



DET PSYKOLOGISKE FAKULTET

Teamarbeid i behandling av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

Ellisiv Lindanger

Vår 2019

Veileder

Kjersti Arefjord

Institutt for klinisk psykologi

Abstract

The purpose of this paper is to theoretically and empirically discuss the use of team in therapeutic treatment of borderline personality disorder. Borderline personality disorder is a clinical disorder that involves a high amount of suffering and impairments for the patient. The history of BPD is characterized by stigma, low expectations and negative experiences regarding treatment. During the last decades, several specialised treatment models have been developed for BPD, including mentalization based therapy (MBT) and dialectical behavior therapy (DBT). Specialised treatment for borderline personality disorder highlights the need of supportive systems to aid therapists treating these patients, concerning the negative effects therapists experience working with suicidal and unstable patients, and the positive effects therapist support is expected to have on treatment efficacy. In spite of this, structured supportive systems seems to be neglected in implementation of specialised treatment models.

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å drøfte teori og empiri knyttet til bruk av team i behandling av borderline personlighetsforstyrrelse. Borderline personlighetsforstyrrelse er en alvorlig psykisk lidelse kjennetegnet av funksjonssvikt på en rekke områder. I behandling blir pasientgruppen stigmatisert, møtt med behandlingspessimisme og rapporterer om negative opplevelser i møte med helsepersonell. De siste tiårene har det kommet flere behandlingsmodeller som viser gode behandlingsresultat for gruppen, som mentaliseringsbasert terapi (MBT) og dialektisk atferdsterapi (DBT). Spesialiserte behandlingsmodeller anbefaler etablering av støttende system rundt behandlere på bakgrunn av kunnskap om negative effekter arbeid med pasientgruppen kan ha for behandlere, samt antagelsen om at behandlerstøtte generer positive effekter for behandling av pasientgruppen. Samtidig tyder det på at behandlersteam er elementet som hyppigst frafaller ved implementering av spesialiserte behandlingsmodeller.

Innholdsfortegnelse

Abstract	ii
Sammendrag	iii
Innholdsfortegnelse	iv
Forord	0
Innledning.....	1
Bakgrunn og gjennomføring	4
Hva er borderline personlighetsforstyrrelse?	6
Utvikling av BPF.....	7
Tilknytning	8
Betydning av tidlige relasjonelle erfaringer i MBT og DBT	10
Utfordringer i behandling av BPF	14
Kronisk suicidalitet	15
Emosjonell ustabilitet.....	17
Relasjonell sensitivitet.....	18
Behandling av BPF.....	19
Terapeutisk allianse	19
Tilegnelse av affektregulerende ferdigheter.....	20
Dialektisk atferdsterapi.....	21
Behandlingsmodell.....	22
Mentaliseringsbasert terapi.....	23
Behandlingsmodell.....	24
Hvordan er team integrert i de ulike behandlingsmodellene?	25

Reflekterende team i MBT	27
Konsultasjonsteam i DBT	28
Diskusjon.....	32
Kan grad av oppfølging av behandlere ha betydning for behandlingseffekt?.....	32
Refleksiv funksjon og emosjonsregulering hos behandlere	35
Kan teamarbeid påvirke behandleres kapasitet for å håndtere kronisk suicidalitet?.....	36
Hvordan kan teamarbeid bistå behandlere i møte med relasjonelle utfordringer i behandling av BPF?	37
Kan teamarbeid øke behandleres utholdenhet og redusere risiko for utbrenthet i møte med BPF?	41
Begrensninger.....	44
Implikasjoner.....	45
Kilder.....	47

Forord

Til Kjersti, Christian og Kristian.

Takk for tålmodighet, veiledning og støtte.

Innledning

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er en psykisk lidelse kjennetegnet av alvorlig og varig svikt i personlighetsmessig og sosial fungering, ustabil stemningsleie og en tendens til å inngå i flyktige, ustabile og ofte konfliktfylte forhold. BPF forekommer hos omtrent 0,2 – 1,8 % av befolkningen (Malt, 2016). I en større norsk undersøkelse estimeres forekomst blant menn til 0,4 % og 0,9 % blant kvinner (Malt, 2018). BPF er hyppig forekommende i kliniske populasjoner, og omtrent 10 % av pasienter i poliklinisk psykiatrisk behandling oppfyller kriteriene for BPF (Gross, Olfson & Gameroff et al., 2002). I psykiatriske døgnenheter er dette tallet doblet (Gross, Olfson & Gameroff et al., 2002; Korsgaard, 2016).

Pasientgruppen er assosiert med uttalt suicidalitetsproblematikk i form av tanker eller planer om suicid, suicidforsøk eller selvskadende atferd. Hos pasienter med BPF benevnes ofte den suicidale atferden som kronisk på bakgrunn av høy hyppighet i forekomst og varighet av uttrykt suicidalitet (Paris, 2005; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Pasienter diagnostisert med BPF har syv ganger høyere sannsynlighet for å bli uføretrygdet enn befolkningen for øvrig, dobbelt så ofte sammenlignet med pasienter med klinisk depresjon eller angst (Østby, Czajkowski & Knudsen et al., 2014). Pasientgruppen er assosiert med alvorlig nedsatt livskvalitet (Korsgaard, 2016; Preissler, Dziobek, Ritter, Heekeren & Roepke, 2010), høyt lidelsestrykk, høy forekomst av negative livshendelser og høy dødelighet (Karterud, 2018). Den høye forekomsten, og det alvorlige lidelsestrykket assosiert med BPF, fordrer behov for utvikling av effektive behandlingsalternativer.

Effektiv behandling av BPF krever en god terapeutisk allianse (Hirsh, Quilty, Bagby & McMain, 2012). Samtidig viser empiri og klinisk erfaring at etablering av en god terapeutisk allianse i møte med denne pasientgruppen er en stor utfordring (Bender, 2005). Pasientgruppen har stort frafall fra behandling og dårligere prognoser i behandling

sammenlignet med andre psykiatriske lidelser (Landes, Chalker & Comtois, 2016). BPF vurderes som vanskelig pasientgruppe å behandle (Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003). Pasienter med BPF har lenge blitt omtalt og vurdert som behandlingsresistente og uten endringskapasitet (Korsgaard, 2016).

Pasienter med BPF oppleves som dominerende, aggressive, manipulerende og fiendtlige (Kyratsous & Sanati, 2017). Behandlere opplever hjelpeløshet og redusert engasjement, og kan kjenne seg inkompetente og utilstrekkelige, i møte med denne pasientgruppen (Gazzillo, Lingardi & Del Corno et al., 2015). Behandleransvar for pasienter med BPF er assosiert med høyt opplevd stress, arbeidsbyrde og påkjenninger, samt risiko for utbrenthet (Miller, Iverson & Kimmelmeier, et al., 2011). Utbrenthet er assosiert med redusert engasjement og forpliktelse til utøvelsen av terapeutisk arbeid, negative holdninger, høyt sykefravær og større utskifting av personale (Morse, Salyers, Rollings, Monroe-DeVita & Pfahler, 2012).

Lav tiltro til egne evner, nedvurdering av egen kompetanse og høyt stressnivå blant behandlere, samt lav grad av kontinuitet i behandlingen, er assosiert med dårligere behandlingsutfall (Bennett-Levy & Thwaites, 2007; Morse, Salyers, Rollings, Monroe-DeVita & Pfahler, 2012). Stigmatisering av pasienter med BPF er et utbredt problem (Sheehan, Nieweglowski & Corrigan, 2016), som sammen med utbrenthet og stressreaksjoner blant behandlere, utgjør vesentlige hindringer for den terapeutiske alliansen og effektiv behandling av lidelsen (Barnicot, Katsakou, Bhatti, Savill, Fearnings & Priebe, 2012; Bender, 2005; Plakun, 2011).

De siste tiårene har det vært økt fokus på utarbeiding av spesialiserte behandlingsmodeller som tilrettelegger for terapeutisk allianse og som søker å redusere risiko for negativ behandleratferd, frafall og alliansebrudd (Korsgaard, 2016). Mange spesialiserte behandlingsmodeller for BPF vektlegger behovet for tett samarbeid mellom behandlere og

tilgang på kollegial støtte for ansvarlige behandlere, og strukturerte støttende system rundt behandlere er ofte inkorporert som en del av behandlingsmanualen for BPF (Linehan, 1993; Kernberg, Yeomans, Clarkin & Levy, 2008; Bateman & Fonagy, 2010; Farrell & Shaw, 2012). Bruk av integrert og systematisert oppfølging av behandlere er i tråd med generelle anbefalinger for behandling av kronisk suicidale pasienter og BPF (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Flere behandlingsmodeller for BPF, som inkorporerer strukturerte støttende system i behandlingsmanualen, har vist seg å ha dokumentert effekt (Linehan, Comtois, Murray et al., 2006; Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven et al., 2006; Möller, Karlgren, Sandell, Falkenstöm & Philips, 2015)

Mentaliseringsbasert terapi (MBT) (Bateman & Fonagy, 2010) og dialektisk atferdsterapi (DBT) (Linehan, 1993) oppfordrer til opprettelse av team, bestående av to eller flere behandlere, med formål om å ha en støttende, konsulterende og veiledende funksjon for behandlere (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993). Bruk av team anses som et virkemiddel til økt samarbeid og god kommunikasjonsflyt mellom behandlere. Team sikrer ivaretagelse av behandlere med ansvar for pasientarbeid assosiert med økt risiko for utbrenthet, samt forsvarlig behandling av pasienter med BPF (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993). Arbeid i team er en kilde til økt refleksiv funksjon og regulering av u hensiktsmessige motoverføringer hos behandlere (Bateman & Fonagy, 2010; Ensink, Maheux, Normandin et al., 2013). Bruk av team har som formål å øke kontinuitet i behandlingen, redusere avbrudd i terapi og bidra til økt behandlingseffekt (Linehan, 1993; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Bateman & Fonagy, 2010; Paris, 2010).

Hypotesen om at teambasert behandling av BPF fremmer effektiv behandling av lidelsen bygger på følgende påstander: 1) Effektiv behandling av BPF krever en god terapeutisk allianse kombinert med tilegnelse av adaptive affektregulerende strategier til fordel for destruktiv atferd hos pasienten. 2) Symptomatologien knyttet til BPF vil typisk

vekke sterke emosjonelle reaksjoner hos behandlere som kan komme i veien for alliansefremmende og konstruktiv behandleratferd. 3) Et støttende system rundt behandlere fremmer behandleratferd som med større sannsynlighet tilrettelegger for en god terapeutisk allianse, samt reduserer risiko for negativ behandleratferd. 4) Gitt den høye risikoen for destruktiv atferd blant pasienter med BPF, samt de negative konsekvensene det kan ha for behandlere å stå alene med ansvar for disse pasientene, kan mangel på et støttende system for behandlere fremstå risikofyllt.

Oppgaven gjennomgår teori og empiri som tar for seg bruk av teamarbeid i behandling av BPF. Oppgaven vil ta for seg det teoretiske grunnlaget for anbefalinger av teambasert behandling av pasientgruppen, og videre gå gjennom relevant litteratur og studier som kan bidra til økt forståelse av teamarbeid i behandling av BPF. Funksjon og betydning av team i behandling av BPF drøftes. MBT og DBT er de empirisk støttede behandlingsmodellene som tydeligst inkorporerer bruk av team i sine manualer (Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter, & Maltzberger, 2011). Derfor vil MBT og DBT benyttes som teoretisk rammeverk og i gjennomgang av tilgjengelig litteratur på feltet. Oppgaven har ikke som mål å presentere en systematisk litteraturgjennomgang, men en empirisk og teoretisk akademisk drøfting på bakgrunn av forskning og teoriutvikling innenfor et definert felt.

Bakgrunn og gjennomføring

Litteratursøkene ble i hovedsak innhentet gjennom litteraturbasene PubMed og PsycInfo. I tillegg ble søkemotoren Oria, samt Google Scholar, benyttet. Relevant litteratur ble også identifisert og innhentet ved gjennomgang av litteraturlistene i utvalgte artikler, samt ved undersøkelse av litteratur som refererte til artiklene. For å sikre at oppgaven i diskusjonen hadde tilgang på relevant litteratur fra a) de modellene som oppgaven avgrenser seg til, b) som omhandler temaet suicidalitet og som, c) drøfter oppgavens fokus på bruk av team, ble det utviklet en liste av søkeord som ble brukt alene og i kombinasjon i de ulike databasene. Se

tabell 1. Artikler og litteratur som resulterte fra søkene ble manuelt undersøkt for å avgjøre om de kunne bidra til drøftingen.

Tabell 1.

Teori og behandlingsmodell	« <i>mentaliseringsbasert</i> », « <i>mantalization</i> », « <i>based</i> », « <i>MBT</i> », « <i>dialektisk</i> », « <i>atferdsterapi</i> », « <i>dialectical</i> », « <i>behavior</i> », « <i>DBT</i> », « <i>attachment</i> »
BPF og suicidalitet	« <i>suicidal</i> », « <i>chronic suicidality</i> », « <i>suicidalitet</i> », « <i>kronisk</i> », « <i>borderline</i> », « <i>personality disorder</i> », « <i>emosjonell ustabilitet</i> », « <i>emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse</i> », « <i>emotional</i> », « <i>dysregulation</i> », « <i>emosjonell</i> », « <i>dysregulering</i> », « <i>BPD</i> »
Bruk av team i behandling av BPF	« <i>therapist</i> », « <i>experience</i> », « <i>counter-transference</i> », « <i>stigma</i> », « <i>treatment</i> », « <i>team</i> », « <i>work</i> », « <i>consultation</i> », « <i>reflective</i> », « <i>peer</i> », « <i>support</i> », « <i>supervision</i> », « <i>responsibility</i> », « <i>patient</i> », « <i>efficacy</i> », « <i>effect</i> », « <i>factor</i> », « <i>alliance</i> », « <i>therapeutic</i> », « <i>relation</i> », « <i>burnout</i> », « <i>empathy</i> », « <i>professional</i> »

I det følgende vil jeg presentere det kunnskapsgrunnlaget som går inn i drøftingene i denne oppgaven.

Hva er borderline personlighetsforstyrrelse?

I ICD-10 er BPF kalt *emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type*.

BPF beskrives som en utviklingstilstand hvor personlighetstrekk utvikles og dannes i barndommen og ungdomstiden. Ved BPF inkluderer dette trekk på impulsivitet, ustabil stemningsleie og tendenser til sterke emosjonelle utbrudd og manglende evne til å kontrollere emosjonsuttrykk, samt tendens til å havne i sosiale konflikter og lav toleranse for kritikk. Pasientgruppen er kjennetegnet av forstyrrelser i selvoppfattelse, mål og verdier, kronisk tomhetsfølelse, ustabilitet i relasjon til andre og selvdestruktiv atferd (Helsedirektoratet, 2013).

I DSM-V inndeles de viktigste diagnostiske kriteriene for BPF under signifikante forstyrrelser i personlighetsfungering og patologiske personlighetstrekk. Forstyrrelser i personlighetsfungering kan vise seg som ustabil identitetsopplevelse og overdrevne selvkritiske holdninger til selvet, tomhetsfølelse eller dissosiative tilstander, samt forstyrret interpersonell fungering. Relasjonelle utfordringer kommer ofte til uttrykk i form av vansker vedrørende relasjonell intimitet, samt tendens til å inngå i intense, ustabile eller konfliktfylte relasjoner til andre. Pasientgruppen vil typisk i sosiale relasjoner være preget av mistillit, påtrengende atferd, være tilbøyelige til overopptatthet med ekte eller opplevd avvisning og ekstrem idealisering eller devaluering av andre, samt svingninger mellom overinvolvering og unnvikelse (American Psychiatric Association, 2013).

