollemodell (Fonagy & Bateman, 2007).

I forhold til selvregulering er det også av betydning å være selvavgrenset og selvrefleksiv. Innenfor tilknytningsteori vil barnet med trygt tilknytningensmønster ha en større evne til å kunne reflektere over seg selv og sine handlinger, se seg selv fra utsiden og prøve å forstå andre fra innsiden samtidig som at det er klar over at barnets opplevelser i livet er barnets og andres opplevelser tilhører andre. Barnet vil da ha en evne til å skille dette fra andres opplevelser. På denne måte er barnet selvavgrenset. Selvrefleksivitet handler om at barnet forstår og er klar over at andre mennesker oppfatter barnet på sine måter (Schibbye, 2012).

Når barnet opplever at tilknytningspersonen gir responser på barnets affektive tilstander som for eksempel gråt, latter og sinne, ved at tilknytningspersonen gir blikk kontakt, smiler, trøster, har kroppskontakt, vil barnet oppleve at det blir møtt og forstått, som igjen medfører at barnet vil oppdage seg selv som er viktig for følelsesreguleringen (Wennerberg, 2011). For at barnet skal kunne regulere seg selv, er barnet avhengig av at samspillet med tilknytningspersonene speiler følelsene (Wennerberg, 2011).

I samspillet mellom pasient og terapeut er det av stor betydning at terapeuten hjelper pasienten med å regulere affekter ved at terapeuten søker å klargjøre og forstå hva pasienten formidler for at pasienten skal forstå seg selv. Pasienter i studien selvskadet seg, brukte vold mot andre og brukte rus som mestringsstrategi, når ulike følelser ble trigget. Ved at pasientene ble oppmerksomme og bevisste på hvilke følelser og tanker de hadde i forkant av selvskadingsepisode, kunne de oppleve å ta andre valg når følelsene som for eksempel sinne, avvisning, skam og skyld ble trigget. De erfarte at de ved å verbalisere sine tanker med andre, både gruppedeltakere i gruppeterapi og gruppeterapeut og individual terapeut, rapporterte de om mindre behov for å skade seg selv og ty til vold, flykte fra sine følelser og bruke rus.

Pasienter med BPD og rusmisbruk erfarte at ved å være klar over følelsene sine kunne de redusere sitt rusmisbruk. Dette er også funn i andre studier at pasientene fikk ny erfaring med redusert rusmisbruk og selvskadende atferd (Morken et al., 2019; Thomas & Jenkins, 2019; Ware et al., 2016). De erfarte også at de begynte å tåle sine følelser og at disse følelsene fortalte noe om hvordan de hadde det. På samme måte opplevde de at de kjente igjen følelsene, satt ord på følelsene og fokuserte oppmerksomheten på følelsene slik at de opplevde bedre mestring og fikk erfaring med hvordan følelsene kom til uttrykk (Morken et al., 2019). Ved at pasienten legger merke til følelser som for eksempel sinne, avvisning og skam, som blir trigget i ulike situasjoner kan de håndtere sine følelser med å forstå følelsenes innhold samtidig som de tar andre valg enn rus og selvskading. Som et resultat av MBT viser en studie til at pasienter med BPD viser bedring i form av symptomreduksjon av selvskadende og suicidal atferd og impulsivitet, mens det viser minimale endringer når det gjelder hvordan pasientene opplever sosiale settinger og i forhold til følelsene (McGlashan et al., 2005). I min studie vises det til at pasienter opplevde endringer som handlet om mellommenneskelige forhold, det å lære

seg å regulere ned sine følelser og det å ta andres perspektiv som den største og viktigste endringen. Selvregulering er viktig for eierskap og kontroll av følelsene.

### **5.3.3. Deltakelse i gruppeterapi- og individualterapi**

Pasienter rapporterte som ulemper med gruppeterapi var utfordringer med det å tåle at andre pasienter tok plass i gruppen mer enn de selv, noen pasienter hadde utfordringer knyttet til det å verbalisere sine problemer som kunne være personlige (Ware et al., 2016). Det kunne også være utfordrende å stole på andre da de fort kunne tolke andres verbale og nonverbale uttrykk som fiendtlige. Deltakelse i gruppeterapi kan være utfordrende for pasienter da gruppen er arena for deltakelse i sosiale settinger, det å få erfaringer med speiling og utveksling av erfaringer (Schjødt & Heinskou, 2007).

Pasienter i de inkluderte artiklene uttrykker at de fikk nye erfaringer med det å delta i gruppen ved at de lærte seg det å ta den andres perspektiv, som gav dem nye opplevelser med å se seg selv og andre fra nye vinkler slik at de kunne forstå seg selv bedre (Falconer et al., 2017). Når terapeuten bruker undring og nysgjerrighet sammen med pasienten er det dette med på å skape rom for åpenhet og trygghet (Skårderud & Sommerfeldt, 2014).

Terapeuten fungerer som en tilknytningsperson for pasientene hvor det gis rom for utforskning innenfor rammene av denne tilknytningen, slik at pasienten kan kjenne trygghet for å kunne bruke denne relasjonen til å gjøre endringer i mønstre i sin atferd som fungerer dårlig. På denne måten gis det rom for at terapeuten kan utfordre og konfrontere pasienten på mistilpassede mønstre slik at pasienten kan oppleve bedre regulering av følelsene sine (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Dette er også i tråd med funn i denne studien hvor terapitimer med høy skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT viste at terapeuten som våget å utfordre og konfrontere pasientene hjalp pasientene med å forstå seg selv og regulere seg selv (Folmo et al., 2019). Som en motsetning, viste terapitimer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT det motsatte, at terapeuter som ikke utfordret pasientene, lot være å konfrontere ut fra terapeutens manglende evne og vilje til å tåle å stå i ubehagelige situasjoner med pasientene. Disse terapitimene viste

at det var svak allianse mellom pasient og terapeut (Folmo et al., 2019). Ut fra et tilknytningsperspektiv kan alliansen som er sterk mellom pasienten og terapeut være en trygg base hvor barnet sammen med sin tilknytningsperson kan få erfaringer med at det blir følt, møtt, holdt og tålt hvor det tåler å utforske sine omgivelser og hvor tilknytningspersonen forstår, støtter, speiler, utfordrer og konfronterer barnet på vennlig og empatisk måte. Da vil barnet få opplevelser av at det blir følt, møtt, holdt og tålt av tilknytningspersonen og at barnet har egenverdi. Barnet vil etter hvert oppleve at tilknytningspersonen kan hjelpe barnet med å regulere ned barnets affekter ved at tilknytningspersonen er affektivt inntonet på barnet (Wennerberg, 2011).

