



**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**

**Mentaliseringsbasert terapi og dialektisk atferdsterapi for  
borderline personlighetsforstyrrelse: Hva er det som må til for å  
oppnå behandlingseffekt?**

HOVEDOPPGAVE

Profesjonsstudiet i psykologi

**Ellisiv Ytre-Hauge**

Vår 2018

Veileder

Kjersti Arefjord

Institutt for klinisk psykologi

## **Sammendrag**

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er en av de hyppigst forekommende personlighetsforstyrrelsene, og er en relativt vanlig lidelse å møte på i polikliniske sammenhenger. Pasienter med denne lidelsen er ansett som en svært vanskelig pasientgruppe å behandle, mye grunnet kjernepatologien bak lidelsen. Utfordringer knyttet til frafall fra terapi, den terapeutiske relasjonen og alliansedannelse, sviktende motivasjon og fokus i terapi, samt terapeutens motoverføringsreaksjoner i møte med pasientgruppen er typiske problemstillinger som også kan ses i sammenheng med kjernesymptomene ved BPF, og den dårlige behandlingseffekten sammenlignet med psykoterapeutisk behandling for andre psykiske lidelser. De siste årene har det kommet flere lovende behandlingsformer for BPF, hvor mentaliseringsbasert terapi (MBT) og dialektisk atferdsterapi (DBT) har utpreget seg spesielt i forhold til denne pasientgruppen. Det er en rekke fellesnevnerer i de to behandlingsformene. Formålet med denne oppgaven er å beskrive MBT og DBT, og sammenligne de to behandlingsformene. Basert på dette vil oppgaven gjennomgå potensielle prognostiske faktorer av betydning for behandlingseffekten på BPF, samt implikasjoner for poliklinisk behandling.

## **Abstract**

Borderline personality disorder (BPD) is one of the most frequent personality disorders, and is a relatively common disorder in clinical populations. Patients with BPD is often seen as very challenging, if not impossible to treat, something which can be linked to the core psychopathology that defines the disorder. Challenges are typically associated with high drop-out rates, difficulties regarding the therapeutic relation, failing motivation and ability to focus in therapy, and also the therapists counter transference. These challenges can be understood in light of the core psychopathology of BPD, and can help explain the poor effect in treatment compared to other psychological disorders. In the recent years there have been developed several promising psychotherapy treatment programs for BPD, with mentalization based therapy (MBT) and dialectical behavioral therapy (DBT) making exceptional results in the field. The two treatment approaches have several similarities. This paper will analyse MBT and DBT to find important similarities between them. Based on this analysis, the paper will explore potential prognostic factors that could contribute to the positive effect MBT and DBT have on BPD, and implications for standard clinical therapy.

## Forord

Nå som denne oppgaven står ferdig, kan jeg se tilbake på en prosess som har vært både interessant, frustrerende, lærerik, utmattende og givende. Jeg har vært heldig, som tidlig fant et tema som vekket nysgjerrigheten min, og ikke minst lysten til å lære, lese og skrive. Dette kan jeg i stor grad takke min veileder på internpraksis ved UiB for; psykologspesialist Nina Andresen. Hennes smittende engasjement for faget, evne til å vekke nysgjerrighet og glød i diskusjoner, har vært viktige elementer i oppstartsfasen av dette prosjektet, og er noe jeg også tar med meg videre. Takk for god veiledning, for gode samtaler og all støtte.

Videre må jeg rette en spesiell takk til veilederen min på hovedoppgava, Kjersti Arefjord. Hun møtte meg, og problemstillingen jeg hadde med meg, med åpne armer, og har gitt meg bedre veiledning enn jeg kunne håpet på. Hun har tilrettelagt for- og tilpasset seg meg gjennom graviditet, fødsel og foreldrepermisjon. I tillegg har hun bidratt til å holde liv i engasjementet mitt, ved å selv være interessert og nysgjerrig.

Jeg vil også takke medstudenter som har inngått i viktige og nyttige samtaler, som har bidratt til idemyldring, gode råd og støtte underveis. En spesiell takk vil jeg rette til Marianne Beck som satte av tid til å lese gjennom, og gi gode tilbakemeldinger når jeg stod fast. I den anledning vil jeg også takke Kristina Osland Lavik, som kom med gode råd og tips der det kanskje trengtes mest, og Natalie Simensen som villig delte av egen kunnskap. Takk til min kjære søster, Iselin R. Ytre-Hauge, for at du satt av tid til å hjelpe meg med en siste finpuss.

Sist, men ikke minst: Takk til Kristian, for all støtte, tålmodighet og kjærlighet. Takk til Alva Maylea, for at du har jorda meg, og gitt meg glede og ro i en ellers hektisk hverdag.

## Innholdsfortegnelse

<b>Sammendrag</b> .....	<b>3</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>4</b>
<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>Innholdsfortegnelse</b> .....	<b>6</b>
<b>Innledning</b> .....	<b>7</b>
<b>Problemstilling</b> .....	<b>11</b>
<b>Metode</b> .....	<b>11</b>
<b>Begrensninger</b> .....	<b>13</b>
<b>Borderline personlighetsforstyrrelse</b> .....	<b>14</b>
<b>Diagnostiske kriterier</b> .....	<b>15</b>
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5) .....	15
International Classification of Diseases 10 (ICD-10) .....	15
<b>Vansker i terapi</b> .....	<b>16</b>
<b>Mentaliseringsbasert terapi</b> .....	<b>18</b>
<b>Mentalisering</b> .....	<b>18</b>
<b>BPF i lys av MBT</b> .....	<b>19</b>
<b>Dialektisk atferdsterapi</b> .....	<b>22</b>
<b>Dialektikk</b> .....	<b>22</b>
<b>BPF i lys av DBT</b> .....	<b>23</b>
<b>Likheter og ulikheter i behandlingsmodellene</b> .....	<b>24</b>
<b>Teori</b> .....	<b>25</b>
<b>Struktur</b> .....	<b>26</b>
Telefonkonsultasjon .....	27
Strukturering av miljø .....	27
Integrert gruppe- og individualterapi .....	28
Teamsamarbeid .....	30
<b>Metode</b> .....	<b>31</b>
Forberedelse og forpliktelse til behandling .....	32
Det harde arbeidet .....	33
Terapeutiske intervensjoner .....	34
Øvelser og hjemmeoppgaver .....	40
<b>Prosess</b> .....	<b>42</b>
<b>Virksomme mekanismer i behandling av BPF</b> .....	<b>45</b>
<b>Bearbeidelse av motoverføringer hos terapeut</b> .....	<b>46</b>
<b>Mekanismer i den terapeutiske alliansen</b> .....	<b>48</b>
<b>Motivasjon og fokus i terapi</b> .....	<b>52</b>
<b>Reduksjon av frafall i terapi</b> .....	<b>53</b>
<b>Metode</b> .....	<b>55</b>
<b>Betydning av struktur</b> .....	<b>59</b>
<b>Implikasjoner for behandling av BPF</b> .....	<b>60</b>
<b>Konklusjon</b> .....	<b>63</b>
<b>Kilder</b> .....	<b>65</b>

## Innledning

Borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er en lidelse som medfører alvorlig svikt i funksjonsnivå, både personlighetsmessig og sosialt. Kardinalsymptomer er emosjonell ustabilitet, sviktende ferdigheter i sosialt samspill, og generelt dårlig reguleringsevne. På grunn av den påfallende ustabiliteten og emosjonelle dysreguleringen er BPF assosiert med høy selvmordsfare, selvskading, forhøyet risiko for andre komorbide psykiske lidelser, og dårlige prognoser i standard poliklinisk behandling (Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011). Det er høy forekomst av BPF i kliniske populasjoner. Mens det antas at omtrent 0,7 % i den norske befolkning lider av BPF, øker forekomsten til 10 – 20 % blant den voksne, polikliniske populasjonen (Thorsrud, 2014). BPF er i tillegg preget av høy komorbiditet, noe som kan komplisere behandlingsforløpet (Lindquist, Tørmoen & Mehlum, 2013). BPF-pasienter er ikke en homogen gruppe, og behandlingseffekt vil kunne variere på bakgrunn av individuelle forskjeller i symptomuttrykk. Disse forskjellene kan blant annet vedrøre alvorlighetsgrad, subjektiv opplevelse av symptomene og grad av funksjonstap.