Under patologiske personlighetstrekk deles symptomene inn i 1) *negativ affekt*, kjennetegnet av ustabil stemningsleie, engstelse, separasjonsangst og depressivitet, 2) *svekket inhibering*, karakterisert ved impulsiv og risikotakende atferd og 3) *antagonisme*, typisk uttrykt som en fiendtlig holdning som medfører vedvarende eller hyppig opplevd frustrasjon, sinne eller irritabilitet i møte med reelle eller imaginære fornærmelser eller krenkelser. Pasientgruppen kjennetegnes ved sterke emosjonelle reaksjoner på stimuli som typisk ikke

vekker lignende reaksjoner hos mennesker uten symptomer på BPF (American Psychiatric Association, 2013).

Utvikling av BPF

BPF kan forstås som et resultat av medfødt sårbarhet som disponerer for tilbøyelighet til utvikling av emosjonelt ustabile personlighetstrekk (Amad, Ramoz, Thomas, Hardri & Gorwood, 2014; Calati, Gressier, Balestri & Serretti, 2013). Både MBT og DBT mener at genetisk predisposisjon alene ikke kan forklare utvikling av BPF, og at aversive livshendelser og miljømessige faktorer i utviklingshistorien er av vesentlig betydning for å forstå utvikling av emosjonell og relasjonell dysregulering (Linehan, 1993; Bateman & Fonagy, 2010). Det er bred konsensus om at den emosjonelle sårbarheten hos pasientgruppen med BPF oppstår som konsekvens av kombinert medfødt sårbarhet og gjennom påvirkning av familiært og sosialt miljø (McMain, Boritz & Leybman, 2015).

Den høye forekomsten av traumer og relasjonstraumer blant pasienter med BPF har ført til debatt om hvorvidt symptomene hos en stor andel av pasientgruppen best kan beskrives som kompleks PTSD (Giourou, Skokou, Andrew, Alexopoulpo, Gourzis & Jelastopulu, 2018). Samtidig finnes det en stor gruppe mennesker med traumeerfaringer som ikke utvikler ustabile personlighetstrekk som kjennetegner BPF, og traumer alene kan ikke forklare utvikling av BPF (Fonagy, Target & Gergely, 2000).

Svekket refleksiv funksjon, redusert evne til å fortolke atferd på en fleksibel, nyansert og adaptiv måte, er foreslått som vesentlig for utvikling av BPF (Johansen, Karterud, Normann-Eide, Rø, Kvarstein & Wilberg, 2018). En studie fant at 97 % av pasienter med lav refleksiv funksjon, i kombinasjon med en historie preget av misbruk, oppfylte kriteriene for BPF. Til sammenligning viste studien at kun 17 % av pasienter som hadde opplevd misbruk, og samtidig hadde høy refleksiv funksjon, oppfylte kriteriene for lidelsen (Fonagy, Leigh & Steele, et al., 1997). Tidlige relasjonelle erfaringer er av betydning for å forstå både MBT og

DBT sitt teoretiske utgangspunkt for behandling av lidelsen, og tilknytningsperspektivet kan bidra til større forståelse for utvikling av sentrale trekk ved BPF.

Tilknytning

Tilknytningen, som referer til det relasjonelle båndet mellom barnet og signifikante omsorgspersoner, antas å legge grunnlaget for individets *tilknytningsstil* i voksen alder (Mosquera, Gonzalez & Leeds, 2014). *Tilknytningsatferd* defineres som en instinktiv tendens til å søke trygghet og tilnærme seg individer som representerer trygghet (Bowlby, 1988; referert i Mosquera, Gonzalez & Leeds, 2014). *Tilknytningsstil* representerer tendens til relasjonell atferd, og innebærer strategier som tilegnes for å oppnå trygghet og nærhet gjennom tilknytningsatferd. Allerede i spedbarnsalder, i møte med omsorgsgivere, starter utvikling, tilegnelse og tilpasning av tilknytningsstil (Levy, 2005).

Ved trygg tilknytning fungerer omsorgsgivere som en trygg base for barnet. Grunnleggende sett innebærer dette at en omsorgsgiver evner å fange opp og identifisere affekt hos barnet, at affektive tilstander håndteres adekvat, og at affektoplevelser gjøres forståelige og tolererbare for barnet (Våpenstad, 2013). Barn med trygg tilknytning har omsorgsgivere som responderer tilfredsstillende korrekt, samt relativt konsistent og forutsigbart, på barnets uttrykte affektive tilstander. Dette krever at omsorgsgivere, i tillegg til identifisere emosjonelt betinget atferd hos barnet, også evner å formidle sin forståelse til barnet gjennom korrekt speiling og validering av barnets indre emosjonelle tilstander. Over tid vil dette bidra til at barnet selv utvikler refleksiv funksjon i møte med egne og andres atferd i lys av forestilte indre tilstander. Parallelt vil barnet utvikle toleranse og forståelse for affekt, noe som har hensiktsmessig regulerende funksjon på affekt og sosial atferd (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009; Fonagy, Target & Gergely, 2000).

Omsorgsgivere med god refleksiv funksjon vil kunne forstå og fortolke barnets atferd på meningsfulle måter. Ved at omsorgsgivere forstår og formidler sine representasjoner av

barnets atferd vil det også muliggjøre at barnet selv får utforske sine egne indre opplevelser og tilstander (Våpenstad, 2013). I tidlig barndom, hvor barnet selv har lite utviklede evner til å regulere sine egne indre tilstander, fungerer omsorgsgivere som reguleringsstøtte for barnet. Samtidig vil denne regulerende støtten gradvis bygge opp barnets toleranse for affekt og reguleringsferdigheter i møte med ulike affektive tilstander (Fonagy, Gergely, Target & Jurist, 2002). I voksen alder vil trygge tilknytningsmønster typisk uttrykkes som at individet er komfortabel i nære og intime relasjoner, opplever det som trygt å gi og motta nærhet og omsorg uten frykt for avvisning.

Ved utrygg tilknytning vil tilknytningsmønsteret være distinkt forskjellig. Engstelig ambivalent, eller avhengig, tilknytning preges av kontinuerlig frykt for avvisning. De kan oppleves krevende på bakgrunn av stort behov for nærhet og omsorg, og vise sterke emosjonelle uttrykk som tilnæringsstrategi i relasjon til andre. Individer med engstelig unnvikende, eller avvisende, tilknytningsmønster er preget av stort behov for selvstendighet og uavhengighet, vansker med å være åpen og nær andre og lite kontakt med egne emosjonelle tilstander og behov. Desorganisert tilknytning uttrykkes som vansker med tillit og nære relasjoner, samt svingninger mellom behov for nærhet og aktivering av frykt og ubehag i møte med dette (Klette, 2008).

Traumer som oppstår i omsorgsrelasjoner, eller på utviklingssensitive stadier i livet, har stor betydning for utvikling av tilknytningsmønster (Nordanger & Braarud, 2014). *Relasjonstraumer*, traumer som oppstår i nære relasjoner, kan innebære fysisk, emosjonelt og seksuelt misbruk, samt fysisk eller emosjonelt neglekt, eller andre former for omsorgssvikt. Relasjonstraumer er relativt utbredt i utrygge tilknytningsformer, og oppstår ofte under utviklingssensitive perioder som barndom eller ungdomstid, mens tilknytningsstil og refleksiv funksjon er under utvikling og i en sårbar fase (Fonagy, Target & Gergely, 2000). Trygg tilknytning, både i barndom og voksen alder, er svært sjelden blant pasienter med BPF. I

intervjustudier har det blitt funnet at mellom 70 – 100 % av personer med BPF har utrygg tilknytning (Levy, 2005). Et identifisert fellestrekk hos pasienter med BPF er en historie preget av misbruk eller neglekt (Cattane, Rossi, Lanfredi & Cattaneo, 2017), og en tilknytningsstil og -atferd preget av ambivalens mellom behov for intimitet og nærhet og samtidig overopptatthet av selvstendighet og frykt for avvisning (Agrawal, Gunderson, Holmes & Lyons-Ruth, 2014).

Betydning av tidlige relasjonelle erfaringer i MBT og DBT

Innenfor MBT og DBT forstås BPF som et resultat av individets utviklingshistorie og tidligere relasjonelle og emosjonelle erfaringer (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009; Fonagy, Target & Gergely, 2000). MBT lener seg tungt på tilknytningsteori i sin forståelse- og behandlingsmodell av lidelsen, og utrygg tilknytning anses som kausalt bidragende til svekket refleksiv funksjon og utvikling av BPF (Fonagy, Target & Gergely, 2000). DBT fremhever betydningen av tidlige relasjonelle erfaringer i utvikling av BPF, hvor konsekvent manglende validering av emosjonelle tilstander og reaksjoner hos barnet er sentralt for utvikling av lidelsen (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009). Det typiske for utvikling av kjernesymptomene ved BPF, emosjonell ustabilitet og relasjonell dysregulering, er at de utvikles i samspill med betydningsfulle omsorgspersoner hvor barnets emosjonelle og relasjonelle reaksjoner ikke har blitt identifisert, forstått, bekreftet eller akseptert av omsorgsgivere (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009; Fonagy, Target & Gergely, 2000).

Mentalisering i tilknytningen

Mentaliseringsbegrepet benyttes ofte synonymt med refleksiv funksjon i MBT, og begge begrepene referer til individets evne til å være bevisst og forestille seg eget og andres sinn, samt hvordan dette bidrar til ulike tolkninger og oppfattelser av situasjoner, samt hvordan dette påvirker atferd (Fonagy, Gergely, Target & Jurist, 2002). Innenfor MBT forstås BPF som et resultat av vedvarende avvik i mentaliseringsevne. God mentalisering innebærer,

i tillegg til det overstående, bevissthet om at det er *forestilte* indre tilstander og ikke eksakte speilinger av indre tilstander hos andre eller ytre realiteter. Mentalisering krever at man er åpen for muligheten for at egne fortolkninger er feilaktige, og at mennesker har ulike forståelsesrammer eller erfaringer som preger deres opplevelser og fortolkninger av atferd (Bateman & Fonagy, 2010).

Mentaliseringssvikt forekommer midlertidig hos alle i situasjoner med høy emosjonell aktivering, eller som et resultat av midlertidig svekkelse i ressurser som kreves for god mentalisering. I MBT er varig og alvorlig mentaliseringssvikt selve kjernen i patologien bak BPF (De Meulemeester, Vansteelandt, Luyten & Lowyck, 2017; Karterud, 2013). Manglende utvikling av mentaliseringsevne antas innenfor MBT som et resultat av manglende mentalisering i tilknytningen fra omsorgspersoner, ofte som konsekvens av svekket mentaliseringsevne hos tilknytningspersonen selv. Omsorgsgivere med avvikende mentaliseringsevne vil ha redusert evne til å fungere som optimal reguleringsstøtte eller kilde til utvikling av mentaliseringsevne for barnet (Fonagy, Gergely, Target & Jurist, 2002). Redusert mentalisering i relasjon mellom omsorgsgiver og barn er utbredt i utrygge tilknytningsformer (Fonagy, Target & Gergely, 2000).

Den vedvarende og alvorlige svekkelsen i mentaliseringsevnen hos pasienter med BPF medfører at de oftere opplever tilstander preget av *psykisk ekvivalens* eller *forestillingsmodus*. Tilstander av psykisk ekvivalens og forestillingsmodus er hyppig forekommende hos barn, og anses som en del av den naturlige utviklingen før de utvikler mentaliseringsevne. I en tilstand av psykisk ekvivalens oppleves egne forestillinger og fortolkninger, også kalt mentale *representasjoner*, som absolutte sannheter. I en tilstand av psykisk ekvivalens reduseres evnen til å skille mentale representasjoner fra ytre realiteter. Overdreven tro på egne forestillinger om andres indre verden, og manglende evne til å reflektivt forholde seg til indre forestillinger, øker sannsynligheten for misforståelser i

interpersonlige kontekster, samt reduserer kapasiteten til å oppklare eventuelle misforståelser. Dette medvirker til rask, overdreven og langvarig emosjonell aktivering. I en tilstand av psykisk ekvivalens kan små, og for andre ubetydelige, hendelser medføre en opplevelse av å stå i uhåndterlige kriser. Dette stimulerer til desperasjon og håpløshet som motiverer til intense uttrykksformer eller reguleringsstrategier. Trusler om selvmord, devalueringer eller eksplosive emosjonsutbrudd forstås som reaksjoner hos pasienten som oppstår under psykisk ekvivalens. Selvdestruktiv atferd som spiseforstyrrelser, rusmisbruk eller selvmutilering forstås som forsøk på å regulere de ubehagelige affektive tilstandene (Bateman & Fonagy, 2010).

I forestillingsmodus er det lite eller ingen sammenheng mellom individets indre representasjoner og ytre omstendigheter. Til forskjell fra psykisk ekvivalens, som medfører høy emosjonell aktivering, vil en tilstand av forestillingsmodus fremstå med manglende emosjonell aktivering. Under forestillingsmodus vil pasienten ofte uttrykke *pseudomentalisering*, hvor pasienter kan omtale og beskrive emosjonelle tilstander, gjerne med klisjepreget språk, uten det tilhørende emosjonelle uttrykket. Denne tilstanden er assosiert med symptomer som dissosiasjon og tomhetsfølelse. Forestillingsmodus kan motivere til selvskading og suicidforsøk som avledning fra ubehagelige indre tilstander av tomhet eller fravær av emosjonelle opplevelser (Bateman & Fonagy, 2010).

Tidligere erfaringer med invalidering

Innenfor DBT forstås kjernesymptomatologien bak BPF som *emosjonell dysregulering*, utviklet gjennom en kombinasjon av medfødt sårbarhet og et invaliderende miljø. Biologisk sårbarhet for utvikling av BPF innebærer: 1) Sensitivitet for emosjonelle stimuli, i form av kort latenstid mellom utløsende stimuli og emosjonell aktivering, 2) høy reaktivitet i form av høy intensitet i aktivering og uttrykk av affekt, samt 3) treg tilbakeføring til baseline etter emosjonell aktivering (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009). Denne

biologiske sårbarheten for emosjonell overaktivering er dokumentert hos pasienter med BPF (Cavazzi & Becerra, 2014; Koerner, 2011). Pasientgruppen har også vist seg å ha forstyrret sosial kognisjon i form av at de oppfatter negative signaler fra andre, eller opplever stimuli mer negativt, sammenlignet med kontrollgrupper (Preissler, Dziobek, Ritter, Heekeren & Roepke, 2010).

Medfødt emosjonell dysregulering utvikler seg til å bli kronisk i møte med konsekvent invaliderende oppvekstmiljøer. Korrekt validering styrker linken mellom emosjonelt stimuli, primære emosjoner og sosialt akseptable former for uttrykkelse av den emosjonelle aktiveringen. I invaliderende miljø vil miljøet konsekvent, og over tid, respondere inadekvat på barnets primære emosjoner og emosjonelle uttrykk. Dette kan medføre utvikling av betinget frykt i møte med emosjonell aktivering på grunn av ubehaget assosiert med invalidering. En slik fryktrespons vil over tid bidra til utvikling av hypersensitivitet i møte med emosjonelle stimuli og invaliderende responser, som kan forklare emosjonell dysregulering og relasjonell sensitivitet blant pasienter med BPF (Koerner, 2011).

Invalidering vil også bidra til forvirring i møte med affektive reaksjoner og tilstander, samt usikkerhet knyttet til validiteten av egne opplevelser. Behovet for validering medfører intensivering av det emosjonelle uttrykket i søken etter andres forståelse og validering. Frykt eller usikkerhet knyttet til håndtering og uttrykkelse av emosjonelle tilstander kan motivere til dysfunksjonelle uttrykksformer som passiv aggresjon og devaluering av andre eller destruktiv atferd for håndtering av emosjonelt ubehag og manglende tilgang på hensiktsmessige reguleringsstrategier (Linehan, 1993).