Som motsetning til dette vil barn som opplever det motsatte; at tilknytningspersonen ikke møter barnet på dets følelser og behov, vil dette ha en innvirkning på barnet ved at barnet lærer seg mønstre på hvordan det skal oppføre seg for ikke å bli forlatt. Ved engstelig – unnvikende tilknytning vil barnet erfare at tilknytningspersonen avviser det. På denne måten vil barnet ha en strategi som er deaktivert som kobler av barnets ønsker om kontakt (Wennerberg, 2011). Ved dette tilknytningsmønsteret er barnet vant med å vise minimalt med følelser utad, men kan ha kaos inni seg. Det har erfaringer med avvísninger, som igjen skaper distanse til sin tilknytningsperson. Barnet vil regulere sine følelser ved at det unnviker fra ubehagelige og stressende situasjoner da det har erfaringer med unnvikelse fra tilknytningspersonen (Skårderud & Sommerfeldt, 2014).

Hos barn med tilknytningsmønster som er engstelig – ambivalent, opplever barnet at det søker kontakt med tilknytningsperson, men barnet erfarer at tilknytningspersonen er uforutsigbar i forhold til det å gi kontakt tilbake til barnet. Da vil barnet oppleve at det ikke er sammenheng med barnets uttrykk og ønsker om nærhet og kontakt og hvordan responsen blir. Det betyr at barnet får en strategi som er hyperaktiverende som hele tiden prøver å få kontakt og få dekket sitt behov for nærhet (Wennerberg, 2011). Barnet erfarer da at det blir avvíst fra sin tilknytningsperson og får dermed ikke nærhet. Ved utrygg – ambivalent tilknytning, vil barnet prøve å få respons fra tilknytningspersoner ved å uttrykke sterke følelser som sinne, tristhet og misnøye, da det alene har utfordringer med å regulere egne følelser (Skårderud & Sommerfeldt, 2014).

Barn som har desorganisert tilknytning har erfaringer med lite sammenheng i responser fra tilknytningspersonene. Det betyr at det ikke har erfaringer med hvordan gode tilknytningsrelasjoner er, de kan ha flere måter å skape tilknytning til andre på, men hvor det fungerer på en desorganisert måte (Skårderud & Sommerfeldt, 2014). Det er sammenheng mellom utrygg tilknytning, og spesielt desorganisert mønster, og utvikling av psykopatologi (Wennerberg, 2011).

#### **5.3.4. Mellommenneskelige relasjoner**

Mennesker med BPD har sårbarhet når det gjelder nære relasjoner med andre mennesker. Mennesker som har erfart traumer fra barndommen av, kan ha problemer med mentalisering (Fonagy et al., 2002).

Funn i denne studien viser at pasientene hadde effekt av MBT. Trygg tilknytning i sammenheng med god evne til mentalisering (Bateman & Fonagy, 2013). Barn med trygg tilknytning har større evne til å ta andres perspektiver, har større motstandsdyktighet til å håndtere stressende situasjoner og til å kunne utforske både sin indre verden inni seg selv og den ytre virkelige verden (Bateman & Fonagy, 2013).

Mennesker med BPD har ofte andre strategier i forhold til tilknytning da de oftest har et tilknytningsmønster som er preget av utrygghet og desorganisering. Dette får igjen konsekvenser for hvordan de forholder seg til seg selv, til andre mennesker og hvordan de kan ta andres perspektiver. Dette gjør at sosiale relasjoner kan være utfordrende. Barn med trygg tilknytning erfarer at det får responser fra tilknytningspersonene som igjen er med på å danne et grunnlag for etableringen av tillit samtidig som at det lettere kan fungere i samspill med andre (Belin, 2014).

I forhold til tilknytningsteori har barn med engstelig – ambivalent tilknytningsmønster strategier som hyperaktivering hvor den engstelige pasienten med BPD opplever å knytte seg veldig fort til andre mennesker, som igjen medfører at tilknytningen på den ene siden kan være preget av at tilknytning til andre bærer preg av å være av intens

karakter samtidig som den kan være lite passende. Som en konsekvens kan det være at pasienten lar være å stole på andre. Mennesker med BPD har ofte en opplevelse av å idealisere sin terapeut og sin behandling og kan igjen stole for mye på andre (Bateman & Fonagy, 2013). På den andre siden kan mennesker med BPD vise motsatte sider av seg selv som for eksempel fiendtlighet, avvise og komme med kritikk. Som terapeut er det viktig å være klar over at mennesker med BPD kan miste sin mentaliseringskapasitet i situasjoner hvor tilknytningssystemet er aktivert (Bateman & Fonagy, 2013).