Psykiske lidelser er en av de vanligste årsakene til sykemeldinger og uførhet i Norge, og de samfunnsøkonomiske konsekvensene er store (Holmer & Horntvedt, 2016). Personer diagnostisert med BPF har syv ganger høyere sannsynlighet for å bli uføretrygdet, sammenlignet med normalpopulasjonen (Østby, Czajkowski & Knudsen et al., 2014). Dette er det dobbelte av tallene for de som lider av depresjon og angst. Sett sammen med at BPF er en vanskelig lidelse å behandle, utgjør dette en stor samfunnsmessig utfordring. Gitt den hyppige forekomsten av BPF i kliniske sammenhenger, samt de alvorlige konsekvensene lidelsen har for både pasient og samfunn, er det rimelig å påstå at BPF er en lidelse med stort behov for oppmerksomhet vedrørende gode behandlingsmetoder. I senere tid har flere behandlingsformer som tar sikte på behandling av BPF vokst frem. Blant disse har dialektisk atferdsterapi (DBT) og mentaliseringsbasert terapi (MBT) utpreget seg med dokumentert

effekt i behandling av pasientgruppen (Falkum, 2008; Lindquist, Tørmoen & Mehlum, 2013; Cristea, Entilit & Cotet et.al., 2017). Behandlingsformene er ulike, særlig teoretisk. DBT stammer fra den atferdskognitive tradisjonen, med nevropsykologisk forskning og teori i bunn, kombinert med *mindfulness* (oppmerksomt nærvær i øyeblikket). MBT på sin side bygger på den psykodynamiske tradisjonen, med forankring i tilknytningsteori. Samtidig har modellene flere fellestrekk, som skiller dem fra standard individuell behandling.

Begge behandlingsformene bruker integrert gruppeterapi og individuell terapi, med tett samarbeid mellom terapeutene. Terapiformene har krav om oppmøte på gruppeterapi for å få tilgang på individualterapi. Terapi i grupper blir av begge behandlingsformene ansett som en gunstig arena for både tilegnelse av og trening på sosiale ferdigheter. Hovedformålet i begge formatene er at deltakerne skal få utviklet sine sosiale ferdigheter. Dette skjer eksplisitt gjennom oppgaver og undervisning, og implisitt gjennom interaksjon med både terapeutene og de andre gruppedeltakere. Begge terapiformene har fokus på integrering av de to parallelle behandlingsforløpene. Innenfor både MBT og DBT argumenteres det for samarbeid mellom terapeutene, samt full innsikt og forståelse av pasientens problematikk og behandlingsforløp, for enhetlig behandling. I tillegg anses det som en fordel at behandlerne har tilgang på kollegial støtte og veiledning gjennom fastsatte, obligatoriske møter. Dette kan ha implikasjoner for behandlernes vedlikehold og utvikling av terapeutisk kompetanse. I tillegg kan det ha betydning for alliansedannelse og vedlikehold av allianse i terapi, da studier indikerer at veiledning av terapeuter har en positiv effekt på den terapeutiske relasjonen (Svendsen, 2011).

Til tross for at de to behandlingsformene stammer fra ulike teoretiske retninger, og at enkelte hevder at teoriforståelsen bak de to modellene er så ulike at de vanskelig kan sammenlignes, finnes det vesentlige teoretiske likhetstrekk ved de to behandlingsformene. Begge behandlingsformene har en teoretisk forståelse av at tilknytning og miljø er viktige



faktorer for utviklingen og opprettholdelsen av symptomene ved BPF. I grove trekk kan hypotesen beskrives som at et invaliderende miljø typisk vil bidra til utviklingen av BPF, ved at manglende validering skader tilegnelsen av reguleringsferdigheter. Valideringer, bekreftelser og forståelse bidrar til at individet lærer seg å gjenkjenne, forstå og regulere egne emosjoner. Et konsekvent invaliderende miljø vil kunne føre til at individet blir forvirret i møte med emosjonelle stimuli, og kan lære seg å frykte egne emosjonelle reaksjoner, samt andre menneskers reaksjon på egne emosjonelle uttrykk. Innen begge behandlingsmodellene blir det antatt at individer med BPF også utløser invalideringer fra andre, ved å reagere raskere og mer intenst på emosjonelt stimuli, samt at de forblir emosjonelt aktivert lenger (Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun, 2007). Antagelsen om at BPF-pasienter har et emosjonelt reaksjonsmønster preget av raskere, mer intens og langvarig aktivering er støttet av forskning (Linehan, Korslund, Harned & kolleger, 2015).

Innenfor MBT er dette beskrevet og forklart ved hjelp av tilknytningsteori, og begreper som mentalisering, speiling og et holdende miljø. Et holdende miljø rommer barnets følelser, og håndterer barnets emosjonelle reaksjoner på en adekvat måte. Speiling bidrar til at barnet lærer å gjenkjenne sine egne emosjonelle reaksjoner, samt skille mellom egne og andres følelser, og å regulere emosjonene sine ut i fra sosiale normer og forventninger (Karterud, 2013). Linehan's biososiale modell, som ligger til grunn for DBT, tar utgangspunkt i at enkelte individer har en medfødt sårbarhet for BPF. Denne sårbarheten beskrives som en sensitivitet i møte med emosjonelt stimuli. Videre hevder modellen at sårbarheten utvikles til BPF *dersom* miljøet konsekvent invaliderer barnets emosjonelle reaksjoner, også når de er meningsfulle ut i fra situasjon og sosiale normer. Et sterkt invaliderende miljø antas også å kunne føre til utvikling av BPF hos individer som ikke har en medfødt sårbarhet (Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun, 2007). Disse teoretiske forståelsene bidrar sterkt til hvorfor behandlingsformene vektlegger validering og empati i møte med klientene, og har fokus på å

skape et validerende miljø hvor pasientene kan oppleve seg forstått, sett og hørt, samtidig som de blir utfordret, med mål om å oppnå viktige endringer som kan føre til bedring (Karterud, 2012; Robins & Rosenthal, 2011).

Både DBT og MBT har dokumentert god behandlingseffekt på BPF. DBT har vist seg å ha god effekt på selvskading, selvmordsforsøk, håpløshet, depresjon, bulimi og angst. I tillegg har DBT vist seg å føre til en økning i generelt funksjonsnivå, og reduksjon i frafall fra terapi (Baltzersen, 2013). Studier viser at DBT er signifikant mer effektivt sammenlignet med standard behandling ("treatment as usual") for å redusere symptomtrykk ved BPF, samt for å redusere suicidalitet og selvskading (Dubovsky, 2017). Sviktende interpersonlig fungering er et kardinalsymptom hos BPF, og tyder på å ha sterk sammenheng med andre BPF-symptomer. Interpersonlig fungering har vist seg å bli signifikant bedre med DBT (Wangen, 2016). Behandlingsmetoden blir støttet av de fleste RCT-studier som har blitt utført, og har i tillegg vist seg å være kostnadseffektivt sammenlignet med standard behandling (Donvold, 2013). Generelt støtter forskningen bruk av DBT som behandlingsmetode for BPF (Linehan og kolleger, 2015). Samtidig er det manglende dokumentasjon for hvilke elementer i DBT som må til for å oppnå de gode behandlingsresultatene.

Mentalisering, og grad av mentaliseringsevne, tyder på å være nært forbundet med funksjonsnivå og symptomtrykk. Høyere mentaliseringsevne er assosiert med bedre funksjonsnivå og reduksjon av symptomer på BPF (De Meulemeester, Vansteelandt, Luyten & Lowyck, 2017). Svikt i mentaliseringsevne står sentralt i forståelsen av funksjonsnedsettelsene og symptomene som preger BPF (Fonagy, Luyten & Bateman, 2015). MBT har vist seg å være effektivt for øking av mentaliseringsevne blant BPF-pasienter (Möller, Karlgren, Sandell og kolleger, 2016). Studier viser også at mentaliseringsbasert behandling for BPF-pasienter reduserer frafall fra behandling betraktelig sammenlignet med standard behandling, at det reduserer den negative subjektive opplevelsen av symptomene,

reducerer suicidalitet, selvskading, og hyppighet av innleggelsler, samt øker funksjonsnivå (Kvarstein et al., 2015). MBT er i likhet med DBT ansett som en godt dokumentert virksom behandling for BPF. Likt som ved DBT, er det lite kunnskap om hva det er med behandlingsformen som gir denne effekten; hvilke mekanismer som er av avgjørende betydning, og hvilke elementer i behandlingsformen som må til for å oppnå gode resultater.

### **Problemstilling**

Et viktig spørsmål er hva det er med MBT og DBT som behandling for BPF som gir så god effekt, sammenlignet med standard behandling. Denne oppgaven ser nærmere på likheter og forskjeller mellom DBT og MBT, to behandlingsmodeller som har utpreget seg som effektive behandlingsmodeller i møte med BPF. Oppgavens formål er å, basert på en nærmere analyse av disse behandlingsmodellene, diskutere hvilke mekanismer som kan være av vesentlig betydning for den gode behandlingseffekten. I store deler av litteraturen behandles DBT og MBT som to separate behandlingsmodeller, med ulik teoretisk bakgrunn, og ulike metodiske tilnærminger til psykoterapi. Samtidig kan det trekkes flere likhetstrekk mellom behandlingsmetodene, både i form og i innhold. Flere av disse vil redegjøres for. Et viktig spørsmål som oppgaven reiser er hvorvidt MBT og DBT bør være de foretrukne behandlingsmodellene for BPF-pasienter, og om tilgangen til disse behandlingsformene dermed burde økes.