Et uheldig samspillsmønster kan etableres fordi sårbarheten, emosjonell sensitivitet hos barnet, vekker invaliderende responser i miljøet. Barnets affektive uttrykk kan oppleves overdrevent og skape frustrasjon og utålmodighet hos omsorgsgivere, som videre fasiliterer invalidering av barnet. Samtidig kan invaliderende miljø bidra til utvikling av BPF hos

individer som ikke har medfødt sårbarhet. Invalidering i DBT anses som den primære årsaken til utvikling av symptomer på emosjonell ustabilitet og relasjonell dysregulering.

Dramatiske emosjonelle uttrykk vekker uro, avsky og frustrasjon hos andre mennesker, og invalideringen som bidro til utviklingen av BPF vil typisk reproduseres og følge pasienten på ulike arenaer inn i voksenlivet. Pasienter med BPF vil typisk oppleve at de, ved uttrykkelse av affekt, blir møtt med invalideringer, tilbaketrekking eller avvisning. Sårbarheten i individet forsterker og opprettholder invalideringer i miljøet, samtidig som at invalideringer forsterker og opprettholder sårbarheten i individet (Crowell, Beauchaine & Linehan, 2009).

Umiddelbar, intens og vedvarende emosjonell aktivering vil kunne utspille seg som kronisk suicidalitet eller parasuicidale tendenser. *Parasuicidal atferd*, definert som selvskading uten intensjon om å dø, er først og fremst innenfor DBT assosiert med emosjonelt ubehag og et behov for å lette på indre smerte, og er utbredt i pasientgruppen (Linehan, 1993). Gjentatte selvskadingsforsøk er videre assosiert med økt risiko for forsøk på eller faktisk utført suicid (Urnes, 2009). Den regulerende effekten som fysisk smerte kan ha på indre ubehag er så sterk og umiddelbar at den for mange kan bli avhengighetsskapende. Suicidal atferd kan også forstås som å ha en kommuniserende verdi, hvor individet bruker selvskading eller uttrykt ønske om å ta sitt eget liv for å kommunisere desperasjon, overveldelse og håpløshet til miljøet. Reaksjoner i miljøet til pasienten, som frykt, kan bidra til overinvolvering og et behov for å agere på pasientens trusler. Dette kan videre forsterke pasientens opplevelse av at ekstreme uttrykksformer for affekt vekker omsorg, og dermed betinge pasientens benyttelse av uttrykkelse av suicidalitet for å bli validert og oppleve seg ivaretatt (Paris, 2005).

Utfordringer i behandling av BPF

Terapeutrelasjonen som oppleves nær og intim, og tilknytningssystemene til pasienten aktiveres i behandling. Aktivering av tilknytningssmønster, og tilhørende dysfunksjonelle

reguleringsstrategier eller primitive forsvar vil komme til uttrykk i møte med behandler (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006). Behandlere må forholde seg til pasientens skift mellom idealisering og devaluering, splitting, dissosiasjon, utagering og fiendtlighet, manipulasjon, svingende stemningsleie og motivasjon for behandling, suicidal atferd og andre problemstillinger i terapi med denne pasientgruppen (Paris, 2010). Utfordringer som behandlere står overfor i behandling av BPF kan deles inn i 1) kronisk suicidalitet, 2) emosjonell ustabilitet og 3) relasjonell sensitivitet.

Kronisk suicidalitet

Intensjon om selvmord ved kronisk suicidalitet hos pasienter med BPF forstås som sekundært til den regulerende effekten som suicidal ideasjon og uttrykkelse har (Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Empiri og klinisk erfaring tyder på at suicidalitetsfaren typisk øker i kjølevannet av innleggelser for denne pasientgruppen, i tillegg til at det kan ha en forsterkende effekt på bruk av suicidalitet som regulering av emosjonelle og relasjonelle utfordringer (Berglund, Frøysaa & Siqueland, 2015). Å legge inn en kronisk suicidal pasient kan bekrefte pasientens mistanke om at uttrykk for suicidalitet vekker konkret omsorgsattferd, mens utskrivelse kan oppleves invaliderende på den emosjonelle smerten til pasienten (Paris, 2010). På bakgrunn av dette anbefales poliklinisk behandling av kronisk suicidalitet og BPF, og innleggelser, samt store eller hyppige skift i behandlingsplan, bør reduseres til et minimum (Paris, 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2008)

Samtidig vil det også kunne oppstå akutt suicidalitet, med reell intensjon om å ville ta sitt eget liv, hos pasienter med BPF. Omtrent 85 % av pasienter som oppfyller kriteriene for BPF har utført suicidforsøk og 10 % av pasientgruppen dør i suicid (Berglund, Frøysaa & Siqueland, 2015). Suicidal atferd vekker typisk sterke emosjonelle reaksjoner hos behandlere, og arbeid med pasienter med suicidal atferd er assosiert med høyt stressnivå, økt risiko for kontakttretthet og utmattelse sammenlignet med andre pasientgrupper, samt en rekke negative

motoverføringsreaksjoner (Morse, Salyers, Rollings, Monroe-DeVita & Pfahler, 2012).

Forskning viser at risikovurderinger av suicidalitet har liten predikerende verdi på individnivå (Motto & Bostrom, 1990). Ved å benytte identifiserte risikofaktorer for suicid skapes det et høyt antall falske positive (Pokorny, 1993). Pasienter med kronisk suicidalitet vil ofte oppfylle kriteriene for høy suicidalitetsrisiko, noe som medfører utfordringer knyttet til å skille akutte faser fra det sammensatte og vedvarende uttrykket hos pasientene.

Det kan oppleves som en stor byrde og påkjenning for behandlere å bære ansvaret for et annet menneskes liv (Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2015). Emosjonelle reaksjoner hos behandlere, i kjølevannet av å miste en pasient i suicid, likner mye på reaksjoner man ser hos pårørende etter et selvmord, og de psykologiske traumene tyder på å følge behandlere gjennom karrieren i ettertid (Larsen, 2011). Behandlere opplever at de har stor ansvarsbyrde for å unngå suicid blant pasientene sine (Hendin, Haas, Maltzberger, Szanto & Rabinowicz, 2004). Suicid, eller risiko for suicid, representerer en ur-frykt som kan polarisere behandlere bort fra faglig funderte retningslinjer om å unngå innleggelse av kronisk suicidale pasienter. Forventninger om at kronisk suicidale pasienter ikke skal innlegges, og samtidige forventninger om at behandlere skal forhindre selvmord blant pasienter, øker stressnivået og frykt i behandlerens systemet (Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2015). Ved å tåle forhøyet risiko for suicid utsetter behandlere seg samtidig for potensielle traumer og bebreidelser fra kolleger, pårørende og myndigheter (Larsen, 2011).

Behandlere må balansere mellom å fremme autonomi og ansvar hos pasienten på den ene siden, og samtidig ta faglig og etisk ansvar for å sikre mot suicid på den andre siden (Stringer, Meijel, Koekkoek, Kerkhof & Beekman, 2011). Frykt hos behandlere kan medføre overinvolvering og overdreven sikring fra behandlerens side, både for å uttrykke at pasientens trusler tas på alvor og for å oppnå midlertidig lette fra det tunge ansvaret behandler har i møte med suicidalitet. Dette vil ikke medvirke til adaptiv endring eller ansvarliggjøring hos

pasienten, og kan virke opprettholdende eller forsterkende på den suicidale atferden hos pasienten (Paris, 2010). På den andre siden vil reaksjoner hos behandler, som frustrasjon, kunne motivere til overdreven ansvarliggjøring og plassering av skyld hos pasienten. En slik form for invalidering kan forsterke suicidale tendenser hos pasienten og samtidig være destruktivt for den terapeutiske alliansen (Stringer, Meijel, Koekkoek, Kerkhof & Beekman, 2011).

Emosjonell ustabilitet

Terapeutisk behandling generelt har best utfall om pasienten blir holdt innenfor toleransevinduet for optimal aktivering, mens under- eller overaktivering bidrar til stagnering i behandling (Nordanger & Braarud, 2014). Behandlingen bør balansere mellom å være utfordrende nok til å fasilitere tilstrekkelig emosjonell aktivering slik at relevante problemstillinger blir tilgjengelige for terapeutisk arbeid, samtidig som at pasienten ikke må aktiveres til et nivå der kapasitet for håndtering av emosjonell bearbeiding og refleksjonsevne forringes (Bateman & Fonagy, 2013). Pasienter med BPF vil typisk svinge mellom emosjonell overaktivering og underaktivering (Bateman & Fonagy, 2010).

Ved emosjonell overaktivering vil pasientens oppmerksomhet rettes mot håndtering av opplevde kriser og tilhørende emosjonell aktivering. Pasientens tilgjengelige ressurser blir brukt til håndtering av kriser med redusert engasjement for behandlingen. For behandler kan det oppleves frustrerende at fokus og motivasjon for terapeutiske oppgaver ikke er tilstede, behandlingen kan oppleves som treg, og mangelen på synlig bedring kan bidra til pessimisme og håpløshet hos både behandler og pasient. Ved emosjonell underaktivering vil behandlere oppleve det vanskelig å komme i genuin kontakt med pasienten, og terapeutiske intervensjoner som validering og empati blir lite tilgjengelige og mindre effektive i behandling. Utfordringer av uberettigede oppfattelser og forsøk på problemløsning vil virke lite

engasjerende og effektive i møte med en underaktivert pasient, som ikke er i tilstrekkelig kontakt med egne følelser og tilhørende behov (Linehan, 1993; Bateman & Fonagy, 2013).

Svingninger i affekt, og ustabil motivasjon og forpliktelse til behandling, kan være viktige bidrag til at pasientgruppen ofte oppfattes som vanskelige og behandlingsresistente (Sulzer, 2015). Ustabile, og for utenforstående lite meningsfulle, emosjonelle uttrykk kan vekke forvirring og frustrasjon i systemet rundt pasienten. Behandlere kan kjenne på utilstrekkelighet og usikkerhet når pasienten stadig får tilbakefall eller går inn i krisereaksjoner i møte med mindre, og tilsynelatende ubetydelige og irrelevante, hendelser og opplevelser. Dette kan føre til resignasjon eller overinvolvering fra behandlere, som kompensasjon i møte med egen opplevde utilstrekkelighet og håpløshet.

Relasjonell sensitivitet

BPF kjennetegnes av dysfunksjonelle tilnærings- og beskyttelsesstrategier i relasjon til andre mennesker. Behov for å oppleve genuin omsorg og bekreftelse fra andre, og samtidig intens frykt og oppmerksomhet for kritikk og avvisning, bidrar til redusert refleksiv funksjon og vekker dysfunksjonelle regulerende strategier hos pasienten (Bateman & Fonagy, 2010). Pasientens forsvar, eller dysfunksjonelle regulering av relasjoner til andre, kan forstås som overføringer i møte med behandlere. Overføringer er emosjonelle reaksjoner som vekkes i pasienten i relasjon til behandler (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006).

Uttrykkelse av overføringer hos pasienten kan medvirke til *motoverføringer* hos behandler, som refererer til de emosjonelle reaksjonene pasienten vekker i behandler. Motoverføringer, som ikke håndteres adekvat, kan ha negativ påvirkning på behandlingsprosessen (Jones, 2005). Negative holdninger og stigmatisering av pasienter med BPF er godt dokumentert, og et velkjent problem, blant helsepersonell (Chartonas, Kyratsous, Dracass, Lee & Bhui, 2017; Korsgaard, 2016; Kyratsous & Sanati, 2017; Rogers & Dunne, 2011; Sansone & Sansone, 2013).

Behandlere som rapporterer om økt negative motoverføringer har større tilbøyelighet for å oppleve endret relasjon til kolleger, dissosiasjon og redusert tiltro til behandlingens virksomhet i møte med suicidale pasienter (Plakun, 2001). Negative motoverføringer er assosiert med negativ relasjonell atferd hos behandler i møte med pasienten, og behandlere som rapporterer negative emosjonelle reaksjoner i møte med pasienter får dårligere allianseskårer fra pasienten. I tillegg er negativ behandleratferd assosiert med økt selvkritikk hos pasienter. Dette er problematisk relasjonell atferd hos behandlere som videre er assosiert med dårligere behandlingsutfall (Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad & Monsen, 2015).

Behandling av BPF

Svikt i emosjonell og relasjonell funksjon hos pasienter med BPF i MBT og DBT blir forstått som uttrykk for den utryggheten i relasjon til andre mennesker som etableres i barndom og ungdom i møte med signifikante omsorgsgivere (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Fonagy & Bateman, 2010). Dersom BPF utvikles og oppstår gjennom uheldige samspillsmønstre og skadelige relasjoner, samt reproduseres og forsterkes gjennom nye negative relasjonelle erfaringer, kan BPF behandles med korrigerende emosjonelle erfaringer, et validerende miljø og mentalisering i relasjon til en empatisk og trygg behandler?

Terapeutisk allianse

I litteraturen støttes antagelsen om at den terapeutiske alliansen, preget av at pasienter opplever behandlere som respektfulle og empatiske, er av betydning for pasientgruppens positive opplevelse av behandlingen (Kverme, Natvik, Veseth & Moltu, 2019; Ma, Shih, Hsiao, Shih & Hayter, 2009; Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003). Den terapeutiske alliansen er, generelt i psykoterapeutisk behandling, identifisert som vesentlig for effektiv behandling av psykiske lidelser (Norcross & Wampold, 2011). Ved BPF anses den terapeutiske alliansen som en vesentlig predikerende faktor for utfall i terapi (Hirsh, Quilty, Bagby & McMain, 2012), hvor mangel på, eller brudd i, alliansen reduserer sannsynligheten

for effektiv behandling (Barnicot, Katsakou, Bhatti, Savill, Fearn & Priebe, 2012; Bender, 2005).

I følge pasienters beretninger om hva som bidrar til effektiv behandling vektlegges viktigheten av de relasjonelle faktorene (Perseus, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003). Opplevelsen av å bli validert, og å bli sett som et menneske og ikke en diagnose, blir trukket frem som viktig. Å bli lyttet til av en behandler som oppfattes som ærlig, tillitsvekkende og genuin, sammen med opplevelsen av at behandler formidler håp, tiltro og tillit til pasienten, vurderes av pasienter som en viktig del av bedringsprosessen (Kverme, Natvik, Veseth & Moltu, 2019). Behandling, og en god terapeutisk allianse, kan bidra til korrigerende emosjonelle erfaringer (Bridges, 2006). Både MBT og DBT påpeker viktigheten av at behandlere søker å forstå, validere og bekrefte pasientens opplevelser og emosjonelle tilstander. Begge behandlingsmodellene er opptatt av ærlighet og ekthet, og at validering og uttrykk for empati må være ektefølt og genuint opplevd fra behandlerens side. Behandlingsmodellene søker å tilby alternative og korrigerende erfaringer for pasientgruppens tidligere negative relasjonelle og emosjonelle opplevelser. I tillegg krever de at pasient og behandler i fellesskap utarbeider felles målsettinger og oppgaver i terapi. Den terapeutiske alliansen vektlegges som viktig for god behandlingseffekt i både MBT og DBT (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993).

Tilegnelse av affektregulerende ferdigheter

Samtidig som den terapeutiske alliansen er av vesentlig betydning, vil adaptiv endring i behandling av BPF kreve at pasienten tilegner seg hensiktsmessige affektregulerende strategier (Allen & Fonagy, 2006; Linehan, 1993). Spesialiserte behandlingsmodeller for BPF har særskilt fokus på affekt, og vektlegger betydningen av at pasienter tilegner seg ferdigheter til å identifisere og forstå emosjonelle tilstander. Sentralt står økt toleranse for affektive tilstander, med mål om at pasientene skal tolerere ubehagelige og smertefulle emosjonelle

opplevelser uten å benytte maladaptive mestringsstrategier for å regulere dem (Weinberg, Ronningstam, Goldblatt, Schechter & Maltzberg 2011). Økt utholdenhet i møte med affekt reduserer svikt i kognitiv fungering, emosjonell ustabilitet og relasjonell dysregulering (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993).