Mennesker med engstelig– unnvikende tilknytningsmønster bruker distanse i sine følelser som strategi. De bruker deaktivering som tilknytningsstrategier. De vil kunne skape distanse følelsesmessig når de opplever ubehag og stressfylte situasjoner. I situasjoner hvor det opplever mye ubehag, vil disse strategiene ikke være gode nok, som igjen kan medføre at de opplever sterk følelsesmessig reaktivering som handler om følelser knyttet til usikkerhet, forhøyet opplevelse av negative bilder om seg selv samt ubehag inni seg selv (Bateman & Fonagy, 2013). Som en konsekvens kan mennesker med denne tilknytningsstrategien oppleve ubehag i form av forhøyet blodtrykk, samt at de rapporterer ofte om at de føler seg rolige noe de også fremstår som. Mennesker med dette tilknytningsmønsteret vil kunne vise at det ikke er samsvar mellom deres subjektive ubehag og deres biologiske ubehag (Bateman & Fonagy, 2013). Med dette menes at menneskene virker til å være avslappet uten at de gir synlige tegn til ubehag, samtidig som at de ikke klarer å si noe om egne tilknytningsopplevelser (Bateman & Fonagy, 2013). Mennesker som opplever utrygg tilknytning, har utfordringer i forhold til samspill med andre mennesker (Belin, 2014). På den ene siden kan det virke som at alt er greit for så å vise at det svært mye ubehag. Som terapeut kan det til tider se ut som om pasienten forstår og mentaliserer ved at pasienten bruker ord og uttrykk på en intellektuell måte som ikke inneholder noen følelser – kan tenkes å være forestillingsmodus (Bateman & Fonagy, 2013).

Terapeuten skal hjelpe pasienten med å holde fokus på mentalisering innenfor denne tilknytningsrelasjonen. Pasienter med BPD kan ha problem med mentalisering på bakgrunn av flere ting. Det betyr at det er stor sannsynlighet for at de kommer til å ha

utfordringer med mentalisering i tilknytningsrelasjoner på grunn av sin oversensitivitet når det gjelder tilknytning (Bateman & Fonagy, 2013). Det er viktig å være klar over at når mentalisering svikter, fører dette til en fungering på en førmentalitetisk måte som heter psykisk ekvivalens (ikke skille mellom indre den ytre virkelighet), forestillingsmodus (ytre og indre virkelighet er atskilt fra hverandre med ingen kontakt mellom dem) og teleologisk (jeg har ikke tro på det før jeg ser det) (Bateman & Fonagy, 2013; Skårderud, Sommerfeldt, & Robinson, 2020; Wennerberg, 2011). Når pasienten har det sånn i sinnet sitt, opplever de at deres erfaringer er enten for ubetydelige eller at de er for virkelige. Disse opplevelsene er oftest etterfulgt av mye psykisk smerte hos pasientene som kan være vanskelige å forstå (Bateman & Fonagy, 2013).

De praktiske implikasjonene av dette arbeidet er at pasientene opplever endringer mentalt hos seg selv samtidig som de får nye perspektiver på andre. De erfarer nye strategier for å forstå seg selv og andre. De opplever at ved å snakke om sine tanker og følelser, kan de oppleve at noen lytter, samtidig som de får innspill fra medpasienter eller terapeuter, samtidig som de får erfaringen med å bli utfordret til å snakke om vanskelige tema. De erfarer også å prøve å stole på andre. Pasienter som deltar i MBT gjør dette frivillig, noe jeg tenker gir signaler om ønske om bedring og håp.

#### **5.4. Erfaringer fra terapitimer**

Erfaringer fra terapitimer viser til at det er ulik praksis hvordan terapeuten bruker sin kompetanse eller manglende kompetanse sammen med pasienten. I studien skilles det mellom terapitimer som skåres høyt og terapitimer som skåres lavt i forhold til etterlevelse og kvalitet i MBT (Folmo et al., 2019). Det er av betydning at terapeutene har en undrende tilnærming og en «ikke-vitende» holdning til pasientene de møter for å søke og forstå pasientene før de utfordrer pasienten med å «stresse» tilknytningsrelasjonen slik at fokus er på relasjonen mellom terapeuten og pasienten (Bateman & Fonagy, 2010).

#### **5.4.1. Strategisk kompetanse og nonverbal affektinntoning**

I terapitimer som ble skåret til høy etterlevelse og kvalitet i MBT viste disse timene at terapeutene hadde evne og kompetanse til å utfordre pasienten ved at de selv tålte å stå i dette ubehaget (Folmo et al., 2019). Ifølge tilknytningsteori skal relasjonen mellom barnet og tilknytningspersonen fungere som en trygg base. Det er utfordrende å skape gode allianser med pasienter med personlighetsforstyrrelser (Dimaggio et al., 2013).

I terapitimer med høy skåring var alliansen sterk, mens alliansen var svak i terapitimer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT (Folmo et al., 2019). Med høyt skårede terapitimer var det synlig at terapeuten våget å stå i situasjoner med ubehag da de hadde en sterk allianse som «tålte» å bli utfordret. En sterk terapeutisk allianse mellom pasient og terapeut er en forutsetning for at behandlingen skal være vellykket (Skårderud et al., 2020). Det betyr at en god allianse er nødvendig og viktig i den terapeutiske relasjonen mellom pasienten og terapeuten (Wormnes, 2013). Terapeuter kan skade alliansen med pasienten både med avvísninger og med å fremprovosere skader i alliansen (Fonagy & Bateman, 2007).

Alliansen mellom pasient og terapeut fungerer som en tilknytningsrelasjon hvor målet er at denne relasjonen fungerer som en trygg base da trygghet fremmer det å mentalisere (Fonagy et al., 2002; Skårderud et al., 2020). Funn i denne studien viser til at i terapitimer hvor det er sterk allianse, tør terapeuten å utfordre pasienten (Folmo et al., 2019). På denne måten får pasienten erfaringer med at terapeuten søker å forstå og hjelpe pasienten med å reflektere over seg selv og få nye perspektiver. Pasienten får erfaring med å få tillit til terapeuten når trygghet oppleves. Når det er svak allianse mellom pasient og terapeut, kan terapeuten overveldes av egne motoverføringsreaksjoner som vekkes. Målet i MBT er å hjelpe pasienten med å øke sin mentaliseringskapasitet, dette forutsetter at pasienten kjenner på trygghet for å kunne mentalisere. Allianse handler om pasientens og terapeutens forståelse og enighet om hva som er mål i behandlingen (Wormnes, 2013).