### **Metode**

Litteratur ble innhentet og gjennomgått i flere omganger med bakgrunn i ulike faktorer, som ble identifisert gjennom analyse og sammenligning av MBT og DBT. Seleksjonen ble gjort manuelt, først på bakgrunn av litteraturens overskrifter, og så på bakgrunn av en gjennomgang av litteraturens sammendrag. Ved usikkerhet knyttet til relevans ble artikkelen lastet ned og gjennomgått grundigere.

Det første litteratursøket som ble utført var et bredt søk, med mål om å generere

litteratur til det teoretiske bakteppet for oppgaven, og databasene PsychInfo, PubMed, Google Scholar, samt Universitetsbibliotekets elektroniske søkemotor Oria ble benyttet. Det ble utført to søk, ett for DBT og ett for MBT. I begge søkene ble følgende søkeord benyttet: "borderline personality disorder", "borderline", "BPD". Disse ble kombinert med ett eller flere av følgende søkeord: "\*mentalization-based therapy", "\*MBT", "dialectical behavior therapy", "dialektisk atferdsterapi", "\*DBT". En avgjørende faktor i denne delen av utvelgelsesprosessen var oppgitte forfattere av litteraturen. Litteratur hvor anerkjente bidragsytere til modellene var oppnevnt som medvirkende til artikkelen eller boken, ble prioritert. For søk etter litteratur knyttet til MBT ble derfor søkeordene "Fonagy[au]", "Bateman[au]" eller "Karterud[au]" inkludert i søket, samtidig som at søkeordet "Linehan[au]" ble inkludert i litteratursøket for DBT.

Det neste søket var rettet mot studier som viste til behandlingseffekt av DBT og MBT. Søket ble utført via Google Scholar, PsychInfo og PubMed. I denne fasen av litteratursøket, hvor selve effekten av de to valgte behandlingsmodellene var i fokus, var kriteriene for utvelgelse at studiene var utgitt mellom 2013 og 2018. Kun metaanalyser og systematiske gjennomganger ble benyttet som dokumentasjon av effekt. Enkelte studier ble også utvalgt for å kunne se nærmere på hvilke spesifikke symptomer og problemstillinger som har vist seg å bli bedre av behandling med DBT og MBT. Søket ga få funn via PsycInfo og PubMed, så Google Scholar ble benyttet i denne fasen av litteratursøket. Søkeordene "borderline personality disorder", "effect", "\*efficacy", "mentalisation" og "\*meta analysis" ga 1600 resultater. DBT er den behandlingsformen som har størst litteraturlag. For å finne litteratur som sa noe om effekt av MBT ble søkeordet "mentalisation based" inkludert i søket, noe som reduserte antall treff til 72.

I tillegg til litteratursøk ble psykologspesialist Katharina Morken, som utførte doktorgradprosjektet "Mentalization based treatment of female patients with comorbid

substance use disorder and severe personality disorder”, kontaktet. Hun kunne, med sin relevante kunnskap og kompetanse, bidra med artikler og studier relatert til MBT.

Videre ble det gjort spesifikke litteratursøk for å undersøke effekt av sannsynlig virkningsfulle mekanismer i behandling for BPF. Disse mekanismene ble i forkant identifisert og utvalgt på bakgrunn av en gjennomgang av DBT og MBT, og en analyse av likheter mellom de to behandlingsmodellene. Basert på dette ble 6 potensielt virksomme, eller betydningsfulle, mekanismer utvalgt for videre undersøkelse og analyse: 1) Bearbeidelse av motoverføringer hos terapeut, 2) mekanismer i den terapeutiske alliansen, 3) motivasjon og fokus i terapi, 4) reduksjon av frafall, 5) spesifikk metode eller terapeutiske intervensjoner og 6) strukturelle mekanismer. Under denne delen av litteratursøket ble utvelgelseskriteriene utvidet til 2008 til 2018, grunnet få treff med datering etter 2013. Google Scholar ble benyttet for hovedsøkene her, grunnet få og lite relevante treff i de andre databasene. Dette førte til at kildene i større grad måtte kontrolleres før litteraturen kunne benyttes, for å sikre kvaliteten. I denne delen av litteratursøket ble relevans hovedkriterium for utvelgelse, og både kvalitative og kvantitative studier, samt teoretiske artikler ble inkludert i den endelige utvelgelsen. Dette er for å få belyst flere sider av de utvalgte virkningsmekanismene, og for å få en så bred forståelse av mekanismene som mulig.

### **Begrensninger**

Det finnes i dag en stor litteraturlite for integrerte behandlingsformer for BPF. Spesielt DBT har det blitt gjort flere studier på, men også MBT begynner å få en relativt bred base av litteratur og studier som underbygger behandlingsformens effekt i møte med BPF. På bakgrunn av oppgavens begrensninger knyttet til tid og omfang, vil sannsynligvis ikke hele feltet være dekket. Dette er ikke en systematisk litteraturlitegjennomgang av virksomme faktorer i DBT og MBT. Oppgaven har ikke som formål å dekke alt som finnes av litteratur eller forskning på feltet. Studier og forskning har blitt selektert på bakgrunn av relevans for

problemstillingen. Relevant litteratur kan ha blitt utelatt eller oversett.

Det er flere svakheter ved flere studier som ser på effekt av MBT og DBT. I følge Bateman & Mulder (2015) sin gjennomgang er de hyppigst forekommende små utvalg i studiene, og relativt kort oppfølging av deltakerne. Mange av studiene benytter for brede utfallsmål på effekt, og har i liten grad kontrollert for samtidige psykologiske vansker eller psykopatologi hos deltakerne (Bateman & Mulder, 2015). Flere av faktorene, som i denne oppgaven er trukket frem som virkningsfulle faktorer i DBT eller MBT, har det ikke blitt forsket på. Forskning, som støtter opp under disse faktorene som virkningsfulle, er derfor hentet fra studier som ikke nødvendigvis har vært spesifikt rettet mot behandlingsmetodene eller pasientgruppen denne oppgaven omhandler. Operasjonaliseringen av begreper, og ulike begreper benyttet for liknende fenomener, kan påvirke søket og selekteringen av litteraturen.

### **Borderline personlighetsforstyrrelse**

En stor, norsk studie viser at omtrent 13 % av befolkningen mellom 18 og 65 år oppfyller kriteriene for en eller flere personlighetsforstyrrelser (PF) (Korsgaard, 2010). Forekomsten av BPF er usikker, da data varierer fra 0,2 – 1,8 % (Malt, 2016), men mange opererer med en forekomst på 0,7 % i Norge (Thorsrud, 2014). I den kliniske populasjonen er forekomsten langt høyere; mellom 10 – 20 % i polikliniske sammenhenger, og 15 – 25 % blant inneliggende pasienter (Thorsrud, 2014). Komorbiditet ved BPF er mer regelen enn unntaket. Ruslidelser er en av de hyppigst forekommende lidelsene med en samtidig BPF (Lindquist et al., 2013). Posttraumatisk stresslidelse og traumeerfaringer er også hyppig forekommende, noe som er relatert til at utrygg tilknytning og tilknytningstraumer er assosiert med begge disse lidelsene (Hals & Solbakken, 2015). Andre typiske komorbide lidelser er type I bipolar lidelse, panikkangst, generalisert angst, depresjon, bulimi, samt andre angst- og stemingslidelser (Grant et al., 2009). Ofte vil det også kunne være vanskelig å skille ulike PF

fra hverandre, og en pasient kan ha flere PF, eller flere trekk fra ulike PF (Malt, 2016).

## **Diagnostiske kriterier**

### **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM-5)**

I DSM-5 er de sentrale diagnostiske kriteriene for borderline personlighetsforstyrrelse signifikante forstyrrelser i personlighet, og i interpersonell fungering. Nedsatt personlighetsfunksjon kommer til uttrykk som problemer knyttet til identitet eller fastholdelse av personlige mål eller verdier. Svikt i interpersonell fungering er knyttet til nedsatt evne til empati, eller nedsatt evne til å inngå i vedvarende nære, trygge og intime relasjoner med andre. I tillegg kjennetegnes BPF av negativ affekt, gjerne i form av emosjonell ustabilitet, engstelse, separasjonsangst eller frykt for avvisning, eller følelse av håpløshet og tomhet. Gruppen kjennetegnes av manglende evne til inhibering, ofte i form av impulsivitet eller risikoatferd, samt fiendtlighet. For å oppnå kriteriene for en BPF-diagnose i henhold til DSM-5, må symptomene være relativt stabile over tid, og på tvers av ulike situasjoner, at symptomene ikke bedre kan forstås gitt individets sosiale eller kulturelle kontekst, eller at funksjonsnedsettelsene ikke alene er forårsaket av direkte fysiologiske effekter av ulike typer substanser eller medisinske tilstander (American Psychiatric Association, 2013).

### **International Classification of Diseases 10 (ICD-10)**

I ICD-10 er tilsvarende lidelse betegnet som emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type. De diagnostiske kriteriene for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er impulsivitet og manglende konsekvenstenking, uforutsigbart og ustabil stemningsleie, tendens til intense emosjonsutbrudd, samt manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline type er i tillegg karakterisert av forstyrrelser i selvilde, mål og indre verdier, preget av en kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile relasjoner til andre, samt tendens til selvdestruktiv atferd. De generelle kriteriene for personlighetsdiagnoser må oppfylles for at diagnosen kan stilles.