I MBT skaper den terapeutiske alliansen rom for at behandler kan utfordre psykisk ekvivalens og forestillingsmodus, og aktivt oppmuntre pasienten til å innta en mer mentaliserende holdning (Bateman & Fonagy, 2010). I DBT må den terapeutiske alliansen oppnås for at behandlere skal komme i posisjon til å utfordre pasientens dysfunksjonelle strategier i møte med emosjonelt ubehag, og bistå pasienten i å tilegne seg nye mestringsstrategier (Linehan, 1993). Slik kan den terapeutiske alliansen forstås som å bidra til effektiv behandling, samtidig som at den terapeutiske alliansen i tillegg forstås som et nødvendig utgangspunkt for å kunne benytte hensiktsmessige endringsfokuserede terapeutiske intervensjoner i behandling (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993).

Dialektisk atferdsterapi

I DBT oppstår emosjonell og relasjonell dysregulering, hos pasienter med BPF, i forbindelse med redusert evne til å integrere og regulere motstridende tanker, følelser og behov. Dialektikk innebærer at *teser* og *antiteser*, som referer til polariserende elementer, må forenes til en *syntese*; en ny enhet basert på de tidligere motstridende delene (Tranøy, 2017). I DBT referer dette til pasientens behov for aksept; å bli møtt med validering, forståelse og anerkjennelse, uten bebreidelser og skyld. Samtidig er det behov for endring; at vansker og symptomer blir tatt på alvor og møtt med alternative løsninger. Behandling rettet mot terapeutisk allianse, validering og empati alene vil oppleves lite anerkjennende ved at de uttalte vanskene ikke blir møtt tilstrekkelig, og medføre håpløshet og pessimisme grunnet lite synlig fremgang i symptomer. Et overdrevent fokus på endring vil oppleves devaluerende og

anklagende, og kan forårsake frafall fra behandling eller eksplosive emosjonsutbrudd hos pasienten (Linehan, 1993).

Behandlingsmodell

DBT består av fem behandlingsmoduler, som alle har en spesifikk funksjon i behandlingen. I gruppeterapi er et sentralt fokus endring og tilegnelse av nye emosjonsregulerende ferdigheter. Individuell terapi har som hovedfunksjon å opprettholde motivasjon og engasjement til behandlingen gjennom validering og aksept, samt håndtering av personlige kriser som opptar pasientens oppmerksomhet og ressurser. Telefonkonsultasjon, som pasienter kan benytte seg av ved behov, har som formål å bistå pasienter i å generalisere ferdigheter tilegnet i terapi. Strukturering av pasientens miljø innebærer samarbeid med andre instanser og pårørende for å påvirke pasientens tilfriskningsmiljø i positiv retning. Ukentlig teamkonsultasjonsmøter for behandlere inngår også i behandlingsmodellen, og har som formål å ivareta behandleres terapeutiske ferdigheter og motivasjon gjennom å sikre sosial og faglig støtte i arbeidet (Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun, 2007; Linehan, 1993).

DBT krever at behandlere tilegner seg kommunikasjonsferdigheter i tråd med syntesen av aksept og endring. På den ene siden anses valideringer som essensielle terapeutiske strategier i møte med BPF. Behandlere forventes å utvikle en evne til å identifisere elementer hos pasienten som kan valideres uavhengig av atferd. Dette gjelder også i møte med atferd som typisk vekker invaliderende responser hos andre mennesker, som uttrykk for suicidal appellering og selvmutilering. Eksempelvis kan behandlere, i møte med selvmutilering, validere de emosjonelle tilstandene som ledet til selvmutilering uten å validere selve handlingen. I møte med opplevd suicidal appellering kan behandlere validere opplevelsen som motiverer til uttrykk for suicidalitet, uten å samtidig validere pasientens valg av mestringsstrategi. Den optimale formen for validering i DBT er *radikal validering*, hvor behandlere uttrykker gjensidighet og normalisering av emosjonelle tilstander hos pasienten,

og behandler er ekte og genuin i sin validering (Linehan, 1993).

Behandlere må samtidig formidle ansvar og behov for endring hos pasienten. Dette kan innebære at behandlere blir *respektløse* i sin uttrykksform ved å være direkte konfronterende, eller utfordrende, i møte med uhensiktsmessige uttrykksformer eller mestringsstrategier. Dette kan innebære at behandlere gir uttrykk for ektefølt avsky i møte med pasientens selvmutilerende handlinger, eller at behandler gir uttrykk for opplevd frustrasjon i møte med lite hensiktsmessig atferd hos pasienten. Respektløs kommunikasjon har som formål å kommunisere ærlighet i behandlingen, å demonstrere effekt av destruktiv atferd på andre mennesker, samt motivere til endring av atferd hos pasienten (Linehan, 1993).

Behandlere skal engasjere pasienten i å benytte seg av ferdigheter tilegnet i behandling som oppmerksomt og aksepterende tilstedeværelse i øyeblikket, samt kjedeanalyser og problemløsning for å finne alternativ atferd i møte med utfordringer (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006). Respektløs kommunikasjon krever at behandlere også er validerende, og at den terapeutiske alliansen er god, for at pasienten skal være mottakelige for korrigerende og irttesettelse (Linehan, 1993). Dette fordrer at behandlere er tonet inn på pasientens emosjonelle tilstander i terapi. Valideringer må benyttes aktivt for å regulere ned pasientens affekt ved overaktivering slik at pasienten blir tilgjengelig for mer endringsfokuserte intervensjoner. Samtidig er det av betydning at behandler også hensiktsmessig regulerer sine egne emosjonelle tilstander, slik at tilstander av frustrasjon, håpløshet, angst eller avsky ikke kommer i veien for gode vurderinger av intervensjonsbruken (Koerner, 2011).

Mentaliseringsbasert terapi

MBT har som formål å øke pasientens mentaliseringsevne. Den terapeutiske alliansen antas å vekke pasientens tilknytningssystem, og behandleres oppgave er å benytte relasjonen til å bistå pasienten i å regulere seg i øyeblikket, regulere ned fryktsystemet til pasienten og

bidra til utvikling av mentaliseringsevne. Behandler skal aktivt utfordre ikke-mentaliserende tilstander som psykisk ekvivalens og forestillingsmodus, og samtidig være en rollemodell for god mentalisering ved å innta en utforskende og nysgjerrig holdning, og unngå å innta rollen som ekspert eller allvitende (Bateman & Fonagy, 2010). Behandler skal forsøke å hjelpe pasienten stabilisere en opplevelse av seg selv, og forsøke å holde et optimalt emosjonelt aktiveringsnivå slik at den terapeutiske relasjonen hverken preges av å være for intens eller for avkoplet emosjonelt (Bateman & Fonagy, 2013).

Behandlingsmodell

For å oppnå målsettinger i terapi benyttes aktivt intervensjoner knyttet til empati og utfordring, som nøye vurderes ut i fra pasientens mentaliseringsnivå og affektiv aktivering i øyeblikket. Ved høy aktivering av affekt bør behandlere fokusere på å være empatisk påkoplet pasientene for å bistå pasienten i å regulere ned overaktivering. Samtidig skal behandlere utfordre tilstander av forestillingsmodus, og vekke tilstrekkelig med affekt i pasienten slik at relevante tema blir tilgjengelige for terapeutisk arbeid (Bateman & Fonagy, 2010).

MBT bygger på 17 intervensjonsledd som behandlere skal etterstrebe å følge i behandling. Kort oppsummert innebærer det følgende: 1) At den terapeutiske holdningen må preges av genuin interesse og en empatisk tilnærming til pasienten, samt en grunnleggende mentaliserende holdning. 2) At behandler våger å utfordre pasienten når han eller hun uttrykker lav refleksiv funksjon, som i tilstander av psykisk ekvivalens eller forestillingsmodus. 3) Behandler skal kontinuerlig overvåke og regulere pasientens refleksive funksjon og emosjonelle aktivering, og terapeutiske intervensjoner må tilpasses vurderinger av pasientens tilstand i øyeblikket. 4) Fokus i terapi skal ligge på emosjonelle tilstander og relasjonelle hendelser, også i møte med behandler og den terapeutiske alliansen (Fonagy & Bateman, 2006). 5) Behandler må også være mentaliserende i møte med seg selv, og refleksivt forholde seg til egne perspektiver og emosjonelle reaksjoner i møte med pasienten.

Å være en god rollemodell for mentalisering krever en ydmyk holdning i møte med egne fortolkninger og bidrag til misforståelser eller konflikt i behandling. Dette krever også at behandler evner å eksplisitt identifisere, ta ansvar og uttrykke ovenfor pasienten eget bidrag til misforståelser eller ubehag for pasienten. Behandler må unngå å legge skyld eller ansvar for egne handlinger over på pasienten (Bateman & Fonagy, 2013). 6) Erfaringer og behandling fra individuell terapi og gruppeterapi skal integreres, noe som innebærer at behandlere må samarbeide og kommunisere, i tillegg til at pasienten og individuell behandler skal tematisere og reflektere rundt pasientens erfaringer fra gruppeterapi (Fonagy & Bateman, 2006).

I likhet med DBT benytter MBT seg av integrert gruppe- og individualterapi. Gruppeterapi i MBT anses som en treningsarena for mentalisering. Timer med individualterapeut anses som en viktig arena for håndtering av pågående kriser og hindringer for terapeutisk arbeid, motivasjon for behandling og bearbeiding av erfaringer fra gruppeterapi (Fonagy & Bateman, 2006).

Hvordan er team integrert i de ulike behandlingsmodellene?

I møte med BPF og kronisk suicidalitet understreker de nasjonale retningslinjene at *«personalet som jobber med denne pasientgruppen har behov for støtte i form av særskilt opplæring og veiledning»* (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, side 26). Som allerede nevnt er team beskrevet som en vesentlig komponent i både MBT og DBT.

Behandling av BPF krever mye av ansvarlige behandlere. I tillegg til å måtte forholde seg til kronisk suicidalitet og pasientens emosjonelle og relasjonelle utfordringer, må behandlere være årvåken for pasientens emosjonelle tilstand for å kunne bistå pasienten i å regulere seg på måter som gjør dem tilgjengelige for terapeutiske intervensjonen. Behandlere skal formidle ansvar og autonomi uten å bli bebreidende eller anklagende, ivareta den terapeutiske alliansen og samtidig utfordre og motivere til endring, validere emosjonell

aktivering uten å forsterke uhensiktsmessige mestringsstrategier (Larsen, 2011; Linehan, 1993; Pickard, 2011).

På grunn av de store utfordringene er behandleres refleksive funksjon utsatt i møte med pasientgruppen, og redusert refleksiv funksjon er en vesentlig barriere for effektiv behandling av pasientgruppen (Ensink, Maheux, Normandin et al., 2013). I MBT og DBT er mange av utfordringene knyttet til behandling av pasientgruppen adressert med bruk av behandlerteam. Teamet skal bidra til nedregulering av uhensiktsmessige motoverføringer og destruktiv behandleratferd, samt økt refleksiv funksjon og positiv behandleratferd i møte med pasienter (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993).

Definisjon av team skiller seg fra definisjonen av *gruppe* gjennom gjensidig avhengigheten mellom medlemmene, struktur og tidsløp (Berlin, Carlström & Sandberg, 2012). En typisk objektiv definisjon av team er en gruppe bestående av minst to personer, hvor deltakerne i gruppen «*har felles mål eller oppgaver som medlemmene er avhengige av hverandre for å oppnå*» (Bang, 2010, side 2). Mange har i tillegg til den overstående definisjonen en normativ forståelse av at teamarbeid oppstår når medlemmene opptrer adaptivt, samarbeidende og dynamisk mot et felles mål, og at teamarbeid er effektivt når medlemmene tilpasser atferden og arbeidsoppgavene sine på en slik måte at målet kan oppnås (Berlin, Carlström & Sandberg, 2012).

Innenfor MBT og DBT vil teamet bestå av to eller flere behandlere med felles eller delt ansvar for pasienter, inkludert individualterapeuter og gruppeterapeuter. Teamet har som formål å øke terapeutisk kompetanse innenfor behandlingsmodellen, samt vedlikeholde behandleres motivasjon og engasjement i behandlingen. Teammøtene vil typisk innebære videobasert veiledning, konsultasjon, kritisk refleksjon, samt utforskning og problemløsning knyttet til ulike situasjoner i pasientarbeidet (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993).

Reflekterende team i MBT

I MBT anses implementering av mentaliserende behandlerteam som nødvendig for god behandling av pasienter med BPF. Viktige elementer er drøfting av kasus med mål om faglig læring og etterlevelse av manualen. Det er et fokus på å øke teammedlemmenes mentaliseringsevne ovenfor seg selv, i møte med pasienter og i møte med andre deltakende behandlere. Teamet har skal fungere som et mentaliserende system som bidrar til at behandlere selv blir mer mentaliserende i møte med pasienter, og mentalisering i den terapeutiske relasjonen bistår pasientene i utvikling av egen mentaliseringsevne. Teamet har en støttende funksjon som bidrar til trygghet og lavere stressnivåer blant behandlere, i tillegg til å medvirke til at behandlere følger behandlingsmodellen (Bateman & Fonagy, 2010).

For at behandlingsteamet i MBT skal kunne utøve sin tiltenkte rolle oppfordres det til å forhandle frem konsensus om en rekke kjøreregler som skal prege samhandlingen mellom deltakerne: 1) Holdningen i teamet bør være preget av fleksibilitet, og skal oppfordre til nyanseringer og alternative perspektiver slik at medlemmer unngår tilstander av psykisk ekvivalens. 2) Refleksjoner bør være lystbetonte og preges av at deltakere er imøtekommende med hverandre, heller enn overdrevent kritiske eller fiendtlige. 3) Konflikter skal løses gjennom problemløsning, og en målsetting bør være at medlemmer inngår kompromisser og oppnår felles enighet. 4) Uttalelser bør holdes på et nivå hvor behandlere beskriver egne opplevelser, fremfor å definere andres opplevelser, atferd eller hensikter. 5) Behandlere bør oppmuntres til å ta ansvar for egne opplevelser og egen atferd. 6) Behandlere bør innta en nysgjerrig og åpen holdning i møte med andre medlemmers perspektiver og forvente at andres perspektiver er en utvidelse og berikelse av egne perspektiv (Bateman & Fonagy, 2010).

Informantene, i en studie som undersøkte behandleres erfaring med implementering av MBT (Karjalainen, 2015), påpekte at kontinuerlig teamsamarbeid, både i form av kollegakonsultasjon og ekspertveiledning, var nødvendig for å opprettholde kompetansen

blant behandlere. Behandlere opplevde at ved mangel på teamsamarbeid var det større risiko for å skli tilbake til gamle rutiner i pasientarbeidet. Teamarbeidet ble ansett som en viktig faktor for å inngå i kontinuerlig refleksjon rundt den terapeutiske virksomheten, motta veiledning og identifisere egen styrke og svakhet.

Samtidig ble behandlingen opplevd mer effektiv ved bruk av team. Behandlingen ble mer integrert og helhetlig ved at flere behandlere i kontakt med pasienten ble inkludert. Det ble understreket en at felles utdanning i MBT ikke var tilstrekkelig til å skape denne effekten, og at det var behov for felles møtepunkt for kontinuerlig faglig drøfting. Bruk av team ble fremhevet som utfordrende i starten, men lettere og mer behagelig med økt erfaring. På sikt opplevde behandlerne at refleksjon og tankeutveksling i team bidro til at de i større grad kunne samarbeide og nyttiggjøre seg av hverandre i behandlingen (Karjalainen, 2015).