Terapitimer med høy skår hadde terapeuter som var oppmerksom på det å være aktivt deltakende og tilstede i relasjonen. Dette er i tråd med Bateman & Fonagys oversikt over viktige holdninger hos terapeuten ut fra MBT hvor det er fokus på å ha en «ikke-vitende holdning», fokus på det å ha tålmodighet i forhold til det å se ting fra ulike perspektiver, det å anerkjenne og forstå at det er ulike perspektiver til og det å være nysgjerrig og aktiv i å forstå pasientens erfaringer med å bruke spørsmål som åpner opp for at pasienten forteller – bruke spørsmål med «hva» i stedet for å be pasienten gi forklaringer hvor terapeuten spør «hvorfor» (Bateman & Fonagy, 2010; Skårderud et al., 2020).

I forhold til terapeutens holdninger har det stor verdi at terapeuten tar ansvar for å søke oppklaring hvis noe er utydelig (Bateman & Fonagy, 2013). Når terapeuten tar ansvar for dette, regulerer dette ned pasientens aktivering. Det er viktig å være klar over at terapeuten kan miste sin egen mentaliseringsevne i samhandling med pasienter som ikke mentaliserer (Bateman & Fonagy, 2013).

Terapitimer med fokus på den nonverbale affektinntonen som støtter den terapeutiske prosessen (Samuelsson & Rosberg, 2018), ses det likhetstrekk med terapitimer med høy skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT som handler om terapeutens oppmerksomhet mot det som skjer i terapitimene hvor terapeuten har fokus på det verbale og nonverbale som skjer i interaksjonen. Det har betydning at terapeuten er oppmerksom på det som skjer og formidles uten ord (Axelsen, 1997). På samme måte som tilknytningspersonen affektivt toner seg inn på barnet for å møte og speile barnets behov og uttrykk, vil terapeuten gi tilbake til pasienten respons på det som formidles av pasienten. Dette er i tråd med tilknytningsteori hvor tilknytningspersoner til barnet er psykologisk og emosjonelt tilgjengelig for barnet. I trygge tilknytningsmønstre, vil barnet oppleve at tilknytningspersonene toner seg affektivt inn i samspillet og det er gjensidighet i samspillet hvor barnet og tilknytningspersonen er nysgjerrige på og utforsker hverandres blikk, gester og mimikk. Tilknytningspersonen vil speile tilbake til barnet slik at barnet opplever seg holdt og følt, som aktiverer det sympatiske nervessystemet som igjen vil føre til at det parasympatiske nervesystemet blir aktivert

(Wennerberg, 2011). På denne måte er det tilknytningspersonen som hjelper barnet med å regulere ned sine affekter.

#### **5.4.2. Manglende strategisk kompetanse og manglende nonverbal affektinntoning**

Terapitimer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT er det synlig at i disse timene mangler terapeuten fokus på mentalisering samt å vite hvilke intervensjoner som brukes når pasienten opplever mentaliseringssvikt (Folmo et al., 2019). Ved at terapeuten viser pasienten at han tenker om seg selv og andre, er dette med på å gi pasienten nysgjerrighet på seg selv slik at pasienten kan se andre perspektiver enn bare sitt eget. Terapeuten skal hjelpe pasienten med å holde fokus på mentalisering og eller å gjenopprette mentaliseringsevnen der hvor den svikter både hos seg selv og hos pasienten slik at følelsene har betydning (Bateman & Fonagy, 2013). I situasjoner hvor pasienten ikke klarer å mentalisere, som for eksempel i situasjoner hvor pasienten er følelsesmessig aktivert, kan dette medføre at pasienten utagerer.

I terapitimer med lav skåring på etterlevelse og kvalitet i MBT utagerte pasienter mot terapeuten i form av avvisning og devaluerende kritikk av terapeuten (Folmo et al., 2019). Disse situasjonene viste at terapeuten opplevde ubehag, egne motoverføringsreaksjoner, når pasienten ble utfordret på følelser. Terapeuten skal i henhold til MBT være åpen om egne emosjonelle reaksjoner som vekkes i han sammen med pasienten fordi det kan bidra til at pasienten forstår mer om seg selv samtidig som nye perspektiver finnes (Skårderud et al., 2020). I terapitimer hvor terapeuten forsøkte å blidgjøre pasienten, var det svak allianse mellom pasient og terapeut (Folmo et al., 2019). Terapeuten hadde et mer støttende fokus enn fokus på å utfordre pasienten. Når terapeuten ikke vektlegger relasjonen mellom seg og pasienten, vil dette medføre at emosjonelle tilstander unngås.

I situasjoner hvor barn opplever utrygge tilknytningsmønstre vil tilknytningspersonen ikke være tilgjengelig for barnet ved at det er feilinntonet på barnet som igjen skaper stressende situasjoner og negative affekter hos barnet (Wennerberg, 2011). Når

tilknytningspersonene hjelper barnet med å ordne affektene, får barnet hjelp til å regulere sine affekter.

Funn i denne studien forteller om ulike terapitimer hvor noen timer har god kvalitet og noen har dårlig kvalitet i forhold til MBT. Det som blir mer og mer synlig, er at terapeuten må ha faglig kompetanse i tillegg til personlig kompetanse for å fange opp det som skjer i relasjonen mellom pasient og terapeut verbalt og nonverbalt. Terapeuten må også være trygg på seg selv slik at han tåler å konfrontere pasienten når det trengs for å motivere og reflektere sammen med pasienten for at valg kan tas. I denne studien er funn at i lavt skårede terapitimer, hadde terapeuten manglende faglig fokus i tillegg til manglende evne til å tåle ubehag. Dette skiller terapeutisk terapitime fra støttesamtale. Dette er viktig å være oppmerksom på med pasientkontakt i posten.