Disse består av at trekkene må være et mønster av atferd som har varighet over tid, og som avviker fra kulturelle normer innen kognisjoner, affektivitet, interpersonell fungering og impuls kontroll. Mønsteret er lite fleksibelt, skaper ubehag for pasienten og/eller omgivelsene rundt pasienten, og kan ikke bedre forstås i lys av andre psykiske lidelser eller fysiske påvirkninger som rusmiddelbruk eller andre organiske lidelser (Helsedirektoratet, 2013).

### **Vansker i terapi**

Personlighetsforstyrrelser (PF) har blitt ansett som «uhelbredelige» lidelser frem til begynnelsen av 1990-tallet (Korsgaard, 2010; Falkum, 2008). Særlig pasientgruppen diagnostisert med BPF blir av mange behandlere vurdert som en krevende gruppe å behandle, mye grunnet symptomer som suicidalitet, emosjonell ustabilitet og dårlig evne til emosjonsregulering både i forhold til seg selv, og i relasjon til andre. Symptomatologien knyttet til BPF, som sensitivitet inn i sosiale relasjoner, ustabilitet i stemningsleie og humør, lav terskel for høy emosjonell aktivering, og trekk som fiendtlighet og eksplosive følelsesutbrudd og atferd, vil være utfordrende å møte i behandling. Pasientgruppen har høyere risiko for frafall i behandling enn andre pasientgrupper (Wnuk et.al., 2013). Også i spesialiserte behandlingsformer for BPF er frafallsprosenten høy, og antatt å være knyttet til lav toleranse for emosjonell aktivering, høyt angstnivå, sinneproblematikk og fiendtlige trekk, unnvikelsesstrategier, og annen pågående psykopatologi knyttet til BPF (Rüsch et al., 2008).

Sensitivitet i interpersonelle forhold er nært knyttet til relevante problemstillinger i terapi, særlig i forhold til alliansedannelse og -vedlikehold. Oppnåelse av en god allianse har sammenheng med faktorer som opplevd trygghet og åpenhet i relasjonen, og en opplevelse av å bli hørt og forstått i terapi (Norcross, 2011). Frykt for avvisning og kritikk, fiendtlighet, tendens til idealisering og devaluering, og vansker knyttet til nyansering av oppfatninger av seg selv og andre, er faktorer som kan gjøre terapi til en utfordring med denne pasientgruppen.



Svingende stemningsleie, og hyppige opplevde kriser og vansker i hverdagen, kan bli en utfordring i den terapeutiske settingen. Dette kan påvirke evnen til å holde fokus i terapi. Hendelser eller situasjoner utenfor terapirommet oppleves så påtrengende at pasienten ikke evner å holde fokuset på det som skjer i terapirommet. Akutte eller opplevde kriser, og den høye emosjonelle aktiveringen som følger, fører til at konsentrasjon og oppmerksomhet svikter. Gitt teori og studier som støtter hypotesen om at terapeutisk utbytte blir størst når pasienten er innenfor toleransevinduet for optimal aktivering (Nordanger & Braarud, 2014), kan det tenkes at pasienter som lett blir trigget av emosjonelt stimuli ofte vil oppleve at aktiveringen blir for høy i terapi. Et vesentlig aspekt ved BPF er emosjonell dysregulering (Ibraheim, Kalpakci, & Sharp, 2017), og for høy aktivering kan være med på å forklare vansker knyttet til motivasjon og fokus i terapi, som igjen påvirker vansker med progresjon i behandlingen.

Pasienter med BPF-problematikk og suicidale tendenser er en spesielt utfordrende pasientgruppe å ha i behandling. Mange behandlere opplever at de i møte med denne pasientgruppen ikke er den beste versjonen av seg selv terapeutisk, og at pasientene vekker en del uheldige motoverføringsreaksjoner (Larsen, 2017). Dette kan være knyttet til de stadige svingningene som pasienten går gjennom, manglende progresjon i behandlingen, pasientens rigiditet i tanke- og handlingsmønster, stadige misforståelser og interpersonelle vansker eller andre lignende hendelser og reaksjoner i den terapeutiske relasjonen. Det kan også oppleves utmattende å stå i terapeutiske relasjoner med pasienter, som bedriver selvskading eller har suicidale tendenser. Suicidalitet, kronisk suicidalitet eller selvskadende atferd oppleves ofte svært dramatisk, og vekker gjerne intense reaksjoner hos behandlere. Samtidig kan man som behandler oppleve et sterkt press, fra flere hold, om å ta ansvar for pasientens liv og helse. Dette kan også skape en frykt for å ta beslutninger som kan gi uønskede, eller i verste fall fatale, konsekvenser (Berglund, Frøysaa & Siqveland, 2015). Utmattelse, frustrasjon eller

andre negative følelser kan påvirke behandleres evne til empati, eller andre sentrale terapeutfaktorer for utfall i terapi med denne pasientgruppen.

### **Mentaliseringsbasert terapi**

Karterud (2013) definerer mentaliseringsbasert terapi (MBT) som «*en manualisert metode som bygger på en ikke-vitende holdning om subjektets emosjonelle opplevelser*» (Karterud, 2013, Tidsskrift for Norsk psykologforening, side 759). Terapiformen vokste frem på 90-tallet som en behandlingsmetode rettet mot borderline personlighetsforstyrrelse, basert på en teoretisk forståelse av utviklingen av lidelsen forankret i tilknytningsteori, biologisk teori, sosialiseringsteori og forskning på blant annet emosjonsregulering (Bateman & Fonagy, 2016). MBT er i dag internasjonalt anerkjent som en godt dokumentert behandlingsform for personlighetsproblematikk, og da spesielt for BPF (Oslo universitetssykehus HF, 2011; Haskayne, Hirschfeld & Larkin, 2014).

### **Mentalisering**

Mentalisering som begrep kan kort forklares som menneskets evne til å forestille seg indre tilstander i selvet og hos andre, samt evnen til å forklare egen og andres atferd ut i fra disse imaginære indre tilstandene. En viktig del av mentaliseringsevnen er også bevisstheten om at det er *forestilte* indre tilstander, og at man i virkeligheten aldri med sikkerhet kan vite noe om andres indre liv. Uten evnen til mentalisering antas det at individets selvpersepsjon, samt evne til konstruktiv interaksjon med andre mennesker, vil forringes. Oppsummert kan man si at mentalisering omhandler en imaginær prosess hvor mennesker oppfatter og fortolker egen eller andres atferd, ut i fra forestillinger om indre tilstander. Denne prosessen krever dermed en evne til å analysere konteksten for uttrykt atferd opp mot tidligere mønster av atferd, samt erfaringer som individet har blitt eksponert for. Denne prosessen kan være bevisst og kontrollert, men foregår stort sett i førbevisstheten som en relativt automatisk og intuitiv

prosess (Bateman & Fonagy, 2016). Mentalisering er klart assosiert med aktivering i midtre prefrontale områder i hjernen, og det antas at prosessen i stor grad er knyttet til funksjoner i det paracingulære området. Dette er en kompleks prosess, som mest sannsynlig involverer flere kortikale systemer, hvor flere ulike systemer i hjernen er involvert i de ulike aspektene ved mentalisering (Bateman & Fonagy, 2016).

### **BPF i lys av MBT**

Den teoretiske rammen for forståelse av mentalisering, bygger i stor grad på Bowlbys tilknytningsteori fra 1988 (Bateman & Fonagy, 2005). Grunnmuren for mentalisering antas å dannes i barndommen, gjennom omsorgsgiveres speiling av barnet. En speiling av barnets emosjonelle tilstand innebærer at omsorgsgiver evner å identifisere korrekt emosjon hos barnet, samt uttrykke denne tilbake til barnet på en markert måte. En markert speiling er ikke en eksakt gjengivelse av det emosjonelle uttrykket, men en noe forvrengt eller overdreven gjengivelse. På denne måten kan barnet både få hjelp til å identifisere emosjonen det opplever, og samtidig ta eierskap i den, heller enn å oppfatte emosjonen som å tilhøre omsorgsgiveren. Denne speilingen har som funksjon å hjelpe barnet til å identifisere og forstå egne emosjonelle reaksjoner, noe som videre hjelper dem å regulere de emosjonelle tilstandene det opplever. Omsorgsgiverne uttrykker slik sine egne primære forestillinger om mentale tilstander. Etter hvert, gjennom kontingent speiling, vil disse internaliseres hos barnet som sekundære forestillinger. Denne prosessen øker gradvis barnets kapasitet for mentalisering og barnets evne til å identifisere og regulere egne følelser (Bateman & Fonagy, 2016). Funn fra flere studier indikerer at et fravær av slik markert speiling i barndommen er assosiert med utviklingen av dissosiert tilknytning. Denne formen for tilknytningsstil er videre assosiert med atferd som dissosiasjon og selvskading, samt senere utvikling av opposisjonell og vanskelig atferd (Bateman & Fonagy, 2016). Et økende antall studier og publikasjoner viser at avvik i mentaliseringsevne er et sentralt trekk ved BPF (De Meulemeester,

Vansteelandt, Luyten & Lowyck, 2017).