Behandlere rapporterte at arbeid i team opplevdes som å ha en emosjonelt støttende funksjon, at det bidro til økt opplevelse av faglig trygghet i arbeidet med BPF, en opplevelse av å være en del av et større fellesskap og at det hadde en positiv effekt på det psykososiale arbeidsmiljøet. Arbeidet i team reduserte konfliktnivået blant behandlerne og medvirket til en større åpenhet og villighet til å inngå i refleksjoner rundt pasientarbeidet. Behandlerne rapporterte økt tillit til hverandre gjennom bruk av team (Karjalainen, 2015).

Konsultasjonsteam i DBT

I DBT er teamets hovedfunksjon å 1) opprettholde motivasjon og engasjement hos behandlere, og 2) forsikre at behandlere har tilstrekkelig etterlevelse av behandlingsmodellen. Som i MBT er viktigheten av konsultasjonsteamet eksplisitt understreket i behandlingsmodellen, og det anbefales at teamet møtes ukentlig (Linehan, 1993).

I DBT sin behandlingsmodell legges det føringer for rammer, innhold og struktur av konsultasjonsmøtene. I tråd med modellens vektlegging av forpliktelse til behandling hos pasienter, vektlegges også behandleres forpliktelse til behandlingsmodellen. Det anbefales at

deltakende medlemmer inngår en felles enighet om at behandlere skal etterstrebe å følge behandlingsmodellen, samt å bistå hverandre i dette målet. DBT foreslår retningslinjer som skal tas opp, drøftes og forpliktes til i konsultasjonsteamet. Deltakende behandlere bør, blant annet, forplikte seg til å 1) etterstrebe en medfølende, tilstedeværende og dialektisk holdning i møte med teamet, 2) respektere og følge avtaler om oppmøte, samt stille forberedt til teammøter, 3) være aktivt deltagende og uttrykke egne tanker og meninger, også når man føler seg usikker, 4) være villig til å ta ansvar for egne feil og motta veiledning av andre, og 5) holde ut, også i perioder hvor man føler seg motløs, utbrent eller frustrert (Linehan, 1993).

Innenfor DBT forventes det at behandlere møter på emosjonelle og faglige utfordringer i møte med pasientgruppen. Hensikten med konsultasjonsteamet, og kravet om forpliktelse til teamet, bygger på en antagelse om at behandlere har behov for emosjonell og faglig støtte for å holde ut og for å kunne tilby effektiv behandling i møte med BPF-pasienter. Samtidig antar man i DBT at samarbeid mellom behandlere kan bli krevende i møte med utfordrende situasjoner, overbelastning og kontakttretthet, samt det kontinuerlige behovet for å foreta vanskelige vurderinger. Retningslinjene, og krav om forpliktelse til disse, har som målsetting å være en effektiv buffer mot at konsultasjonsmøtene blir preget av konflikt og frustrasjon, eller at behandlere velger å avstå fra å møte. På den måten antas det at konsultasjonsmøtene med høyere sannsynlighet får utøve sin funksjon om å opprettholde fokus og motivasjon hos behandlere på sikt, også i turbulente og krevende faser (Linehan, 1993).

I en studie (Herschell, Lindhiem, Kogan, Celedonia & Stein, 2014) ble deltakelse i DBT-team assosiert med utvikling av positive egenskaper hos behandlere. Behandleres holdninger til pasienter med BPF ble gradvis mer positive og optimistiske underveis i opplæringsfasen, og spesielt behandlere som i utgangspunktet uttrykte negative og pessimistiske holdninger viste signifikant bedring i holdninger i møte med pasientgruppen.

Behandleres uttrykte optimisme og tiltro til behandlingen, samt bruk av terapeutiske strategier i møte med pasientene, økte ved deltakelse i team.

I en kvalitativ studie (Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003) rapporterte behandlere at de gjennom opplæring i DBT og teamarbeidet gjennomgikk en holdningsendring. Holdningene gikk fra å oppfatte personer med BPF som manipulerende og vanskelige, til å forstå de som personer som gjør sitt beste under vanskelige forhold. Oppmøte på konsultasjonsteam ble nevnt som en viktig faktor for å opprettholde et slikt fokus, og deltakerne hevdet at mangel på teamarbeid ville medføre at negative holdninger kunne blusse opp på ny.

Pasienter i studien opplevde at møtet med behandlere som deltok i DBT-team var bedre enn tidligere møter med psykiatrisk behandling, og de opplevde seg mer forstått og respektert sammenlignet med tidligere behandlingsforløp. Pasientenes erfaringer støtter behandlernes opplevelse av at teamarbeidet bidro til økt evne til å møte pasientene med empati, forståelse og respekt. Behandlere oppga teamarbeid som vesentlig for å opprettholde en følelse av mestring i pasientarbeidet. Det ble påpekt at direkte kommunikasjon, preget av åpenhet, aksept og respekt, var viktig for at teamet skulle ha en støttende funksjon ovenfor behandlere (Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003).

En annen studie, utført av Walsh, Ryan og Flynn (2018), viste at konsultasjon i team bidro til utvikling av kunnskap og faglig trygghet i møte med BPF. Særskilt overføringen fra teori til praksis, evne til å benytte spesifikke DBT-intervensjoner i møte med pasienter, ble lettere ved hjelp av konsultasjonsmøter. Behandlere trakk også frem at modellerende læring, gjennom innspill fra andre behandleres erfaringsgrunnlag, var positivt for utvikling av terapeutferdigheter. Behandlere påpekte at arbeid med pasientgruppen var en emosjonell belastning, og at typiske emosjonelle tilstander hos behandlere var frustrasjon, usikkerhet og angst. Behandlere opplevde at konsultasjon i team var en emosjonell støtte som nedregulerte

ugunstige og belastende emosjonelle tilstander ved at man fikk uttrykt og validert affekt (Walsh, Ryan & Flynn, 2018).

I tillegg bidro konsultasjonsmøtene til å nyansere og øke refleksiviteten hos behandlere i møte med egne følelser, tanker og holdninger, på en måte som nedjusterte den emosjonelle belastningen og forhindrede negative motoverføringsreaksjoner i møte med pasientgruppen. Teamkonsultasjon ble ansett som å ha en viktig funksjon for å opprettholde motivasjon og etterlevelse hos behandlere over tid. En behandler påpekte viktigheten av at konsultasjonsmøtene bidro til en opplevelse av å ikke stå alene med pasientarbeidet, ved at man var flere som hadde innsikt og kunne bidra til faglige vurderinger. Behandlere rapporterte også at teamet bidro til økt utholdenhet, og uttrykte at mangel på team ville medført redusert villighet til å arbeide med pasientgruppen (Walsh, Ryan & Flynn, 2018).

Mange behandlere var i behov for en akklimatisering til strukturen og formen av konsultasjonsmøtet ved oppstart. Enkelte behandlere rapporterte om negative opplevelser i møte med teamet i starten, spesielt i møte med refleksjoner og innspill fra andre deltakende behandlere. En behandler uttrykte at det opplevdes konkurrerende og overdrevent kritisk når andre behandlere kom med råd eller innspill til behandlerens vurderinger eller valg i behandling. Andre formidlet at de i starten ikke ønsket å komme til teammøtene fordi det opplevdes angstprovoserende og kunne skape økt usikkerhet i rollen som behandler. Samtidig ble det poengtert at dette var avgrenset til oppstartsfasen. Etter hvert, når de ble sosialisert inn i teamet og akklimatisert til teamets form og struktur, opplevdes teamet som motiverende og en kilde til faglig og emosjonell støtte (Walsh, Ryan & Flynn, 2018).

I en studie annen studie rapporterte behandlere at de opplevde arbeidet med pasientgruppen, og særlig suicidalitet ved BPF, som krevende. Behandlere rapporterte at frykt for selvmord, og tilknyttet angst for påfølgende bebreidelser fra seg selv og andre, var den største emosjonelle belastningen. Til tross for at behandlere rapporterte om at

teamkonsultasjon opplevdes krevende og stressinduserende i oppstartsfasen, opplevdes konsultasjonsmøtene som en viktig kilde til reduksjon av opplevd belastning og stress underveis i behandlingsforløpet. Enkelte hevdet at de ikke hadde mestret behandlerrollen tilstrekkelig uten tilgang på konsultasjon i team, og at det var en viktig kilde til emosjonell og faglig støtte (Perseius, Kåver, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2007).

Diskusjon

I det følgende vil relevant teori og empiri drøftes i lys av oppgavens formål om å utforske funksjon av team i behandling av BPF. Drøftingen vil knyttes opp mot utfordringer knyttet til kronisk suicidalitet, emosjonell ustabilitet og relasjonell dysregulering, og hvordan bruk av team kan fremme behandlingseffekt av spesialiserte behandlingsmodeller. Drøftingen vil til slutt ta for seg implikasjoner for videre forskning på feltet og klinisk praksis.

Kan grad av oppfølging av behandlere ha betydning for behandlingseffekt?

Vellykket implementering av spesialiserte behandlingsmodeller for BPF tyder på å være assosiert med implementering på organisasjons-, team- og behandlernivå. Mangelfull implementering har blitt sett i sammenheng med lite tilfredsstillende organisering av teamarbeid og mangel på kompetanse og etterlevelse hos behandlere (Bales, Timman, Luyten, Busschbach, Verheul & Hutsebaut, 2017). I en studie som utforsket implementeringen av skjemat terapi for BPF hevder forfatterne at et vesentlig bidrag for suksessfull implementering av behandlingsmodellen var strukturert og intensiv veiledning av behandlerne, samt regelmessig teamkonsultasjon mellom deltakerne (Nadort, Arntz & Smit et al., 2009). En annen studie, som så nærmere på implementeringen av DBT, fant liknende resultater og konkluderte med at et velfungerende team, samt behandlernes forpliktelse til teamkonsultasjon og veiledning, var essensielt for å oppnå behandlingseffekt på lik linje som i effektstudier (van den Bosch & Sinnaeve, 2015).

Samtidig er teamarbeid et av elementene som hyppigst går ut ved implementering av spesialiserte behandlingsmodeller i kliniske settinger, og spesialiserte behandlingsmodeller viser seg mer effektive i eksperimentelle studier sammenlignet med naturalistiske studier (Bales, Timman, Luyten, Busschbach, Verheul & Hutsebaut, 2017). Spørsmålet er om mangel på team, og fraværet av et støttende apparat for behandlere, bidrar til disse funnene.

Et velkjent fenomen i psykoterapiforskning er den relative likheten i effekt når behandlingsmodeller sammenlignes med hverandre (Budd & Hughes, 2009), også når spesialiserte behandlingsmodeller for BPF sammenlignes med hverandre (Cristea, Gentili, Cotet, Palomba, Barbui & Cuijpers, 2017; Stoffers, Völm, Rücker, Timmer, Huband & Lieb, 2012). Samtidig anses spesialiserte behandlingsmodeller for BPF som mer effektive sammenlignet med kontrollbetingelser, eller «treatment as usual (TAU)» (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins & Unruh, 2017).

I en RCT-studie, hvor MBT for selvskadende ungdom ble sammenlignet med TAU, ble MBT identifisert som mer effektiv enn TAU. I betingelsene for MBT deltok behandlere på ukentlige teammøter med veiledning i gruppe gjennom behandlingsforløpet. I kontrollgruppen, TAU, hadde ikke behandlere tilgang på slik oppfølging. Forskerne konkluderte med at MBT var mer effektivt enn TAU (Rossouw & Fonagy, 2012). Bateman & Fonagy (2008) fant liknende resultat, hvor behandling i manualbasert MBT-format med benyttelse av behandlersteam hadde signifikant bedre effekt på suicidalitet, funksjon og symptomtrykk enn TAU. Dette er også gjeldende i en RCT-studie hvor DBT sammenlignes med TAU. Behandlere i DBT-formatet deltok i team, og behandlere i TAU mottok ikke strukturert behandlerstøtte. DBT ble vurdert som mer effektivt enn TAU (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1992).

Veiledning og oppfølging av behandlere benyttes hyppig i RCT-studier for å kontrollere for etterlevelse av modellen som utforskes (Mohr, Ho & Hart et al., 2014). I RCT-

studier som utforsker effekt av spesialiserte behandlingsmodeller inkluderes veiledning og team i eksperimentgruppen i tillegg fordi de anses som en vesentlig del av behandlingsmodellen. I studier som sammenligner ulike spesialiserte behandlingsmodeller med hverandre er betingelsene vesentlig forskjellig, da dette fordrer at behandlere i begge betingelser mottar behandlerstøtte og oppfølging. I en studie hvor MBT sammenlignes med Structured Clinical Management (SCM) som behandling for BPF mottok behandlere i begge betingelsene tett oppfølging, og pasientene viste bedring i begge behandlingsmodeller på alle variablene som ble målt (Bateman & Fonagy, 2009). Liknende funn er vist i en studie som sammenligner skjemafokusert terapi med overføringsfokusert psykoterapi for BPF (Giesen-Bloo, van Dyck & Spinhoven, et al., 2006).

En metaanalyse viser at ferdighetstrening i forkant, og særskilt pågående veiledning av terapeuter i eksperimentgruppen underveis i behandlingsforløpet, er av signifikant betydning for å forstå ulikheter i effekt mellom eksperiment- og kontrollgrupper i studier som utforsker effekt av psykoterapeutisk behandling (Mohr, Ho & Hart et al., 2014). Bruk av trening, veiledning og konsultasjon av behandlere i eksperimentgruppen kan av den grunn være en viktig feilkilde i RCT-studier av behandlingsmodeller, noe som kan ha overføringsverdi til RCT-studier utført i forbindelse med spesialiserte behandlingsmodeller for BPF.

Det kan tyde på at: 1) Ved sammenligning av spesialiserte behandlingsmodeller er det små eller ikke signifikante forskjeller i behandlingseffekt av behandlingen som tilbys, og en felles faktor mellom behandlingsmodellene er bruk av strukturert støttende system for behandlere. 2) Ved sammenligning av spesialiserte behandlingsmodeller med TAU er spesialiserte behandlingsmodeller signifikant bedre, og en vesentlig forskjell mellom behandlingene er mangel på støttende system for behandlere i TAU sammenlignet med spesialisert behandling for BPF. 3) I naturalistiske studier av spesialiserte behandlingsmodeller er det sammenheng mellom grad av implementering av team og

behandlingseffekt, hvor manglende implementering av et støttende system for behandlere er assosiert med redusert behandlingseffekt sammenlignet med RCT-studier av samme behandlingsmodell.

Om dette er gjennomgående i forskningen på behandling for BPF vil dette videre reise spørsmål om grad av oppfølging som tilbys behandlere i spesialiserte behandlingsmodeller påvirker effektiviteten av behandlingen som tilbys pasientene, og om mangelen på sådan kan forklare redusert effekt av TAU og spesialiserte behandlingsmodeller i naturalistiske studier.

Refleksiv funksjon og emosjonsregulering hos behandlere

I MBT og DBT antas BPF å utvikles på bakgrunn av mangelfull erfaring med at andre mennesker har evnet å identifisere, bekrefte og formidle forståelse og toleranse for affektive tilstander og uttrykk hos pasienten. Behandlers oppgave i MBT og DBT kan forstås som å være korrigerende for tidligere erfaringer, og tilby nye relasjonelle og emosjonelle erfaringer som bidrar til sunn utvikling hos pasienten (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993). For å bidra til adaptiv endring i reguleringsmekanismer hos andre kreves det gode refleksive evner, evne til empati og forståelse i møte med andres affektive uttrykk og evne til å speile og formidle denne forståelsen, samt evne til å komme i posisjon til å bidra til utfordring og svekkelse av lite hensiktsmessige reguleringsstrategier (Våpenstad, 2013). Å tilby pasientene korrigerende emosjonelle erfaringer i behandlerrelasjonen innebærer at behandlere, i møte med lite regulerte og emosjonelt ustabile pasienter, selv må være relativt godt regulert.