## **5.5. Erfaringer fra sykepleiere i akutt avdeling i sykehus**

### **5.5.1. Holdninger**

Holdninger før og etter MBT opplæring. Blant sykepleierne som fikk opplæring i ferdigheter i MBT, opplevde de pasienter med BPD som krevende å ha innlagt i sengepost på flere områder (Warrender, 2015). Holdningene var i utgangspunktet dårlige blant sykepleierne. I en studie erfarte sykepleierne at de hadde negative holdninger til pasienter med BPD hvor de opplevde at de manglet verktøy for å jobbe med disse pasientene (Woollaston & Hixenbaugh, 2008). I denne studien ble det også stilt spørsmål til om pasientene fikk den hjelpen de trengte når holdningene mot dem var så dårlige. I en annen studie ble pasientenes manipulasjon sett på som noe de gjorde med vilje og ikke at det var som følge av sykdom (Weight & Kendal, 2013). I tillegg til dette var sykepleierne mindre empatiske og hadde dårligere holdninger mot pasienter med BPD enn mot andre pasienter (Dickens, Hallett, & Lamont, 2016; Welstead et al., 2018; Woollaston & Hixenbaugh, 2008). Personalet kan ha følelser av oppgitthet og frustrasjoner knyttet til selvskadings- og suicidale tanker hos pasienter, hvor pasienten ikke ønsker hjelp. Personalet kan da miste sin egen mentaliseringsevne som medfører at de dømmer pasientene som igjen kan påvirke at situasjonen forverrer seg. Som en

konsekvens av dette kan pasient og personal gjensidig avvise hverandre som gjentar pasientens eget tilknytningsmønster i forhold til relasjoner (Polnay et al., 2021).

I en av artiklene blir det beskrevet at pasienter med BPD innlagt i akutt avdeling kan oppleve å få økte symptomer i form av økt selvskade og suicidalitet og regrediere (Warrender, 2015). Det er av stor betydning at sykepleierne kan tolerere risiko med å ha fokus på mentalisering i stedet for å reagere på selvskading og suicidalitet med å ta i fra pasientene ansvaret med for eksempel å gi kontinuerlig observasjon.

I praksisfeltet har holdninger stor betydning for oss som jobber der og for innlagte pasienter. Ved at sykepleiere har endret holdninger som følge av MBT opplæring, kan en konsekvens i praksis være at pasienter med BPD opplever seg sett, møtt og forstått i stedet for avvising og får nye erfaringer med mennesker.

### **5.5.2. Jobbe mot felles mål**

Jobbe mot felles mål i avdelingen. Sykepleierne fikk et felles fokus og felles forståelse for pasienter med BPD. Tidligere hadde sykepleierne erfart at pasienter med BPD kunne favorisere noen av personalet mens andre ble devaluert (Warrender, 2015). Ved at sykepleierne er konsistente i sin tilnærming til pasienter med BPD, får pasientene erfaringer med at sykepleierne har felles fokus i behandling samt at de får nye erfaringer i forhold til relasjoner med andre mennesker (Ritter & Platt, 2016).

### **5.5.3. Fokus på empati**

Sykepleierne erfarte at de ved å fokusere på empati søkte etter å forstå mer av pasienten (Warrender, 2015). De fikk ny forståelse for hva selvskade er og hvordan tilnærmingen til det bør være. De ble mer oppmerksomme på å snakke sammen med pasienten om hva som hadde skjedd for å hjelpe pasienten med å forstå seg selv mer. Empati som gis til pasienter kan være terapeutisk og skape tillit (Ritter & Platt, 2016). Personal som jobber med mennesker som skader seg selv kan erfare å bli distansert til pasientene da dette kan skape en følelse av avmakt hos personalet i tillegg til irritasjoner og

frustrasjoner. Personalet kan da erfare at de blir likegyldige til pasienten (Thorgaard, 2009).

I den inkluderte studien om erfaringer til sykepleiere, var det fokus på personalets tilbud om veiledning. Opplæring av personalet og veiledning blir sett på som viktig da dette kan bidra til at sykepleierne forstår mer av pasienten, og samtidig få bedre holdninger til pasientene i posten (Weight & Kendal, 2013).

Funn i denne studien viser til at når sykepleierne snakket med pasientene om følelser og tanker knyttet til situasjoner med mentaliseringssvikt med for eksempel selvskade og utageringer, klarte sykepleierne å møte pasientene på empatisk og menneskelig måte. Når personal mister empatien med pasienten kan dette forstås som at pasienten har mistet empatien med seg selv (Thorgaard, 2009).

I situasjoner hvor sykepleieren har negative motoverføringsreaksjoner, er det vanskelig for henne å bevare empatien med pasienten som igjen kan medføre antiterapeutiske handlinger (Ritter & Platt, 2016), noe som gjør at veiledning er viktig (Strømstad et al., 2016). Sykepleierne i studien rapporterte at det var for lite tid til å prate sammen med pasientene i sykehusavdelingen, noe som igjen har innvirkning på den terapeutiske relasjonen med tanke på sykepleiernes kapasitet og vilje til å jobbe med kommunikasjon (Weight & Kendal, 2013).

Empati har betydning i praksis for at vi skal forstå pasienten og ha medfølelse, samtidig for at pasienten skal forstå seg selv bedre for å kunne ta bedre valg enn før. Empati er viktig for at vi ikke skal distansere oss fra pasienter som vekker ubehagelige følelser i oss.