Innenfor denne forståelsesrammen antar man at mentaliseringssvikt forekommer midlertidig hos alle mennesker, typisk grunnet høy emosjonell aktivering eller svekkede ressurser som resultat av stress og påkjenninger (Bateman & Fonagy, 2016). Mer varig eller alvorlig mentaliseringssvikt antas også å forekomme i nærmest alle psykiske lidelser, mens det anses som selve kjernen for pasienter som lider av BPF (Karterud, 2013). Fire hovedkomponenter i mentaliseringsmodellen er sentrale for å forstå utviklingen av BPF, og igjen prinsippene for behandling av BPF ved MBT.

1) For det første fremheves viktigheten av tidlig tilknytning, og relevansen for disorganisert tilknytning til primære omsorgsgivere i barndommen (Bateman & Fonagy, 2016). Flere studier støtter sammenhengen mellom utrygg tilknytning og utviklingen av PF i voksen alder (Mosquera, Gonzalex & Leeds, 2014). Tilknytningsstilen til individer med BPF er typisk kjennetegnet av en sterk ambivalens mellom behov for nærhet og intimitet, versus frykt for avhengighet og avvisning (Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2007). Kunnskap og forståelse av tidlig tilknytningserfaring og tilknytningsstil i voksen alder, er vesentlig i MBT behandling av BPF.

2) Markant svikt i mentaliseringsevne, og som følge av dette svikt i viktige sosialkognitive evner, har konsekvenser for individets kapasitet til å inngå i, og skape trygge relasjoner til andre mennesker (Bateman & Fonagy, 2016). Manglende evne til å forstå andres atferd, og ikke minst en liten evne til å nyansere egne tolkninger av andres atferd, skaper raskt misforståelser. Dette fører ofte til sterke reaksjoner og agering på egne indre forestillinger om andres indre liv. Sviktende sosiale ferdigheter er en vesentlig del av BPF, og også en viktig komponent i MBT.

3) Et vesentlig trekk ved BPF er disorganiseringen av selvstruktur, som viser seg gjennom uttalt ustabil selvbylde og selvfølelse. Disorganiseringen antas å være en konsekvens

av disorganiserte tilknytningsrelasjoner i barndommen, og beskrives som en svekket evne til å utøve mentalisering på selvet (Bateman & Fonagy, 2016). På grunn av den manglende eller feilaktige speilingen, og manglende anerkjennelsen, antas det at barnet etter hvert vil kunne utvikle et «fremmed selv». Om barnet ikke klarer å «finne seg selv» i omsorgsgiver antas det at barnet, grunnet behov for mening og sammenheng, vil internalisere et feilaktig bilde av seg selv. Dette vil senere føre til en følelse av å «ikke henge sammen», da individet har internalisert motstridende oppfatninger og forståelser av seg selv, og slik opplever en disorganisering av selvstruktur. Resultatet er ustabilitet i selvfølelse og selvforståelse, og svekket evne til emosjonsregulering (Bateman & Fonagy, 2005).

4) Svekket mentaliseringsevne, midlertidig eller vedvarende, er assosiert med intens aktivering, og ikke-mentaliserende tilstander som *psykisk ekvivalens* eller *forestillingsmodus*. En tilstand preget av psykisk ekvivalens fører til en overdreven tro på egne forestillinger, og en manglende evne til å skille indre forestillinger fra ytre realiteter. Som tidligere nevnt er dette et typisk trekk hos mennesker med BPF, hvor de tenderer å trekke slutninger, og agere på disse, uten en evne til å nyansere sin egen oppfattelse, eller generere alternative tolkninger. Forestillingsmodus er en tilstand av fravær av sammenheng mellom indre representasjoner og den reelle verden, også kjent som pseudomentalisering. Dette kan gjerne oppfattes i terapi som manglende aktivering hos pasienten når han/hun snakker om emosjonelt ladet innhold, eller som et klisjepreget språk. Disse tilstandene har liten regulerende effekt på emosjonelle tilstander. Ved psykisk ekvivalens vil aktiveringen typisk forhøyes og være vanskelig å nedjustere, mens det under forestillingsmodus ikke er noen reell sammenheng mellom emosjoner og kognitivt innhold, noe som heller ikke har reguleringsfremmende effekt. Disse tilstandene, og den manglende emosjonsregulerende funksjonen som medfølger, antas å generere selvskading, selvmordstanker, selvmordsforsøk, impulsive sinneutbrudd, og generelt

selvdestruktiv og dysfunksjonell interpersonell atferd, som er alle de typiske symptomene ved BPF (Bateman & Fonagy, 2016).

### **Dialektisk atferdsterapi**

Dialektisk atferdsterapi (DBT) ble utviklet av Marsha Linehan i løpet av 70- og 80-tallet, med formål å fungere som et bedre behandlingsalternativ til kronisk suicidale pasienter, og dermed også spesifikt rettet mot pasientgruppen diagnostisert med BPF. DBT har god empirisk støtte for behandlingseffekt på pasientgrupper med BPF. Linehan og kolleger har rapportert signifikant større effekt over en periode på ett år enn vanlig behandling for kronisk suicidale kvinner, både i forhold til nedgang i frekvens og varighet av parasuicidal atferd. I tillegg har de funnet større nedgang i opplevd og uttrykt sinne, samt bedring av sosiale ferdigheter (Robins & Rosenthal, 2011). Flere studier, og metaanalyser på effekt av DBT for BPF, støtter disse funnene, og støtter opp under DBT som virksom behandling for BPF (Little, Tickle & das Nair, 2017; McMMain, Guimond, Streiner, Cardish & Links, 2012; Kliem, Kröger & Kosfelder, 2010; Cristea, Gentili & Cotet et.al., 2017).

### **Dialektikk**

DBT bygger på en antagelse om at suicidal og parasuicidal atferd er et uttrykk for vansker med å håndtere emosjonelt ubehag og personlige kriser. Denne delen av BPF krever dermed en behandling med fokus på utvikling av bedre emosjonelle reguleringssevner, i tillegg til utviklingen av strategier som kan bidra til utviklingen og opprettholdelsen av et liv som anses som verdt å leve for. DBT tar høyde for typiske problemstillinger i behandling av BPF, som sensitivitet for kritikk, emosjonell dysregulering og sosiale vansker. At pasienten opplever det som kritikk eller anklagende dersom behandler har overdrevent fokus på endring, antas å kunne føre til reaksjoner som sinne og frafall fra terapi. Samtidig kan en behandlingsform uten fokus på endring oppleves som lite anerkjennende i forhold til

pasientens opplevde vansker, eller som at symptomene og vanskene ikke tas på alvor. Dette vil også kunne skape reaksjoner hos pasienten som sinne og håpløshet (Robins & Rosenthal, 2011). Disse hypotesene om endrings- og akseptfokus i terapi leder til tankesettet som ligger til grunn for DBT. Dialektikk som begrep omhandler hvordan motsetninger, teser og antiteser, kan møtes og gå inn en ny enhet; en syntese (Tranøy, 2017). DBT er en behandlingsform som kan omfavne behovet blant BPF-pasienter for både aksept og endring. Gjennom behandlingsstruktur og metode er målet at behandlingen skal hjelpe pasientene til selv å håndtere denne ambivalensen mellom ulike behov (Koerner, 2011).

### **BPF i lys av DBT**

Linehan's biososiale teori forklarer hvordan kjerneproblematikken for BPF utvikles, og hvordan det fører til de utfordrende sekundære vanskene og symptomene. Hovedproblemet ved BPF, i følge Linehan, er emosjonell dysregulering. Denne emosjonelle dysreguleringen antas å stamme fra en kombinasjon av sårbarhet i individet, i form av genetisk opphav og biologi, og et invaliderende miljø. Den biologiske sårbarheten, som Linehan hevder er kjernekaraktistikken ved BPF, er tredelt: 1) sensitivitet for emosjonelle stimuli, noe som fører til kort latenstid mellom stimuli og emosjonell reaksjon, 2) høy reaktivitet i form av høy intensitet i både opplevelse og uttrykkelse av emosjoner, og 3) langvarig aktivering etter emosjonell aktivering, eller treg tilbakeføring til baseline. Studier viser til funn som tyder på at mennesker som oppfyller kriteriene for BPF typisk opplever tilstander preget av emosjonelt ubehag hyppigere, mer intenst og med lenger varighet enn kontrollgrupper (Koerner, 2011).