Samtidig utsettes behandlere, som jobber med denne pasientgruppen, for en rekke emosjonelt krevende og utfordrende situasjoner underveis i behandling (Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2015; Larsen, 2011). Emosjonelle og relasjonelle ferdigheter tyder på å være mer utsatt hos behandlere i møte med denne pasientgruppen, og behandlere har oftere negative holdninger og atferd i møte med pasienter med BPF (Ma, Shih, Hsiao, Shih & Hayter, 2009; Morse, Salyers, Rollings, Monroe-DeVita & Pfahler, 2012; Nissen-Lie, Havik, Høglend,

Rønnestad & Monsen, 2015; Plakun, 2001). Evne til å effektivt håndtere og regulere affektiv aktivering, samt håndtering av stress, er en begrenset ressurs som påvirkes av ulike faktorer som emosjonell belastning, samt tilgjengelige ressurser og kapasitet til håndtering av påkjenninger (Karterud, 2013; Kinner, Het & Wolf, 2014; Richardson, 2017).

Det typiske symptomuttrykket ved BPF, som devaluering, splitting eller kronisk suicidalitet, vekker responser hos andre mennesker som forsterker sårbarheten og dysfunksjonelle reguleringsstrategier hos pasientene (Linehan, 1993). Pasientgruppen med BPF er sensitiv og overrapporterer om negative vurderinger og affekt hos andre, (Fenske, Lis, Liebke, Niedtfeld, Kirsch & Mier, 2015), og pasientgruppen oppdager hyppigere reell negativ affekt og respons fra andre mennesker (Wagner & Linehan, 1999). Dette innebærer at pasientgruppen har større risiko for å vekke negative reaksjoner hos behandlere, og samtidig med større sannsynlighet avdekker disse negative holdninger hos behandlerne. utfordringer knyttet til etablering og vedlikehold av terapeutisk allianse, økt risiko for frafall og redusert sannsynlighet for effektiv behandling i møte med pasientgruppen kan forstås som utløst, eller forsterket, av disse utfordringene knyttet til behandling av BPF. Implementering av team som støttende system for behandlere, om det oppfyller sin tiltenkte funksjon, kan derfor spille en avgjørende rolle for behandling av BPF.

Kan teamarbeid påvirke behandleres kapasitet for å håndtere kronisk suicidalitet?

Til tross for god dokumentasjon og nasjonale anbefalinger, om at pasienter med BPF og kronisk suicidalitet ikke bør innlegges, legges denne pasientgruppen inn relativt hyppig sammenlignet med andre pasientgrupper (Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2015). Behandling av BPF og kronisk suicidalitet innebærer at behandlere balanserer på en knivsegg. De må jobbe aktivt for å ansvarliggjøre pasienter for egen atferd og oppmuntre til endring, og samtidig unngå å bli bebreidende. I møte med pasienter som er særlig sensitive for kritikk blir dette en utfordring.

Studier av behandleres opplevelse av teamarbeid viser at teamarbeid bidrar til faglig trygghet og konsensus om tiltak i behandlingen blant behandlere (Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003; Karjalainen, 2015). Innføring av teambasert behandling bidrar til mer effektivt og produktivt samarbeid mellom behandlere, og en felles forståelse og enighet om behandling kan redusere konfliktnivået og risiko for motstridende behandlingsstrategier hos ulike behandlere i kontakt med pasienten (Karjalainen, 2015). Teambasert behandling muliggjør en felles plattform for forståelse av pasienter og nødvendige behandlingsstrategier i møte med suicidale pasienter. Med en felles teamforståelse, av at pasienter med BPF ikke bør innlegges, kan behandlere oppleve det lettere å stå ved en slik vurdering og beslutning, og kjenne trygghet i at vurderingen er tatt i et fellesskap. Dette kan bidra til at frykten for å gjøre feilvurderinger, eller oppleve bebreidelser ved suicidal atferd hos pasienten, reduseres. Opplevd trygghet kan redusere engstelse og styrke behandleres evne til å tolerere risiko for suicid.

MBT og DBT har vist seg å effektivt redusere hyppighet av innleggelses, samt varighet av innleggelses, hos pasienter med BPF (Bateman & Fonagy, 2008; Bateman & Fonagy, 2009; Swales, 2019). Bruk av team i behandlingen kan ha medvirket til denne reduksjonen gjennom å øke tryggheten hos behandlere på at innleggelses er lite hensiktsmessig i behandling av denne pasientgruppen.

Hvordan kan teamarbeid bistå behandlere i møte med relasjonelle utfordringer i behandling av BPF?

En vesentlig barriere i behandling av BPF er utfordringer knyttet til den terapeutiske alliansen, som ses i sammenheng med pasientgruppens utrygghet i relasjon til andre og uhensiktsmessige relasjonelle atferd (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004). Den sterke ambivalensen, og utryggheten, som aktiveres i relasjon til behandler kan medføre dysfunksjonelle regulerende strategier som splitting, devaluering, idealisering og desperate

forsøk på å unngå kritikk, å bli forlatt eller avvist av behandler (Agrawal, Gunderson, Homes, & Lyons-Ruth, 2004; Paris, 2005). Behandlere har oppgitt splitting og opplevelsen av manipulasjon fra pasienter som krevende i behandling av BPF, som kan medføre utmattelse og frustrasjon (O'Connell & Dowling, 2013). Utmattelse, frustrasjon og frykt hos behandlere kan medføre lite hensiktsmessige terapeutiske tilnærminger i møte med BPF, som overinvolvering eller tilbaketrekking (Bateman & Fonagy, 2010; Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006; Paris, 2017).

Studier indikerer at økt kunnskap om BPF effektivt reduserer stigmatiserende fordommer hos behandlere og bidrar til en mer positiv holdning i møte med pasientgruppen, samt økt interesse for å behandle pasientgruppen (Krawitz, 2004; Shanks, Pfohl, Blum & Black, 2011; Knaak, Szeto, Fitch, Modgill & Patten, 2015). Positive holdninger, og nedregulering av negative holdninger, kan bidra til mer positiv behandleratferd. Tett samarbeid mellom behandlere, i form av spesialiserte team, kan bidra til at behandlere med større sannsynlighet oppnår, og vedlikeholder, en god terapeutisk allianse i møte med pasienter med emosjonelle og relasjonelle utfordringer.

Det kan stilles spørsmål ved om vedvarende teamarbeid er nødvendig for å oppnå den teoretiske forankringen som bidrar til holdningsendring hos behandlere. I en studie ble det funnet at korte opplæringsprogrammer var effektivt for å oppnå holdningsendringer hos behandlere, og at effekten varte 6 måneder etter avsluttet program (Krawitz, 2004; Shanks, Pfohl, Blum & Black, 2011). Samtidig vektlegger behandlere i kvalitative studier at oppfriskning av faglig innhold er vesentlig (Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003; Karjalainen, 2015). Ulik problematferd, eller forskjeller blant ulike pasienter med BPF, kan by på forskjellige utfordringer for behandlere. Vedvarende teamarbeid tilrettelegger for håndtering av varierte utfordringer i pasientarbeidet, som kan ha

betydning for opprettholdelsen og videre utvikling av den relasjonelle kompetansen, som videre kan ha implikasjoner for behandleres ivaretagelse av den terapeutiske alliansen.

En kvalitativ undersøkelse (Ma, Shih, Hsiao, Shih & Hayter, 2009), av sykepleieres og BPF-pasienters opplevelse av behandling ved døgnpost i Taiwan, viste at behandlere som ikke mottok støtte av kolleger oppnådde dårligere behandlingseffekt sammenliknet med behandlere som hadde tilgang på kollegial støtte. Mulighet for utveksling av erfaringer og konsultasjon med kolleger ble nevnt som vesentlig av behandlerne. Behandlere som ikke hadde tilgang på et støttende system uttrykte flere og høyere intensitet av symptomer på kontakttretthet og utmattelse i arbeidet med BPF. Disse behandlerne utviste også dårligere relasjonell kompetanse i møte med pasientene, og forskerne konkluderte med at kontinuerlig oppfølging av et støttende system var avgjørende for effektiv behandling av BPF (Ma, Shih, Hsiao, Shih & Hayter, 2009). Dette indikerer at behandlere som ikke har tilgang på et støttende system i mindre grad utvikler atferd som øker sannsynligheten for en god terapeutisk allianse, og i mindre grad utviser behandleratferd forenelig med effektiv behandling av lidelsen.

Det er foreslått at veien til profesjonalitet, og god terapeutisk atferd, i *møte* med pasienten er at behandlere erkjenner og bearbeider «politisk ukorrekte» følelser og motoverføringer *utenfor* terapirommet. Uten bearbeidelse av egne motoverføringsreaksjoner vil opplevd skam og skyld kunne medføre tilbaketrekking eller utspilling av negative følelser ovenfor pasienten (Larsen, 2011). Jevnlig tilgang på team kan være bidragsytende til at behandlere adaptivt regulerer affekt som preger behandlingsprosessen. I team kan behandlere få støtte til å aktivere reflekssive evner, som bidrar til håndtering av negativ affekt og nedregulering av negative holdninger og atferd i møte med pasientgruppen.

Veiledning med fokus på mentalisering og refleksjon bidrar til økt refleksiv funksjon hos behandlere, noe som er assosiert med en mer mentaliserende tilnærming i møte med BPF

(Ensink, Maheux, Normandin et al., 2013). Dette indikerer at konsultasjon om pasientsaker med andre har emosjonsregulerende funksjon for behandlere. Team kan tilby et trygt sted for behandlere å uttrykke og regulere potensielt terapiforstyrrende overføringsreaksjoner, og reflektere sammen med teamet hvordan behandler best kan møte pasienten i ulike situasjoner i behandling. Team kan bidra til redusert belastning for den enkelte behandler gjennom bearbeiding av motoverføringer, og reduksjon av skam i behandlerrollen, i kombinasjon med økt trygghet i faglige beslutninger og i rollen som behandler.

Frafall forstås ofte som indikator på manglende eller dårlig terapeutisk allianse, og er en velkjent problematikk blant pasienter med BPF (Landes, Chalker & Comtois, 2016). Studier av MBT og DBT, både i kontrollerte og naturalistiske betingelser hvor behandler-team innføres som en del av behandlingsmanualen, tyder på å redusere frafall i terapi blant pasienter med BPF (Kröger, Harbeck, Armbrust & Kliem, 2013; Kvarstein, Pedersen, Urnes, Hummelen, Wilberg & Karterud, 2014). Dette kan indikere at behandlingsmodeller med integrert bruk av team bidrar til økt positiv behandleratferd, som videre øker sannsynligheten for at den terapeutiske alliansen effektivt etableres og vedlikeholdes gjennom behandlingsforløpet.

En mulig hypotese er at teamarbeid bidrar til at symptomuttrykket til pasientene i mindre grad oppleves som dramatisk, overdreven eller devaluerende for behandlere. Pasientens uttrykte devaluering i møte med behandler kan forstås som et uttrykk for berettiget usikkerhet eller frykt for avvisning, gitt tidligere opplevelser med avvisning. Emosjonelle utbrudd og ustabilitet kan forstås som et uttrykk for manglende utviklede emosjonsregulerende strategier. Samtidig er det krevende for behandlere å opprettholde denne forståelsen og refleksiviteten når de utsettes for devalueringer og motgang i behandling. Tilgangen på et støttende team tyder på å være viktig for å holde motivasjon, engasjement og refleksiv funksjon oppe hos behandlere.

Kan teamarbeid øke behandleres utholdenhet og redusere risiko for utbrenthet i møte med BPF?

Effekten som virksomme behandlingsstrategier har på pasientenes affektive opplevelse og uttrykk kan overføres til behandlere. I MBT reguleres pasienten gjennom fokus på mentalisering, empati og utfordring. I DBT reguleres pasienten gjennom validering, utfordring og tilegnelse av ferdigheter i mindfulness og problemløsningsstrategier (Bateman & Fonagy, 2010; Linehan, 1993). Dette benyttes også aktivt i team. Behandlerne i MBT-team oppfordres til å innta en mentaliserende holdning i møte med seg selv og hverandre, samt å utvikle en kommunikasjonsstil preget av gjensidig respekt, forståelse og toleranse for å drøfte alternative synsvinkler og løsninger på problemstillinger (Bateman & Fonagy, 2010). I DBT-team oppmuntres behandlerne til å validere hverandres reaksjoner, og samtidig utfordre hverandre til å etterleve behandlingsmanualen, samt øve på mindfulness og problemløsning (Linehan, 1993). Slik kan teamet effektivt bidra til nedregulering av affektive tilstander hos behandler gjennom den regulerende effekten av validering og opplevd empatisk støtte fra andre. Samtidig bidrar teamet til utvikling og opprettholdelse av refleksiv funksjon og etterlevelse av behandlingsmanualen i møte med pasienter.

En studie av sykepleieres erfaringer med behandling av BPF viste at tålmodigheten det kreves for å danne en god allianse med pasienter, og toleranse for forhøyet risiko i møte med pasientgruppen, var lettere tilgjengelig ved tilgang på et støttende system. Behandlerne rapporterte at teamet bidro til bedre håndtering av egne emosjonelle reaksjoner, økt selvivaretagelse og bedre utholdenhet i krevende behandlingsforløp (O'Connell & Dowling, 2013). Det er dokumentert at veiledning i team bidrar til at behandlerne blir sikrere i vanskelige beslutningssituasjoner og tryggere i opparbeidningen av en god relasjon til pasienter (Cutcliffe, Hyrkäs & Fowler, 2015).

Klinisk veiledning reduserer engstelse og øker opplevelsen av kontroll i det kliniske

arbeidet. Dette blir sett i sammenheng med engasjement og motivasjon i arbeidet, noe som videre er assosiert med reduksjon av sykemeldinger (Bègat, Ellefsen & Severinsson, 2005). Opprettelse av team kan samtidig medføre økt stress hos behandlere (Miller, Iverson & Kimmelmeier et al., 2011), og behandlere kan oppleve teamkonsultasjonen som en ekstra byrde ved oppstart (Miller, Iverson & Kimmelmeier et al., 2011; Walsh, Ryan & Flynn, 2018). Teamarbeid krever eksponering av sårbarhet og svakhet i behandlerrollen, noe som kan medføre økt engstelse. Konsultasjon, i form av at andre behandlere eller eksperter tilbyr veiledning, innebærer også eksponering for kritikk, noe som kan oppleves ubehagelig og devaluerende. Imidlertid kan behandlere, som holder ut ubehaget i oppstartsfasen, oppleve reduksjon av angst på sikt, og en tilvenning til teamets format gjør behandlere rustet til å benytte seg av fordelene teamarbeid kan tilby (Miller, Iverson & Kimmelmeier et al., 2011; Walsh, Ryan & Flynn, 2018).

Håndtering og regulering av motoverføringer og emosjonell aktivering, i kombinasjon med opplevd fellesskap og samhold i teamet, antas å effektivt redusere opplevd arbeidsbyrde, stress og risiko for utbrenthet (McMain, Boritz & Leybman, 2015). Destruktive selvkritiske holdninger reduseres når negative følelser knyttet til nederlag og feiltrinn deles med andre, og sosial støtte på arbeidsplassen kan bidra til økt emosjonelt velvære og redusert risiko for kontakttretthet (Punihani, 2019). Tilgang på sosial støtte fra kolleger er en viktig kilde til økt velvære og resiliens blant behandlere, samt en beskyttende faktor mot kontakttretthet, stress og utbrenthet (Nahum-Shani, Bamberger & Bacharach, 2011). Samtidig er det indikasjoner for at tilgang på støtte fra kolleger eller veiledere ikke ubetinget bidrar til økt resiliens og redusert risiko for utbrenthet (Grant & Schofield, 2007).