#### **5.5.4. Tåle å stå i situasjoner med ubehag**

Sykepleierne rapporterte om at det var utfordrende å stå i vanskelige situasjoner med pasienter med BPD da de opplevde at det fremkalte ubehag og usikkerhet (Warrender, 2015). Det å tåle usikkerhet er viktig for å unngå at det brukes for mye kontroll (Seikkula & Arnkil, 2013). Etter at de fikk opplæring i ferdigheter i MBT, erfarte sykepleierne at de klarte å tåle og stå i mer situasjoner med risiko enn tidligere da de skjønnte at ved å gi pasienter som selvskader seg kontinuerlig observasjon, fratras pasienten ansvar selv, og denne atferden opprettholdes. Nå lærte sykepleierne at de skulle snakke med pasientene med BPD om hva som hadde skjedd med fokus på pasientens tanker og følelser, slik at pasienten kunne få hjelp til selvregulering samt at selvforståelsen kunne økes. På denne måten fikk pasienten hjelp til å «tåle seg selv» ved at sykepleierne viste interesse for pasienten, viste forståelse og empati for at pasienten hadde det vanskelig og at sykepleierne hjalp pasienten med å se ulike perspektiver på sin situasjon slik at bedre valg kunne tas (Schjødt & Heinskou, 2007).

Selvskading hos pasienter ses på som pasientens mestring i forhold til utfordrende følelser og som kan medføre at pasienten opplever mindre stress. Denne atferden kan gjøre sykepleierne frustrerte da pasienten motsetter seg hjelp for å bli bedre og å lære seg nye mestringsstrategier (Weight & Kendal, 2013).

Det har også betydning at sykepleierne har kunnskaper i forhold til samhandling med pasienter med BPD og ASPF; som å bidra til at økt selvkontroll hos pasienter og, hjelpe pasienter med å se sammenhenger mellom følelser og handlingene sine og diskutere og reflektere over egne motoverføringsreaksjoner sammen med personalet på jobb (Ritter & Platt, 2016).

Pasienter med BPD ble i en studie sett på som manipulative og truende (Woollaston & Hixenbaugh, 2008), noe som gjorde det utfordrende for sykepleiere å jobbe med dem. Mennesker med BPD oppfattes ofte som å være manipulerende (Schjødt & Heinskou, 2007). I studien med opplæring av ferdigheter i MBT til sykepleiere viste de til et eksempel hvor en pasient med BPD hadde selvskadet seg rett i forkant av en utskrivelse

fra sengeposten. Tidligere ville gjerne sykepleierne ha reagert med at pasienten kunne få være lengre innlagt på grunn av at pasienten var dårlig. Nå opplevde sykepleierne at de stod i situasjonen og heller snakket med pasienten på en empatisk måte om hva som hadde skjedd slik at de kunne forstå pasienten bedre og at pasienten kunne forstå seg selv bedre. På denne måten fikk pasienten hjelp til selvregulering. Pasientens separasjonsangst ble trigget ved utskrivelse fra sengeposten (Schjødt & Heinskou, 2007).

Mine funn viste at sykepleierne i forkant av MBT opplæring hadde dårlige holdninger til pasienter med BPD. Disse holdningene stemmer overens med min førforståelse og fra andre artikler (Dickens et al., 2016; Ritter & Platt, 2016; Weight & Kendal, 2013). Etter opplæring i MBT, viste funn endrete holdninger, det å tåle risiko og økt empati viste fokus på det å forstå følelser bak ulike typer selvskadingsatferd. Forskningsfeltet beskriver at MBT erfares i praksis ved at sykepleierne blir mer forståelsesfulle, mer empatiske, mer trygge på å ta valg i tillegg til å stå i ubehagelige situasjoner med pasienter med BPD i stedet for å trekke seg bort.

## **5.6. Metode hensyn**

De inkluderte artikler er på engelsk. Artikkene ble lest flere ganger for å få tak på innholdet. Etter hvert som artikkene ble lest flere ganger, ble innholdet mer synlig.

I denne studien var fokuset på mentaliseringsbasert terapi – erfaringer fra praksis. Funnt fra de inkluderte artikkene ble gjennomgått og reflektert over for å skape mening og oversikt. Tema ble kategorisert i grupper og undergrupper for å få frem hva forskningsfeltet beskriver om hvordan mentaliseringsbasert terapi erfares i praksis.

Begrensninger i denne studien handler om begrensninger fra studiene i de inkluderte artikkene. Se vedlegg 1 for oversikt over kvalitetsevaluering av inkluderte artikler i henhold til CASP (CASP, 2018). I denne studien var det begrensninger i forhold til om forskningsdesignet var passende for mål i forskningen og om rekrutteringsstrategien var

passende for målet i forskningen. En studie hadde begrensninger i forhold til om data ble samlet inn på en måte som adresserte forskningsspørsmålet. Flere av studiene hadde svakheter med om relasjonen mellom forskeren og deltakerne hadde blitt tilstrekkelig vurdert. I flere av studiene var det usikkert om etiske spørsmål hadde blitt tatt med i betraktningen. I tre av studiene var det utydelig om analysen var tilstrekkelig streng. I et par av studiene var presentasjonen av funn utydelig. For to av studiene er det utydelig om forskningen er verdifull ut fra funn.

Se vedlegg 1, for resultater fra kvalitetsevaluering av inkluderte artikler basert på the critical appraisal skills programme sjekklister for kvalitative studier. Se vedlegg 2 for eksempel på evaluering av artikkel ved bruk av CASP.

Av de 11 inkluderte studier i denne systematiske oversikten, er det syv av dem som beskriver begrensninger med egne studier relatert til generaliserbarhet. De beskriver at i kvalitativ forskning, er generaliserbarhet vanskelig på bakgrunn av det lave antallet deltakere. Dette gjelder også i forhold til studier som har kun kvinnelige deltakere, som ikke kan generaliseres til å gjelde menn og kvinner.