Videre antas det at vedvarende emosjonell dysregulering, som kjennetegner BPF, også utvikles og blir kroniske i møte med et invaliderende miljø. I likhet med MBT, er oppvekst og omsorgsgivere i barndommen av vesentlig betydning for hvordan DBT forstår BPF. Hypotesen er at i normal og sunn emosjonell utvikling vil omsorgsgivere, ved hjelp av validering, typisk respondere på barnas emosjonelle uttrykkelse på en måte som styrker linken

mellom stimuli, primære emosjoner og sosialt passende former for emosjonell uttrykkelse. Parallelt med dette vil også omsorgsgivernes invaliderende responser svekke linken for sosialt upassende former for emosjonell uttrykkelse. Ingen oppvekstmiljø eller foreldre er perfekte eller helt optimale, og slik har alle mer eller mindre funksjonelle og dysfunksjonelle måter å forstå og uttrykke emosjonelt innhold. Under utviklingen av BPF vil miljøet konsekvent, og over lengre tid ikke respondere adekvat på barnets primære emosjoner og dets uttrykksformer. Barnet vil etter hvert utvikle en betinget frykttrespons i møte med emosjonelle tilstander. Frykten for å bli invalidert kan føre til unnvikelse av emosjonell uttrykkelse, eller å kjenne på den emosjonelle tilstanden. Dette kan føre til en hypersensitivitet for både emosjonelt stimuli, og for invaliderende responser (Koerner, 2011).

Oppsummert, i et DBT-perspektiv, utvikles BPF gjennom en kombinasjon av medfødt sårbarhet for emosjonell dysregulering, og et invaliderende miljø. Den medfødte sårbarheten, preget av sensitivitet, høy reaktivitet og langvarig aktivering antas også å vekke invalidering i miljøet. I tillegg vil det invaliderende miljøet forsterke de dysfunksjonelle mestringsstrategiene hos det sårbare individet. Slik blir det en vond sirkel som stadig fornyer og forsterker vanskene. DBT søker dermed, gjennom struktur og metode, å bryte denne sirkelen gjennom en dialektisk tilnærming, med fokus på både aksept og endring (Koerner, 2011).

### **Likheter og ulikheter i behandlingsmodellene**

Et sentralt mål i MBT er å øke pasientens evne til mentalisering. Økt mentaliseringsevne vil redusere hovedsymptomene ved BPF, som oppsummeres som ustabilitet i selvforståelse og selvfølelse, relasjonelle vansker og emosjonell dysregulering. MBT har en klar struktur i behandlingen, og et tydelig fokus på den terapeutiske prosessen. Spesifikke metoder og øvelser er valgt ut for å understøtte, og medvirke til utviklingen av, pasientens mentaliseringskapasitet. Hensikten er å bedre BPF-pasienters tilknytningsmønster,



sosiale ferdigheter og reguleringsevner inn i relasjonelle forhold, og å omorganisere pasientenes selvstruktur. Gjennom disse prosessene søker MBT å oppnå stabilisering av selvfølelse og selvbylde, samt en generell reduksjon av destruktiv atferd som blant annet livsforringende impulsivitet, og parasuicidal- og suicidal atferd.

I likhet med MBT har også DBT en behandlingsform bestående av både individuell terapi og gruppeterapi. Kombinasjonen av individual- og gruppeterapi er i DBT argumentert for på bakgrunn av endring gjennom tilegnelse av nye mestringsstrategier, og vansker knyttet til hyppig forekommende opplevde livskriser blant BPF-pasienter. Gruppeterapien er slik tiltenkt å ha fokus på nettopp psykoedukasjon, tilegnelse av nye ferdigheter og øvelse, mens individualterapien er ment å skulle forholde seg til motivasjonelle dilemma, samt pågående kriser og vansker for pasienten. DBT har også spesifikke moduler med egne tiltenkte terapeutiske funksjoner, og et fast oppsett av terapeutiske målsettinger i behandlingen (Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun, 2007). Innenfor MBT anses gruppeterapi som en viktig kilde til, og ikke minst en treningsarena for mentalisering. På lik linje som DBT anerkjenner MBT vansker knyttet til frafall, og individualterapi benyttes i stor grad som motiverende for å opprettholde oppmøte i gruppeterapi (Bateman & Fonagy, 2016).

## **Teori**

Teoretisk skiller de to behandlingsformene seg med tanke på opphav. MBT stammer fra tilknytningsteori forankret i psykodynamisk tradisjon, kognitiv nevrovitenskap og utviklingspsykologi. DBT stammer fra en mer behavioristisk retning, med røtter innenfor sosial behaviorisme og tradisjonell atferdsterapi, som også omfatter mindfulness og dialektikk (Swenson & Choi-Kain, 2015). Likevel er det likheter i forståelsen av BPF, og utviklingen av lidelsen. Linehan's biososiale modell fokuserer på medfødt sårbarhet i møte med et invaliderende miljø som forklaring på psykopatologien bak BPF. På lik linje anser MBT manglende validering og dårlige mentaliseringsvilkår i tilknytningen som forklaringsmodell

for utviklingen av BPF. MBT anser også medfødt sårbarhet, blant annet vanskelig temperament, som en medvirkende faktor, som også kan øke risikoen for manglende speiling fra omsorgsgivere. I tillegg er begge modellene opptatt av emosjonell dysregulering som et kjernesymptom ved BPF, både i forhold til individuelle faktorer, og i relasjon til andre mennesker. Den emosjonelle dysreguleringen anses av både MBT og DBT som både forklart av et lite validerende miljø, samt som utløsende for invalidering.

## **Struktur**

Strukturen i DBT er satt sammen av fem behandlingsmoduler med spesifikke behandlingsfunksjoner for å jobbe med spesifikke problemområder, med varighet på 18 måneder. Disse er 1) gruppeterapi, med mål om utvikling av nye ferdigheter, 2) individualterapi, med mål om bevaring av motivasjon og engasjement i terapi, 3) telefonkontakt og konsultasjon mellom timene, med mål om generalisering av ferdigheter tilegnet i terapi, 4) ukentlige teamkonsultasjonsmøter, med mål om bevaring av terapeutenes motivasjon og ferdigheter, og 5) strukturering av pasientenes miljø, med mål om å skape en bedre kontekst for pasienten å jobbe med vanskene sine i (Brager-Larsen et al., 2007). Til sammenligninger består standardisert, tradisjonell MBT av ukentlig gruppeterapi og individualterapi over en periode på 18 måneder. Behandlingen inneholder en utredningsfase, psykoedukasjon, og i enkelte tilfeller også spesifikke psykoedukative grupper i forkant av gruppe- og individualterapien (Karterud, 2013). I tillegg foreligger det en forventning om at institusjoner som benytter MBT også er mentaliserende i den forstand at terapeutene, da både gruppeterapeutene og individualterapeutene samarbeider og har en åpen dialog, og bedriver kollegial veiledning og oppfølging av hverandre (Arefjord, Karterud & Lossius, 2014). Selve strukturen, basert på en integrasjon av gruppe- og individualterapi, samt tett dialog og samarbeid mellom behandlende terapeuter, er altså et kardinalkjennetegn ved både MBT og DBT. Den store forskjellen i struktur er DBT sin bruk av telefonkonsultasjon utenom terapi.

### **Telefonkonsultasjon.**

I klassisk DBT-behandling har pasientene tilgang på terapeut via telefon 24 timer i døgnet, 7 dager i uken så lenge de er i behandling. Dette er noe ulikt praktisert, hvor enkelte instanser som tilbyr DBT-behandling i Norge har avgrensede tidspunkt hvor pasienten kan nå terapeuten (Milde, 2017). Prinsippet, og målsettingen med telefonkonsultasjon utenom de faste møtetidspunktene er likevel det samme; at klientene skal ha mulighet for å ta kontakt med, og få hjelp av terapeuten under opplevde kriser. Ofte, spesielt i startfasen av terapi, vil mange pasienter oppleve at ferdighetene tilegnet i terapi ikke er like tilgjengelige eller anvendelige i hverdagen, gjerne grunnet den høye aktiveringen under opplevde kriser og emosjonelle tilstander. Telefonkonsultasjonen skal være til hjelp for pasienten ved at de får veiledning under spesifikke hendelser til å benytte strategier og ferdigheter som er mer adaptive enn dysfunksjonelle strategier som selvskading eller annen parasuicidal atferd. Målet er at dette skal hjelpe pasientene til å benytte, og generalisere ferdigheter tilegnet i terapi i reelle situasjoner og at det etter hvert i forløpet vil bli mindre og mindre behov for å ringe terapeuten (Robins & Rosenthal, 2011).

### **Strukturering av miljø.**

Den femte modulen i DBT søker å bedre miljøet og klimaet rundt pasientene, og kan innebære tverrfaglig samarbeid, eller veiledning av pasienten i møte med de ulike instansene som har påvirkning på pasientens livssituasjon og hverdag. Det kan også innebære en involvering eller aktivering av det sosiale nettverket rundt pasienten, med formål om å skape en støttende og ivaretakende kontekst rundt pasienten. Dette er slik ment å støtte behandlingen, og potensielt også bidra til å effektivisere og maksimere behandlingseffekten (Milde, 2017). Denne modulen innenfor DBT er mindre anvendt i praksis, og får generelt mindre oppmerksomhet i både litteratur og forskning.