Veiledningslitteraturen viser at negative effekter av veiledning er knyttet til relasjonelle utfordringer mellom veileder og mottaker av veiledningen, som er forbundet med økt usikkerhet og angst i det faglige arbeidet (Rønnestad & Orlinsky, 2006). Det kan tyde på

at behandlere som opplever avvisning eller kritikk i team kan bli mer usikre, engstelige og opplever redusert engasjement til å inngå i komplekse eller utfordrende pasientforløp (Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg & Samuelsson, 2003). Slike funn indikerer at den ønskede positive effekten av teamarbeid avhenger av behandleres subjektive opplevelse av teamet og systemet som skal utøve en støttende funksjon (Nahum-Shani, Bamberger & Bacharach, 2011).

Positive effekter av kollegial støtte tyder på å være påvirket av behandleres opplevelse av gjensidighet i relasjonen. I relasjoner hvor behandler opplever å være i en mottakende posisjon, og ikke opplever å selv kunne tilby støtte, vil den støtten ha lite eller ingen signifikant effekt på resiliens eller opplevd stress. I relasjoner hvor behandler opplever seg selv som den støttende part, uten å selv motta støtte tilbake, vil relasjonen kunne negativt påvirke stressmestring og resiliens. Relasjoner preget av gjensidig utveksling av støtte påvirker positivt behandleres utbytte av støtten, og bidrar til økt velvære og redusert opplevd kontakttretthet (Nahum-Shani, Bamberger & Bacharach, 2011). I veiledningslitteraturen anbefales veiledning i grupper (Cutcliffe, Hyrkäs & Fowler, 2015), og implementering av team anses som bidragsytende til redusert stress eller angst i behandlerrollen, bedret forhold til kolleger, motivasjon og engasjement i arbeid, samt opplevelsen av profesjonell utvikling (Bègat, Ellefsen & Severinsson, 2005).

I lys av litteratur og forskning om veiledning støttes MBT og DBT sin bruk av behandlersteam med gjensidig støtte til veiledning og konsultasjon av hverandres pasientarbeid. Dette kan også ha implikasjoner for viktigheten av at team implementeres i tråd med behandlingsmanualene. Andre former for behandlerstøtte, som individuell veiledning eller konsultasjon, vil ikke i samme grad fylle teamets funksjon og hensikt som kilde til kollegial støtte, ivaretagelse av refleksiv funksjon og håndtering av negativ behandleratferd.

Det skal samtidig utvises forsiktighet med å trekke bastante slutninger vedrørende effekt av team, både generelt og sammenlignet med andre former for støttende system, og om hva som kreves for at et støttende system skal oppfylle sin tiltenkte funksjon. Den mangeårige debatten som har pågått i psykoterapiforskningen vedrørende prosess og metodikk synes å være gjeldende også for interaksjon mellom behandlere. Forholdet mellom prosess og relasjon opp mot spesifikke intervensjoner og metodikk kan være vanskelig å skille, og en kombinasjon synes å være viktig (Norcross & Wampold, 2011). Det er flere studier som tyder på at teamarbeid som oppleves konfliktfyllt og vanskelig har negative ringvirkninger på behandlerens prestasjoner i møte med pasienter, mens teamarbeid som oppleves støttende og som stimulerer til refleksjon rundt eget arbeid bidrar til økt kompetanse og utvikling av terapeutiske ferdigheter.

Begrensninger

I helsepersonelloven § 4 stilles det krav til faglig forsvarlighet i all faglig virksomhet (Helsedirektoratet, 2017). Evidensbasert praksis gir grunnlag for det som anses som forsvarlig psykoterapeutisk behandling, og bygger på idealet om at behandling bør bygge på evidens fra varierte forskningsdesign og klinisk ekspertise (Rønnestad, 2008). Evidenskravet er også gjeldende for bruk av teamarbeid i behandling av BPF.

Veiledning og konsultasjon er allment oppfattet som nødvendig for å utvikle behandleres faglige og relasjonelle kompetanse i behandling av psykiske lidelser. Dette behovet øker ved behandling av pasienter med sammensatte og komplekse problemstillinger, som BPF. Samtidig er det gjort relativt lite forskning for å underbygge denne påstanden. Mangel i forskning viser seg i form av et fåtall av studier som utforsker effekt av teamarbeid i behandling av BPF, samt klare begrensninger i andre studier som er utført, slik som relativt små utvalg og begrenset utvalg av longitudinelle studier (Hawkin & Shohet, 2000). Dette kommer også til syne i utvalget av studier i denne oppgaven. Klinisk veiledning er den

formen for støttende systemer som har fått mest oppmerksomhet både i forskning og litteratur. Likevel er også veiledning relativt lite utforsket, noe som kan reflektere at feltet representerer metodiske utfordringer i forskningen (Strømme, 2018). Dette medfører begrensninger knyttet til generalisering av funn som presenteres i oppgaven. Samtidig tilfører studiene som er presentert i denne oppgaven viktig kunnskap på feltet, samt implikasjoner for videre forskning og klinisk praksis.

I videre forskning ville det være gunstig om effekt av teamarbeid ble grundigere undersøkt under randomiserte og kontrollerte betingelser. Det tyder også på å være behov for flere studier som nærmere utforsker BPF-pasienters opplevelse av behandling som bygger på teamarbeid. Pasienters erfaringer av behandling kan gi viktig informasjon om effekt og funksjon av teamarbeid i behandling av BPF. Basert på funn som indikerer at teamsamarbeid ikke er ubetinget positivt for behandlere, eller for behandling, vil det være nyttig med flere studier som kan identifisere potensielle faktorer som påvirker effekt av teamarbeid. Forskning bør også rette seg mot tiltak som kan bidra til å øke positiv effekt av teamarbeid, både i forhold til struktur og innhold.

Implikasjoner

Til tross for anbefalinger, og bred konsensus om at det er behov for et støttende system rundt behandlere som arbeider med pasientgruppen med BPF, tyder det på at team er elementet som hyppigst faller fra ved implementering av empirisk støttede behandlingsmodeller for BPF i kliniske settinger (Bales, Timman, Luyten, Busschbach, Verheul & Hutsebaut, 2017; Bales, Verheul & Hutsebaut, 2017). Mange steder i Norge tilbys ikke spesialiserte behandlingsmodeller med integrerte former for behandlerstøtte i form av team (Karterud, 2018), og det kan stilles spørsmålsteget ved hvor godt hjelpeapparatet og psykisk helsevern er organisert for å behandle denne pasientgruppen. Tilgang og bruk av team

i behandling av BPF kan bli undervurdert og nedprioritert, med de belyste konsekvensene dette kan ha for både behandlere og pasienter.

Litteraturen har dokumentert at effektiv behandling av BPF fordrer en god terapeutisk allianse. Den terapeutiske alliansen er, om ikke kurativ i seg selv, et viktig utgangspunkt for at behandlere skal komme i posisjon til å benytte endringsfokuserede intervensjoner i behandling av lidelsen. Samtidig representerer pasientgruppen særlige utfordringer i behandling sammenlignet med andre pasientgrupper. Symptomuttrykket ved BPF vil typisk vekke reaksjoner i miljøet, inkludert hos helsepersonell, som kan forsterke eller forverre symptomatologien hos pasienten. Behandlingsansvar for pasienter med BPF er assosiert med negativ affekt, behandlingsspesimisme og utbrenthet hos behandlere, som videre kan medføre negativ behandleratferd. Dette kan ses i sammenheng med pasientgruppens utfordringer knyttet til etablering og vedlikehold av en god terapeutisk allianse, frafall i behandling, samt manglende eller redusert behandlingseffekt.

Bruk av team er en viktig buffer mot negative reaksjoner hos behandlere, og reduserer risiko for negativ behandleratferd, som kan komme i veien for effektiv behandling av lidelsen. Team som støttende system tyder på å være et viktig virkemiddel for å hjelpe behandlere å stå i pasientrelasjoner over tid, og for å øke positive holdninger og atferd i møte med pasientgruppen. Behandleratferd er videre assosiert med utfall i terapi, og implementering av team er et viktig bidrag til effektiv behandling av BPF.

Kilder

- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Homes, B. M. & Lyons-Ruth, K. (2004): *Attachment studies with borderline patients: a review*. Harvard Review of Psychiatry. Vol. 12(2), 94-104.
- Allen, J. G. & Fonagy, P. (2006): *The Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Wiley, 2006.
- Amad, A., Ramoz, N., Thomas, P., Jardri, R. & Gorwood, P. (2014): *Genetics of borderline personality disorder: systematic review and proposal of an integrative model*. Neuroscience and Biobehavioral reviews. Vol. 40, 6-19. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2014.01.003.
- American Psychiatric Association (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bales, D. L., Timman, R., Luyten, P., Busschbach, J., Verheul, R & Hutsebaut, J. (2017): *Implementation of evidence-based treatments for borderline personality disorder: The impact of organizational changes on treatment outcome of mentalization-based treatment*. Personal Ment Health. Vol. 11(4), 266-277. DOI: 10.1002/pmh.1381.
- Bales, D. L., Verheul, R. & Hutsebaut, J. (2017): *Barriers and facilitators to the implementation of mentalization-based treatment (MBT) for borderline personality disorder*. Personality and Mental Health. Vol. 11(2), 118-131. DOI: 10.1002/pmh.1368.
- Bang, H. (2010): *Teamarbeid – et gode eller et onde?* Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vol. 47(1), 2-3.
- Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N. & Priebe, S. (2012): *Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: a systematic review*. Clinical Psychology Review. Vol. 32(5), 200-212. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.04.004

- Bateman A. & Fonagy, P. (2008): *8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual*. The American Journal of Psychiatry. Vol. 165(5), 631-638.
- Bateman A. & Fonagy, P. (2009): *Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder*. American Journal of Psychiatry. Vol. 166, 1355-1364.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010): *Mentalization based treatment for borderline personality disorder*. World Psychiatry. Vol. 9(1), 11–15.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013): *Mentalization-Based Treatment*. Psychoanal Inq. Vol. 33(6), 595–613. DOI: 10.1080/07351690.2013.835170
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013): *Mentalization based treatment for borderline personality disorder*. World Psychiatry. Vol 9(1). DOI: <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bender, D. S. (2005): *The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders*. Journal of psychiatric practice. Vol. 11(2), 73-87.
- Bennett-Levy, J., & Thwaites, R. (2007): *Self and self-reflection in the therapeutic relationship: A conceptual map and practical strategies for the training, supervision and self-supervision of interpersonal skills*. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (255-281). New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Berglund, A., Frøysaa, C. & Siqveland, J. (2015): *Behandling ved kronisk suicidalitet– retningslinjer og realiteter*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol. 52(10), 872-877
- Berlin, J. M., Carlström, E. D. & Sandberg, H. S. (2012): *Models of teamwork: ideal or not? A critical study of theoretical team models*. Team Performance Management: An

- International Journal, Vol. 18(5/6), 328-340. DOI:
<https://doi.org/10.1108/13527591211251096>
- Bègat, B., Ellefsen, B. & Severinsson, E. (2005): *Nurses' Satisfaction with Their Work Environment and the Outcomes of Clinical Nursing Supervision on Nurses' Experiences of Well-Being—A Norwegian Study*. Journal of Nurse Management, vol. 13, 221-230. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2004.00527.x>
- Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun (2007): *Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge: Teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vol. 44(12), 1475-1484.
- Bridges, M. R. (2006): *Activating the corrective emotional experience*. Journal of Clinical Psychology. Vol. 62(5), 551-568. DOI: 10.1002/jclp.20248.
- Bowlby, J. (1988): *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Bourke, M. E. & Grenyer, B. F. S. (2017): *Therapists' Metacognitive Monitoring of the Psychotherapeutic Process With Patients With Borderline Personality Disorder*. Journal of Psychiatric Practice. Vol. 23(4), 246-253. DOI: 10.1097/PRA.0000000000000247.
- Budd, R. & Hughes, I. (2009): *The Dodo Bird Verdict—controversial, inevitable and important: a commentary on 30 years of meta-analyses*. Clin Psychol Psychother. Vol. 16(6), 510-522. DOI: 10.1002/cpp.648.
- Calati, R., Gressier, F., Balestri, M. & Serretti, A. (2013): *Genetic modulation of borderline personality disorder: systematic review and meta-analysis*. Journal of psychiatric research. Vol. 47(10), 1275-1287. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2013.06.002.

- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M. & Cattaneo, A. (2017): *Borderline personality and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms*. BMC Psychiatry. Vol. 17, 221. DOI: 10.1186/s12888-017-1383-2.
- Cavazzi, T. & Becerra, R. (2014): *Psychophysiological research of borderline personality disorder: Review and implications for biosocial theory*. Europe's Journal of Psychology. Vol. 10(1), 185-203.
- Chartonas, D., Kyratsous, M., Dracass, S., Lee, T. & Bhui, K. (2017): *Personality disorder: still the patients psychiatrists dislike?* BJPsych bulletin. Vol. 41(1), 12-17. DOI: 10.1192/pb.bp.115.052456.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A. & Unruh, B. T. (2017): *What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder*. Curr Behav Neurosci Rep. Vol. 4(1), 21-30. DOI: 10.1007/s40473-017-0103-z
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. & Kernberg, O. T. (2006): *Psychotherapy for Borderline Personality*. American Psychiatric Publishing, 1. edition. John Wiley & Sons, Inc.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. & Cuijpers, P. (2017): *Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Psychiatry. Vol. 1;74(4), 319 – 328. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2016.4287.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P. & Linehan, M. M. (2009): *A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory*. Psychol Bull. Vol. 135(3), 495–510. DOI: 10.1037/a0015616
- Cutcliffe, J. R., Hyrkas, K. & Fowler, J. (2015): *Routledge Handbook of Clinical Supervision*. 1. oplag, Routledge.
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Lutyen, P & Lowyck, B. (2017): *Mentalizing as a mechanism of change in the treatment of patients with borderline personality*

- disorder: A parallel process growth modeling approach*. Personality Disorders. Vol. 1, 22-29. DOI: 10.1037/per0000256.
- Ensink, K., Maheux, J, Normandin, L., Sabourin, S., Diguier, L., Berthelot, N. & Parent, K. (2013): *The impact of mentalization training on the reflective function of novice therapists: A randomized controlled trial*. Psychotherapy Research. Vol. 23(5), 526-538. DOI: 10.1080/10503307.2013.800950
- Farrell, J. M. & Shaw, I. A. (2012): *Group schema therapy for borderline personality disorder—A step-by-step treatment manual with patient workbook*. West Sussex, UK: Wiley-Blackwell.
- Fenske, L., Lis, S., Niedtfeld, I., Kirsch, P. & Mier, D. (2015): *Emotion recognition in borderline personality disorder: effects of emotional information on negative bias*. Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation. Vol. 2, 10. DOI: 10.1186/s40479-015-0031-z.
- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006): *Mechanisms of Change in Mentalization-Based Treatment of BPD*. Journal of Clinical Psychology. Vol. 62(4), 411 – 430. DOI: 10.1002/jclp.20241
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1997): *The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy*. Journal of consulting and clinical psychology. Vol. 64(1), 22-31.
- Fonagy, P., Gergely, G., Target, M. & Jurist, E. L. (2002): *affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press, LLC, 2002.
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). *Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence*. Psychiatric Clinics. Vol. 23(1), 103-122.