Reliabilitet handler om hvorvidt studien er pålitelig eller ikke og kan knyttes til om forskerens åpenhet om hvordan han går frem i forskningsprosjektene (Thagaard, 2013). Det innebærer om forskningen har blitt gjort på en slik måte at den er troverdig og skaper tillit. Med dette menes at forskeren er åpen om hvordan hans relasjoner er med deltakerne han skal forske på samtidig som det er åpenhet om hvordan opplevelser og erfaringer fra feltet han forsker på kan farge positivt og eller negativt de funn han finner (Thagaard, 2013).

Når det gjelder validitet handler dette om gyldighet hvor fokuset er på om man finner resultater fra forskjellige studier som kan si det samme, som fungerer som en bekreftelse (Thagaard, 2013). Det handler om å stille spørsmål til forskningen hvor det ses på fordeler og ulemper (Malterud, 2017). Det å ha refleksjon rundt metode, danner



en basis for reliabilitet. Å begrunne tolkninger legger føringer for validitet (Thagaard, 2013).

## **6.0 Konklusjon**

Denne studien handler om mentaliseringsbasert terapi – erfaringer fra praksis. Den tar for seg hvordan erfaringene er i forhold til deltakelse i MBT. Fokuset på erfaringer handler om hvordan MBT oppleves. Forskningsspørsmålet som blir belyst er; hva beskriver forskningsfeltet om hvordan mentaliseringsbasert terapi erfares i praksis?

Forskningsfeltet beskriver at mentaliseringsbasert terapi erfares i praksis på flere måter. Det er en hovedkategori som inneholder erfaringer som er til felles for de tre undergruppene. Mine funn viser til pasientens erfaringer og endringer, til erfaringer knyttet til terapitimer og i forhold til erfaringer til sykepleiere i akutt avdeling i sykehus.

Hvordan pasienten erfarer MBT avhenger av blant annet pasientens villighet til å delta i MBT. Pasienter i studien erfarte at de fikk nytt syn på seg selv, lærte seg selvregulering, lærte å forstå seg selv bedre ved å se fra andre perspektiver. Erfaringer fra terapitimer handler om å skape tillit i relasjonen mellom pasient og terapeut, og bruke relasjonen på en måte som er terapeutisk slik at det skjer endringer. Erfaringene var også i forhold til å bruke seg selv som instrument ved å ha fokus på det som formidles med og uten ord i terapi. Erfaringene fra sykepleierne i akutt avdeling handlet om deres endringer i forhold til det å forstå pasientene, holdningene deres og snakke sammen med dem om situasjoner som oppstod. De erfarte også viktigheten av ikke å ta fra pasientene ansvaret. Målet med denne studien er å kunne forbedre praksis. Ved å bruke mentaliseringsbasert terapi i praksis, viser funn i denne studien at det skjer endringer fra pasientens perspektiv, fra sykepleiers perspektiv og fra terapitimer.

## Referanser

<http://www.rogaland-asenter.no/behandling/behandlingstilbud/behandling-poliklinikk/mentaliseringsbasert-terapi>

- Axelsen, E. D. (1997). *Symptomet som ressurs Psykiske problemer og psykoterapi*. Oslo: Pax Forlag.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of Borderline Personality Disorder With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization: An 18-Month Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, *158*(1), 36-42. doi:10.1176/appi.ajp.158.1.36
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2003). Health Service Utilization Costs for Borderline Personality Disorder Patients Treated With Psychoanalytically Oriented Partial Hospitalization Versus General Psychiatric Care. *American Journal of Psychiatry*, *160*(1), 169-171. doi:10.1176/appi.ajp.160.1.169
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *9*(1), 11-15. doi:10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Mentalization-Based Treatment. *Psychoanalytic Inquiry*, *33*(6), 595-613. doi:10.1080/07351690.2013.835170
- Belin, S. (2014). *Relation før metode* (1. ed.). København: Akademisk Forlag.
- Bo, S., Sharp, C., Fonagy, P., & Kongerslev, M. (2017). Hypermentalizing, attachment, and epistemic trust in adolescent BPD: Clinical illustrations. *Personality disorders*, *8*(2), 172-182. doi:10.1037/per0000161
- CASP. (2018 ). Critical Appraisals Skills Programme. *10 questions to help you make sense of a Qualitative research*. Retrieved from <https://casp-uk.b-cdn.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>
- Dixon-Woods, M., Agarwal, S., Jones, D., Young, B., & Sutton, A. (2005). Synthesising qualitative and quantitative evidence: a review of possible methods. *Journal of Health Services Research & Policy*, *10*(1), 45-53. Retrieved from <https://www.proquest.com/scholarly-journals/synthesising-qualitative-quantitative-evidence/docview/208683675/se-2?accountid=136945>
- 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
- Falconer, C. J., Cutting, P., Davies, E. B., Hollis, C., Stallard, P., & Moran, P. (2017). Adjunctive avatar therapy for mentalization-based treatment of borderline personality disorder: a mixed-methods feasibility study. *Evidence Based Mental Health*, *20*(4), 123-127. doi:10.1136/eb-2017-102761
- Folmo, E. J., Karterud, S. W., Kongerslev, M. T., Kvarstein, E. H., & Stänicke, E. (2019). Battles of the Comfort Zone: Modelling Therapeutic Strategy, Alliance, and Epistemic Trust—A Qualitative Study of Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *49*(3), 141-151. doi:10.1007/s10879-018-09414-3
- Fonagy, & Bateman. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, *16*(1), 83-101. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106135694&scope=site>
- Fonagy, Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.

- Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (F. Friberg Ed.). Göteborg: Studentlitteratur.
- Gardner, K. J., Wright, K. M., Elliott, A., Graham, S., & Fonagy, P. (2020). The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 93(3), 572-586. doi:10.1111/papt.12243
- 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
- Lonergain, D. O., Hodge, S., & Line, R. (2017). Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 16-27. doi:<http://dx.doi.org/10.1108/MHRJ-04-2016-0008>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utgave ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McGlashan, T., M.D. , Carlos M. Grilo, Ph.D. , Charles A. Sanislow, Ph.D. , Elizabeth Ralevski, Ph.D. , Leslie C. Morey, Ph.D. , John G. Gunderson, M.D. , . . . Maria Pagano, Ph.D. (2005). Two-Year Prevalence and Stability of Individual DSM-IV Criteria for Schizotypal, Borderline, Avoidant, and Obsessive-Compulsive Personality Disorders: Toward a Hybrid Model of Axis II Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 883-889. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.883
- Mentalisering, I. f. (2021). Institutt for Mentalisering. Retrieved from <https://www.mentalisering.no/>
- Morken, K. T. E., Binder, P. E., Arefjord, N., & Karterud, S. (2019). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 29(2), 251-266. doi:10.1080/10503307.2017.1325021
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R., & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17(5), 553-566. doi:10.1080/10503300601139988
- Ritter, S., & Platt, L. M. (2016). What's New in Treating Inpatients With Personality Disorders?: Dialectical Behavior Therapy and Old-Fashioned, Good Communication. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 54(1), 38-45. doi:<http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20151216-03>
- Samuelsson, B., & Rosberg, S. (2018). Nonverbal affect attunement in mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder. *Body, Movement & Dance in Psychotherapy*, 13(2), 100-113. doi:10.1080/17432979.2018.1447015
- Schibbye, A.-L. L. (2012). *Relasjoner. Et dialektisk perspektiv på eksistensiell og psykodynamisk psykoterapi* (2. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Schjødt, T., & Heinskou, T. (2007). *Miljøterapi på dynamisk grundlag* (1. edition ed.). København: Hanz Reitzels Forlag.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2013). *Åpen dialog i relasjonell praksis Respekt for annerledeshet i øyeblikket* (1. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skårderud, F., & Sommerfeldt, B. (2014). *Miljøterapiboken Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)* (1. ed.): Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Skårderud, F., Sommerfeldt, B., & Robinson, P. (2020). *SULT Mentaliseringsbaserte tilnæringer til spiseforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse En innføring i kvalitativ metode* (4 ed.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomas, N., & Jenkins, H. (2019). The journey from epistemic vigilance to epistemic trust: service-users experiences of a community mentalization- based treatment programme for Anti-Social personality disorder (ASPD). *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(6), 909-938. doi:10.1080/14789949.2019.1670856
- Thorgaard, L. (2009). *Empatiens bevarelse i relationsbehandlingen i psykiatrien* (2. ed. Vol. 2). Stavanger: Hertervig Forlag.
- Ware, A., Wilson, C., Tapp, J., & Moore, E. (2016). Mentalisation-based therapy (MBT) in a high-secure hospital setting: expert by experience feedback on participation. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 27(5), 722-744. doi:10.1080/14789949.2016.1174725
- Warrender, D. (2015). Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(8), 623-633. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12248>
- Weight, E. J., & Kendal, S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice (through 2013)*, 17(3), 34. doi:<http://dx.doi.org/10.7748/mhp2013.11.17.3.34.e827>
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner Om tilknytning, traumer og dissosiasjon*. Sweden: Arneberg Forlag.
- Woollaston, K., & Hixenbaugh, P. (2008). 'Destructive Whirlwind': nurses' perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(9), 703-709. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2008.01275.x>
- Wormnes, B. (2013). *Behandling som virker Relasjonens, alliansens og kontekstens betydning* (1. ed.). Bergen: Cappelen Damm Akademisk.

Forfatter	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Evaluering	
1 Dyson & Brown 2016	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy
2 Falconer et al. 2017	J	J	J	J	J	J	U	J	J	U	U	Moderat
3 Folmo et al. 2019	J	J	J	J	J	U	J	J	J	J	J	Høy
4 Gardner et al. 2020	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy
5 Johnson et al. 2016	J	J	J	U	U	U	N	U	U	U	U	Lav
6 Lonargáin et al. 2017	J	J	J	J	J	J	J	U	J	J	J	Høy
7 Morken et al. 2019	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy
8 Samuelsson & Rosberg 2018	J	J	U	U	J	J	J	J	J	J	J	Moderat
9 Thomas & Jenkins 2019	J	J	J	J	J	U	U	J	J	J	J	Moderat
10 Ware et al. 2016	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	J	Høy
11 Warrender 2015	J	J	J	J	J	J	J	U	J	J	J	Høy

Vedlegg 1. Resultater fra kvalitetsevaluering av inkluderte artikler basert på The Critical Appraisal Skills Programme sjekklister for kvalitative studier (CASP 2018). (J: Ja, N: nei, og U: usikker).

**Vedlegg 2.** Eksempel på evaluering av artikkel ved bruk av The Critical Appraisal Skills Programme sjekkliste, for kvalitative studier (J: Ja, N: Nei og U: Usikker).

Forfatter	1.Var det et tydelig standpunkt for mål I forskningen			2.Er kvalitativ metodologi passende?			3.Var forskningens design passende for mål i forskningen?			4.Var rekrutteringsstrategien passende for målet I forskningen?			5. Ble data samlet inn på en måte som adresserte forskningsspørsmålet		
Dyson & Brown	J	U	N	J	U	N	J	U	N	J	U	N	J	U	N
2016	*			*			*			*			*		

Forfatter	6.Har relasjonen mellom forskeren og deltakerne blitt tilstrekkelig vurdert?			7.Har etiske spørsmål blitt tatt med I betraktningen?			8.Var data analysen tilstrekkelig streng?			9. Er det en klar uttalelse/presentasjon av funn?			10. Hvor verdifull er forskningen?
Dyson & Brown	J	U	N	J	U	N	J	U	N	J	U	N	Høy Moderat Lav
2016	*			*			*			*			*