### **Integrert gruppe- og individualterapi.**

DBT-gruppeterapi er svært strukturert, og ligner en undervisningssituasjon, hvor gruppelederne holder foredrag og organiserer gjennomgang av oppgaver i gruppen (Milde, 2017). MBT-gruppeterapi er mindre strukturert enn DBT-gruppeterapi, og har større fokus på bruk av gruppen som arena for sosial ferdighetstrening. MBT-gruppeterapi innebærer også gruppeoppgaver, og en viss grad av undervisning, men mest sentralt er at deltakerne skal få muligheten til å se hverandres perspektiver, dele opplevelser og få utviklet mentaliseringsevnen i et sosialt fellesskap (Karterud, 2012).

Gruppeterapi i DBT har hovedfokus på psykoedukasjon og ferdighetstrening, med egen utviklet arbeidsbok som deltakerne skal jobbe med gjennom behandlingen. I denne delen av behandlingen ligger fokuset på endring gjennom tilegnelse av nye, mer adaptive strategier for emosjonsregulering, mulighet for sosial trening og ferdigheter knyttet til toleranse for emosjonelt stimuli. Dette er en svært vesentlig komponent innenfor DBT, og det er derfor også strenge rammer knyttet til behandlingen for å forsikre forpliktelse i form av regelmessig oppmøte, samt protokoller for kontakt pasientene i mellom for å forsikre at fokuset i behandlingsforløpet ikke blir forstyrret. Eksempelvis vil man typisk i et DBT-forløp informere om pasientens ansvar for å møte til gruppeterapien, med konsekvens om utestengelse fra terapi en viss periode om dette ikke følges opp. I tillegg vil man gjerne gå gjennom regler knyttet til kontakt pasientene i mellom, for å forhindre at intime relasjoner oppstår innad i gruppen. Dette er grunnet erfaringer med at intime relasjoner innad i en slik gruppebehandling vil kunne bli et forstyrrende element for behandlingen av ulike årsaker (Milde, 2017).

En typisk problemstilling i behandling av BPF er de hyppig opplevde krisene hos pasientene, som kan virke forstyrrende på behandlingsforløpet. Den forstyrrende funksjonen er et resultat av høy emosjonell aktivering, noe som igjen fører til at pasienten har vansker

med å holde fokus på terapiens planlagte tema eller agenda. Det kan også ha følger for pasientens motivasjon inn i terapi, da andre tema synes å være viktigere for pasienten i øyeblikket (Milde, 2017). For å adressere dette problemet kan det synes nødvendig å nettopp tillate at pasienten tar opp sine egne temaer i terapi, noe som innenfor DBT løses ved at selve ferdighetstreningen skjer i grupper, mens pasientens egne tema og kriser kan få rom i individualterapi. Her vil også terapeuten og pasienten få anledning til å jobbe med vansker innad i gruppeterapien, eller andre tema som kan ha påvirkning på pasientens forpliktelse til, og motivasjon for behandlingsforløpet (Koerner, 2011).

Gruppeterapi er også ansett som en svært viktig del i MBT, og det er utarbeidet egne retningslinjer for mentaliseringsbasert gruppeterapi med formål om å øke gruppeterapeutens kapasitet for å kontrollere at gruppeterapiens funksjon er av mentaliseringsstøttende art (Karterud, 2012). Hovedformålet er at gruppeterapien skal fungere som en treningsarena for mentaliseringsevne. Pasientene får anledning til å uttrykke og prøve ut egne tolkninger, og ikke minst få direkte tilbakemelding fra de andre i gruppen. I tillegg får pasientene tilgang på andres tolkninger og forståelse, noe som antas å øke pasientenes kapasitet for å forstå at tolkninger kan være svært ulike, og at det ikke finnes kun én enkelt måte å forstå atferd og hendelser på. Gruppeterapien har som formål å øke pasientenes mentaliseringsevne gjennom eksplisitt mentalisering og konkrete mentaliseringsøvelser, i tillegg til et prosessuelt arbeid med mentaliseringsevne på et implisitt nivå. Eksplisitte mentaliseringsøvelser kan for eksempel være at gruppedeltakerne får i oppgave å skrive ned sine tolkninger av en imaginær hendelse, eksempelvis et bilde, en filmsnutt eller en fortelling. Videre vil deltakerne få anledning til å dele sine tolkninger, og sammenligne med hverandre, og slik få erfaring og innsikt i mangfoldet av potensielle fortolkninger. Dette søker å øke pasientenes evne til å generere flere tolkninger, og slik nyansere sine egne oppfatninger (Bateman & Fonagy, 2016). Gruppeterapeuten vil også ha i oppgave å kontinuerlig overvåke

dynamikken i gruppen, og hjelpe deltakerne å jobbe med implisitt mentalisering. Det er ikke usannsynlig at misforståelser, konflikter og negative opplevelser og følelser får utspille seg i gruppeterapi med BPF-pasienter, gitt den grunnleggende psykopatologien som preger denne pasientgruppen (Karterud, 2013). Terapeutens oppgave blir her å hjelpe deltakerne rette oppmerksomheten mot samspillet i gruppen, potensielle misforståelser og konflikter, for å stimulere til mentalisering rundt erfaringer i gruppen, både implisitt og eksplisitt. Gruppeterapien er også en arena hvor pasientene oppfordres til å bringe inn reelle, relevante problemstillinger for diskusjon innad i gruppen (Karterud, 2013).

Individualterapi gir anledning til å danne en trygg tilknytning for pasienten, som videre kan benyttes som en arena hvor pasienten får anledning til å fokusere på detaljer i mentaliseringsprosessen (Daubney & Bateman, 2015). Individualterapien blir slik også et sted hvor pasienten får muligheten til å ta opp vansker i gruppeterapien, noe som kan bidra til større utbytte av gruppeterapien. Det er lavere terskel for å ta opp pågående kriser, vansker eller dilemma i individualterapi, hvor individualterapeuten videre kan oppfordre til å ta opp de samme problemstillingene også i gruppeterapien. Det antas at individualterapien kan være viktig for å opprettholde pasientens motivasjon for behandlingen, og for å delta på gruppeterapi. Det er gjort få studier som ser på nødvendigheten av integrasjon av gruppe- og individualterapi, noe som gjør det vanskelig å fastslå hvorvidt det er nødvendig med begge terapiformene, eller om en av terapiformene har større effekt enn den andre (Daubney & Bateman, 2015).

### **Teamsamarbeid.**

Teamkonsultasjonsmøter holdes som regel i faste intervaller, gjerne ukentlig, og ofte med krav om oppmøte for alle terapeuter som jobber i DBT-teamet. Arbeid med BPF, suicidal og parasuicidal atferd er en stor påkjenning, og faren for utbrenthet og utmattelse blant terapeutene er ofte stor. I tillegg kan BPF-pasienter vekke en rekke reaksjoner i terapeutene,

som kan være uforenelige med den terapeutiske holdningen som kreves innenfor en DBT-tilnærminger (Milde, 2017). Teamkonsultasjonen har dermed som målsetting å indirekte være til gagn for pasientene og behandlingen, gjennom å opprettholde motivasjonen til terapeutene, samt vedlikeholde den faglige kompetansen og terapeutenes ferdigheter gjennom regelmessig kollegial veiledning, støtte og problemdrøfting. Bateman og Fonagy (2016) understreker også viktigheten av å opprettholde en mentaliserende holdning innad i behandlingsenheten, både implisitt, men også eksplisitt gjennom ukentlig veiledning og teammøter. Bateman og Fonagy (2016) viser også til evidens for at selve atmosfæren på en slik enhet påvirker effektiviteten av intervensjoner og behandlingsutfall. God moral blant staben i form av positive, optimistiske og entusiastiske holdninger og en god, og åpen dialog terapeutene i mellom er avgjørende for at behandlerne skal trekke i samme retning når det kommer til hver enkelt pasient.

## **Metode**

Den orienterende fasen, og fase 1 av behandlingsforløpet i MBT er det som har fått mest oppmerksomhet, både i forskningen og litteraturen. Fase 2 av behandlingen har mål om å redusere problematferd, samt bearbeide traumeerfaringer, noe som anses som vanskelig før ferdighetene fra fase 1 er tilegnet. Fase 3 består i hovedsak av selvutvikling gjennom økt selvrespekt og oppnåelse av individuelle mål. Fase 4 er rettet mot pasienter med behov for en større mening for å oppleve optimal livskvalitet (Brager-Larsen et al., 2007). I og med at den orienterende fasen og fase 1 er den delen av behandlingen som spesifikt er rettet mot sentrale problemområder i BPF, og som er mest benyttet i behandlingen av denne pasientgruppen, er dette også den delen i DBT som vil få mest oppmerksomhet her. Dette er behandlingen som oftest gis til BPF-pasienter i Norge når de får DBT, i tillegg til at dette er delen av behandlingen som er mest sammenlignbar med MBT og andre behandlingsformer.