- Gazzillo, F., Lingiardi, V., Del Corno, F., Genova, F., Bornstein, F., Gordon, R. M. & McWilliams, N. (2015): *Clinicians' emotional responses and Psychodynamic Diagnostic Manual adult personality disorders: A clinically relevant empirical investigation*. *Psychotherapy (Chic)*. Vol. 52(2), 238-246. DOI: 10.1037/a0038799.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006): *Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy*. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 63(6), 649-58.
- Giourou, E., Skokou, M., Andrew, S. P., Alexopoulpo, K., Gourzis, P. & Jelastopulu, E. (2018): *Complex posttraumatic stress disorder: The need to consolidate a distinct clinical syndrome or to reevaluate features of psychiatric disorders following interpersonal trauma?* *World Journal of Psychiatry*. Vol. 8(1), 12–19.
DOI: 10.5498/wjp.v8.i1.12.
- Grant, J. & Schofield, M. (2007): *Career-long supervision: Patterns and perspectives*. *Counselling & psychotherapy research*. Vol. 7(1).
DOI: <https://doi.org/10.1080/14733140601140899>
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantiqua, R. & Weissman, M. M. (2002): *Borderline personality disorder in primary care*. *Archives of internal medicine*. Vol. 162(1): 53 – 60.
- Hawkin, P. & Shohet, R. (2000): *Supervision in the helping professions*. 2. utgave. Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- Helsedirektoratet (2017): Lov om helsepersonell mv. (Helsepersonelloven) av 2.7.1999 nr. 64.
- Helsedirektoratet (2013): *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer 2015*. Utgitt 01/2015 av Helsedirektoratet.

- Hendin, H., Haas, A. P., Maltzberger, J. T., Szanto, K. & Rabinowicz, H. (2004): *Factors contributing to therapists distress after the suicide of a patient*. The American Journal of Psychiatry. Vol. 161(8), 1442-1446.
- Herschell A. D., Lindhiem, O. J., Kogan, J. N., Celedonia, K. L. & Stein, B. D. (2014): *Evaluation of an implementation initiative for embedding Dialectical Behavior Therapy in community settings*. Evaluation and Programme Planning. Vol. 43, 55-63. DOI: 10.1016/j.evalprogplan.2013.10.007.
- Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M. & McMain, S. F. (2012): *The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder*. Journal of Personality Disorders. Vol. 26, 616-627.
- Johansen, M. S., Karterud, S. W., Normann-Eide, E., Rø, F. G., Kvarstein, E. H. & Wilberg, T. (2018): *The relationship between reflective functioning and affect consciousness in patients with avoidant and borderline personality disorders*. Psychoanalytic Psychology, 35(4), 382 – 393. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/pap0000169>
- Jones, A. C. (2005): *Transference, counter-transference and repetition: some implications for nursing practice*. Journal of Clinical Nursing. 2005 Nov;14(10):1177-84.
- Karjalainen, H. J. (2015): *Mentaliseringsbasert terapi på tre døgnposter i tverrfaglig spesialisert rusbehandling - En kvalitativ studie i behandleres erfaringer*. Universitetet i Tromsø, Masteroppgave.
- Karterud, S. (2013): *Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT)*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, side 759-764
- Karterud, S. (2018): *Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres*. Tidsskriftet den Norske Legeforening 2018. doi: 10.4045/tidsskr.18.0100
- Kernberg, O. F., Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2008): *Transference focused psychotherapy: Overview and update*. International Journal of Psychoanalysis 89, 601-620.

- Kinner, V. L., Het, S. & Wolf, O. T. (2014): *Emotion regulation: Exploring the impact of stress and sex*. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. Vol. 8, 397. DOI: 10.3389/fnbeh.2014.00397.
- Klette, T. (2008): *Omsorgssvikt og personlighetsforstyrrelser*. *Tidsskr Nor Legeforen*. Vol. 128, 1538-1540.
- Knaak, S., Szeto, A. C. H., Fitch, K., Modgill, G. & Patten, S. (2015): *Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design*. *Borderline Personality Disorders and Emotional Dysregulation*. Vol. 2(9). doi: 10.1186/s40479-015-0030-0
- Koerner, K. (2011): *Doing Dialectical Behaviour Therapy*. 1. Ed. Guilford Pubn.
- Korsgaard, H. O. (2016): *Alvorlige personlighetsforstyrrelser*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, Den norske legeforening. Hentet 13.05.19 fra legeforeningen.no.
- Krawitz, R. (2004): *Borderline personality disorder: attitudinal change following training*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, volume 38, issue 7. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1614.2004.01409.x>
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M. & Kliem, S. (2013): *Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting*. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 51(8), 411-416.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T. & Karterud, S. (2014): *Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder—does it make a difference?* *Psychol Psychother*. Vol. 88(1), 71-86. DOI: 10.1111/papt.12036.

- Kverme, B., Natvik, E., Veseth, M. & Moltu, C. (2019): *Moving Toward Connectedness – A Qualitative Study of Recovery Processes for People With Borderline Personality Disorder*. *Frontiers in Psychology*. 10:430. Doi: 10.3389/fpsyg.2019.00430.
- Kyratsous, M. & Sanati, A. (2017): *Epistemic injustice and responsibility in borderline personality disorder*. *J Eval Clin Pract*. 23(5):974-980. doi: 10.1111/jep.12609
- Landes, S. J., Chalker, S. A. & Comtois, K. A. (2016): *Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability*. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*. 2016 Sep 1;3(1):9. doi: 10.1186/s40479-016-0043-3. eCollection 2016.
- Larsen, K. (2011): “*Bare gå og heng deg, din jævla dritt!*”. *Motoverføring og suicidalitet*. *Suicidologi*, vol 16, nr 1 (2011). Doi: <http://dx.doi.org/10.5617/suicidologi.2070>
- Levy, K. N. (2005): *The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder*. *Development and psychopathology*. 17(4): 959-86.
- Linehan, M. M. (1993): *Diagnosis and treatment of mental disorders. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. & Heard, H. L. (1992): *Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients*. *Archives of General Psychiatry* 48(12):1060-4. DOI: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, M. Z., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. & Lindenboim, N. (2006): *Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder*. *Archives of General Psychiatry*. 2006 Jul;63(7):757-66.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2006): *Mechanisms of Change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and Empirical*

- Observations*. Journal of Clinical Psychology. Vol. 62(4). 459-480. DOI: 10.1002/jclp.20243.
- Ma, W.F., Shih, F.J., Hsiao, S.M., Shih, S.N. & Hayter, M. (2009): *Caring Across Thorns- Different care outcomes for borderline personality disorder patients in Taiwan*. Journal of Clinical Nursing. 2009 Feb; 18(3): 440 – 50. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02557.x.
- Malt, U. (2016): *Personlighetsforstyrrelser*. I Store medisinske leksikon. Hentet 14.02.19 fra <https://sml.snl.no/personlighetsforstyrrelser>. Published online 2016 Oct 3. doi: 10.1176/appi.ps.201600108
- Malt, U. (2018): *Borderline*. I Store medisinske leksikon. Hentet 14.02.19 fra <https://sml.snl.no/borderline>.
- McMain, S. F., Boritz, T. Z. & Leybman, M. J. (2015): *Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder*. Journal of Psychotherapy Integration. Vol. 25(1), 20-29. DOI: <http://dx.doi.org.pva.uib.no/10.1037/a0038768>
- Miller, G. D., Iverson, J. M., Kemmelmeier, M., MacLane, C., Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., Watkins, M. M., Pruitt, L. D., Oser, M., Katrichak, B. M., Erikson, K. M. & Crenshaw, K. Y. (2011): *A Preliminary Examination of Burnout Among Counselor Trainees Treating Clients With Recent Suicidal Ideation and Borderline Traits*. Counselor Education and Supervision. Vol. 50, issue 5. Doi <https://doi.org/10.1002/j.1556-6978.2011.tb01920.x>
- Mohr, D. C., Ho, J., Hart, T. L., Baron, K. G., Berendsen, M., Beckner, V., Cai, X., Cuijpers, P., Spring, B., Kinsinger, S. W., Schroder, K. E. & Duffecy, J. (2014): *Control condition design and implementation features in controlled trials: a meta-analysis of*

- trials evaluating psychotherapy for depression*. *Transl Behav Med*. Vol. 4(4), 407-423. DOI: 10.1007/s13142-014-0262-3
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., Pfahler, C. (2012): *Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation*. *Administration and Policy in Mental Health*. 2012 Sep;39(5):341-52. doi: 10.1007/s10488-011-0352-1.
- Mosquera, D., Gonzalez, A. & Leeds, A. M. (2014): *Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment*. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*. 28;1:15. doi: 10.1186/2051-6673-1-15
- Motto, J. A. & Bostrom, A. (1990): *Empirical indicators of near-term suicide risk*. *Crisis*. 1990 May;11(1):52-9.
- Möller, C., Karlgren, L., Sandell, A. & Philips, B. (2015): *Mentalization-based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in psychotherapy for borderline personality disorder with co-morbid substance dependence*. *Psychotherapy Research* 27(6):1-17 · April 2016. DOI: 10.1080/10503307.2016.1158433
- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H. & Monsen, J. T. (2015): *Patient and therapist perspectives on alliance development: therapists' practice experiences as predictors*. *Clin Psychol Psychother*. 2015 Jul-Aug;22(4):317-27. doi: 10.1002/cpp.1891. Epub 2014 Feb 26.
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M. & van Dyck, R. (2009): *Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial*. *Behav Res Ther*. 47(11):961-73. doi:10.1016/j.brat.2009.07.013.

- Nahum-Shani, I., Bamberger, P. A. & Bacharach, S. B. (2011): *Social Support and Employee Well-Being: The Conditioning Effect of Perceived Patterns of Supportive Exchange*. J Health Soc Behav. Vol. 52(1), 123-139. DOI: 10.1177/0022146510395024.
- Norcross, J. C. & Wampold, B. E. (2011): *Evidence-based therapy relationships: research conclusions and clinical practices*. Psychotherapy (Chicago Ill.). Vol. 48(1), 98-102. doi: 10.1037/a0022161.
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014): *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol. 51(7), 530-536
- O'Connell, B. & Dowling, M. (2013): *Community psychiatric nurses' experiences of caring for clients with borderline personality disorder*. Mental Health Practice, Vol. 17(4), 27-33.
- Paris, J. (2005): *Borderline personality disorder*. CMAJ. Vol. 172(12), 1579–1583.
doi: 10.1503/cmaj.045281
- Paris, J. (2010): *Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder*. Curr Psychiatry Rep. Vol. 12(1), 56-60. DOI: 10.1007/s11920-009-0083-0.
- Paris, J. (2017): *Stepped Care for Borderline Personality Disorder*. 1st edition, Academic Press 2018.
- Perseus, K. I., Kåver, A., Ekdahl, S., Asberg, M. & Samuelsson, M. (2007): *Stress and burnout in psychiatric professionals when starting to use dialectical behavioural therapy in the work with young self-harming women showing borderline personality symptoms*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 14 (7), 635-43
- Perseus, K. I., Ojehagen, A., Ekdahl, S., Aasberg, M. & Samuelsson, M. (2003): *Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder*

- using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions.*
Archives of psychiatric nursing. Vol. 17(5), 218-27.
- Pickard, H. (2011): *Responsibility Without Blame: Empathy and the Effective Treatment of Personality Disorder.* Philosophical and Psychiatric Psychology. 18 (3): 209-223.
- Plakun, E. M. (2011): *Making the Alliance and Taking the Transference in Work With Suicidal Patients.* J Psychother Pract Res. Vol. 10(4), 269–276.
- Preissler, S., Dziobeg, I., Ritter, K., Heekeren, H. R. & Roepke, S. (2010): *Social Cognition in Borderline Personality Disorder: Evidence for Disturbed Recognition of the Emotions, Thoughts, and Intentions of others.* Frontiers in Behavioral Neuroscience. Vol. 2(4), 182. doi: 10.3389/fnbeh.2010.00182.
- Pokorny, A.D. (1993): *Suicide prediction revisited.* Suicide and Life-Threatening Behavior, Vol. 23, 1–10.
- Punihani, J. (2019): *Compassion Fatigue in Mental Health Therapists: The Contributions of Self-Care and Social Support.* Mills College. DOI: 10.13140/RG.2.2.26614.04166,
- Richardson, C. M. E. (2017): *Emotion regulation in the context of daily stress: Impact on daily affect.* Personality and Individual Differences. Vol. 112, 150-156.
- Rogers, B. & Dunne, E. (2011): *“They told me I had this personality disorder... all of a sudden I was waisting their time”:* personality disorder and the inpatient experience. Journal of Mental Health. Vol. 20(3), 226-33. Doi: 10.3109/09638237.2011.556165.
- Rossouw, T. I. & Fonagy, P. (2012): *Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. Vol. 51(12), 1304-1313. doi: 10.1016/j.jaac.2012.09.018.
- Rønnestad, M. H. & Orlinsky, D. E. (2006): *Terapeutisk arbeid og profesjonell utvikling: En internasjonal studie.* Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vol. 43(11), 1175-1178.

- Rønnestad, M. H. (2008): *Evidensbasert praksis i psykologi*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Vol. 45, 444 – 454.
- Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2013): *Reponses of Mental Health Clinicians to Patients with Borderline Personality Disorder*. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 10(5 – 6), 39 – 43.
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N. & Black, D. W. (2011): *Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a STEPPS workshop*. *Journal of Personality Disorders*. Vol. 25(6), 806-12. doi: 10.1521/pedi.2011.25.6.806.
- Sheehan, L., Nieweglowski, K & Corrigan, P. (2016): *The Stigma of Personality Disorders*. *Current Psychiatry Reports*. Vol. 18(1),11. doi: 10.1007/s11920-015-0654-1.
- Stringer, B., van Meiljel, B., Koekkoek, B., Kerkhof, A. & Beekman, A. (2011): *Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: a comparative multiple case study on processes and outcomes*. *BMC Psychiatry*. 24;11:102. Doi: 10.1186/1471-244X-11-102.
- Strømme, H. (2018): *Ubevisste prosesser i veiledningsrelasjonen*. Tidsskrift for norsk psykologforening. Vo. 56(9), 799-777.
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012): *Psychological Therapies for People with Borderline Personality Disorder*. *Cohrane Database of Systematic Reviews*. Vol. 8.
- Sosial- og helsedirektoratet (2008): *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. 15-1511 Nasjonale faglige retningslinjer.
- Sulzer, S. H. (2015): *Does “difficult patient” status contribute to functional demedicalization? The case of borderline personality disorder*. *Soc Sci Med*. Vol. 142, 82–89. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.008

- Swales, M. A. (2019): *The Oxford Handbook of Dialectical Behaviour Therapy*. Oxford University Press, 2019.
- Tranøy, K. E. (2017): Dialektikk – filosofi. I Store norske leksikon. Hentet 14.02.19 fra https://snl.no/dialektikk_-_filosofi
- Urnes, O. (2009): *Selvskading og personlighetsforstyrrelser*. Tidsskriftet den Norske Legeforening 2009; 129: 872-6. doi: 10.4045/tidsskr.08.0140
- Van den Bosch, L. M. & Sinnaeve, R. (2015): Dialectical behaviour theory in the Netherlands: implementation and consolidation. *Tijdschr Psychiatr*. Vol. 57(10), 719-727.
- Våpenstad, E. V. (2013): *Psykodynamisk foreldrearbeid: Fra «pianoreperatør» eller «foreldrefrelser» til samarbeid i forståelse av foreldrerollen*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vol. 50(11), 1080-1088.
- Wagner, A. W. & Linehan, M. M. (1999): *Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation?* *Journal of personality disorders*. Vol. 13(4), 329-344.
- Walsh, C., Ryan, P. & Flynn, D. (2018): *Exploring dialectical behaviour therapy clinicians' experiences of team consultation meetings*. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*. Vol. 5(3). doi: 10.1186/s40479-018-0080-1
- Weinberg, I., Ronningstam, E., Goldblatt, M. J., Schechter, M. & Maltzberger, J. T. (2011): *Common factors in empirically supported treatments of borderline personality disorder*. *Current Psychiatry Reports*. 1, 60-68. Doi: 10.1007/s11920-010-0167-x.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M. (2003): *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Publications: New York.

Østby, K. A., Czajkowski, N., Knudsen, G. P., Ystrom, E., Gjerde, L. C., Kendler, K. S., Ørstavik, R. E. & Reichborn-Kjennerud, T. (2014): *Personality disorders are important risk factors for disability pensioning*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 49(12), 2003-2011. <http://doi.org/10.1007/s00127-014-0878-0>