### **Forberedelse og forpliktelse til behandling.**

MBT-behandlingsforløpet er lagt opp i til sammen fire faser, i tillegg til en orienterende fase. I den orienterende fasen er målet å begynne alliansebyggingen, samt gi nødvendig informasjon om behandlingen og oppnå en forpliktelse til, og motivasjon for behandlingen. Den orienterende fasen antas å redusere sannsynligheten for at pasienten avslutter behandlingen prematurt, samt å være nyttig for å opprettholde motivasjon og forpliktelse underveis i behandlingen (Brager-Larsen et al., 2007). I den orienterende fasen er de overordnede målene å komme til enighet rundt målsettinger i terapi, og at pasienten skal forplikte seg til behandlingsplanen. En vurderingsprosess og diagnostisering bidrar til forhandling om målsetting, og videre benyttes psykoedukasjon og samtale for å oppnå en forpliktelse fra pasienten (Swenson, Sanderson, Dulit & Linehan, 2001). For at behandlingen skal gi optimal effekt må en reell forpliktelse til terapi oppnås.

Innenfor MBT er utredningsfasen ved oppstart ved behandlingen mye lik den orienterende fasen i DBT. Bateman & Fonagy (2016) understreker viktigheten av utredningsfasen, og advarer mot å forstå denne delen av behandlingsforløpet som en adskilt prosess fra selve behandlingsprosessen. Det overordnede målet i den initiale fasen er en kartlegging og evaluering av pasientens mentaliseringsevne, noe som også innebærer diagnostisering av BPF, psykoedukasjon, samt utviklingen av terapeutiske målsettinger, rammer og betingelser for behandlingen, samt behandlingsplan og kriseplan. MBT understreker viktigheten av åpenhet og transparens i møte med pasientene, for å minske usikkerhet, fremme forståelse og god mentalisering. Dermed blir det også en naturlig konsekvens at utredningen og diagnostiseringen skal foregå med åpenhet og ærlighet ovenfor pasienten. Utredning, diagnostisering, psykoedukasjon om mentalisering og mentaliseringssvikt, samt utviklingen av, og forståelse av BPF i et mentaliseringsperspektiv, anses som viktige elementer i MBT. Denne delen av terapien har som målsetting å forberede



pasienten på behandlingen, øke pasientens forpliktelse til terapi, skape en felles forståelse av vanskene og veien ut av disse, og ikke minst danne grunnlaget for en god terapeutisk allianse (Arefjord et al., 2014; Bateman & Fonagy, 2016).

### **Det harde arbeidet.**

Etter at målsettingene i den orienterende fasen er oppnådd går behandlingen videre til fase 1. Denne har fire tydelige hierarkiske målsettinger: 1) Reduksjon av livstruende og selvskadende atferd, 2) reduksjon av terapiforstyrrende atferd, 3) reduksjon av livskvalitetsforringende atferd, og 4) økning av atferdsmessige ferdigheter. Ved oppstart av et DBT-forløp inngår pasient og terapeut en avtale, eller en kontrakt, hvor pasienten forplikter seg til å unngå suicidal og parasuicidal atferd. Bruken av telefonkonsultasjoner utenom terapi er viktig for å bistå pasienten med dette målet, i tillegg til psykoedukasjon om, og innøvelse av strategier som kan benyttes når trangene for å utøve selvdestruktive handlinger kommer. Konkret kan en slik strategi være å ta en kald dusj, eller putte hodet i kaldt vann for å aktivere det parasympatiske nervesystemet slik at pasienten kan handle mer hensiktsmessig (Milde, 2017). Terapiforstyrrende atferd kan eksempelvis være at pasienten ikke møter opp til avtalt tid, ikke samarbeider i terapi, forstyrrer andre deltakere i gruppeterapi eller ikke følger opp planen som terapeut og pasient har blitt enige om (Swenson et al., 2001). Disse problemstillingene skal adresseres allerede i orienterende fase, noe som gjør atferden lettere å adressere når de oppstår senere i forløpet.

De fleste DBT-programmer vil informere pasientene om blant annet viktigheten av deltakelse, ha konsekvenser i form av utstenging fra behandlingsprogrammet en viss periode, samt gi et rasjonale for denne konsekvensen. Terapeuten skal være åpen og ærlig om hvorfor atferden er et problem, hva konsekvensen av atferden har for behandlingsforløpet, samt invitere til dialog om hvordan disse problemene kan løses. Når de to øvrige målsettingene er nådd kan behandlingen i større grad fokusere på reduksjon av atferd som har negativ effekt på

pasientens opplevde livskvalitet, samt økning av atferdsmessige ferdigheter. Fase 1 er dermed todelt, med både et fokus på reduksjon av destruktiv atferd parallelt med et fokus på økning av adaptiv atferd (Milde, 2017).

Innenfor MBT blir de to første målsettingene i fase 1 i DBT forsøkt avklart i startfasen gjennom stabilisering, utarbeidelse og signering av kontrakt, utforming av kasusformulering og en kriseplan. Disse elementene revurderes, og blir eventuelt endret eller tematisert i terapi utover i forløpet, men vil ikke få hovedfokus i fase 2 av et MBT-forløp. Likevel er mye likt, da det kan antas at man også i DBT vil kunne oppleve at man må gå tilbake til tidligere målsettinger om pasienten får tilbakefall, eller i perioder har vansker med å opprettholde en stabilitet innenfor de første målene i fase 1. Videre kan de to neste målsettingene i fase 1 av DBT, reduksjon av livsforringende atferd og økning av atferdsmessige ferdigheter, i større grad også gjenkjennes i hoveddelen av MBT-behandlingen. Gjennom opprettholdelse av den terapeutiske alliansen, integrasjon av individual- og gruppeterapi, og intervensjoner rettet mot økning av mentaliseringsferdigheter, søker MBT å redusere dysfunksjonell atferd. Samtidig vil adaptiv atferd økes gjennom tilegnelse av nye ferdigheter. En forskjell kan likevel identifiseres i DBT-manualens mer eksplisitte målformuleringer, samt konkretisering av øvelser og intervensjoner knyttet til disse. MBT fremstår som mer prosessuell i sin form, med større åpenhet for en fleksibilitet i forhold til fokus i terapi, og valg av intervensjoner og øvelser knyttet til dette.

### **Terapeutiske intervensjoner.**

Individualterapi i MBT har en manual, bestående av 17 spesifiserte intervensjonsledd. Denne omfatter mange av de prosessuelle og strukturelle faktorene i MBT, men er også utarbeidet som metodiske tilnærminger til psykoterapeutisk behandling. Den terapeutiske metoden, og strategiene benyttet i DBT, er stort sett formet ut i fra de to motsetningene *aksept* og *endring*. Gitt den dialektiske tilnærmingen er målet å finne en syntese av de to motpolene

gjennom ulike terapeutiske fremgangsmåter. Innenfor DBT er det i hovedsak fire ferdigheter som pasientene skal forsøke å tilegne seg. For *aksept* innebærer dette blant annet mindfulness-baserte ferdigheter, som skal hjelpe pasienten til å stå i, og holde ut ubehagelige eller vanskelige situasjoner, frustrasjoner og emosjoner. I DBT skal pasienten utvikle ferdigheter for adaptiv emosjonsregulering, samt sosiale ferdigheter (Brager-Larsen et al., 2007). Disse ferdighetene er i stor grad knyttet til DBT-gruppeterapi, men blir også tematisert i individualterapi for å oppnå en generaliseringseffekt, i tillegg til at de trenes på, og oppfordres til å benyttes i hverdagen, også via telefonkonsultasjon. Også MBT har nedfelt i sine prinsipper, i ledd 17, at erfaringer fra gruppeterapi skal integreres og bearbeides i individualterapi, slik at utbyttet fra begge formene blir størst mulig (Oslo Universitetssykehus, 2016).

Kommunikasjonsstilen hos DBT-terapeuter er preget av syntesen av *aksept* og *endring*. Den beskrives av Linehan (2011) som en balansering av «reciprocal» («gjensidig») og «irreverent» («respektløs») stil. En gjensidig kommunikasjonsstil preget av varme, genuin interesse, omtanke og involvering fra pasientens side gjenspeiler at terapeuten søker å oppnå likeverd mellom seg selv og pasienten. Dette er kommunikasjonsformen som i størst grad skal prege terapien og mest benyttes i DBT. Den «respektløse» formen, er en mer konfronterende og utfordrende måte å møte pasienten på. Det er en mer risikabel form, men har som formål å få pasienten ut av rigide tankemønstre og fastlåste handlingsmønstre. Den kan også benyttes for å håndtere situasjoner hvor terapien er fastlåst, eller beveger seg i uønsket retning. Begge kommunikasjonsstilene benyttes med varsomhet for å oppnå ønsket effekt (Koerner, 2011).

MBT har ikke et tilsvarende begrepsapparat for kommunikasjonsform eller –stil. Likevel har MBT et stort fokus på den terapeutiske holdningen, som skal være preget av nysgjerrighet, utforskning og en ikke-vitende rolle, og ikke minst den generelle interessen og varmen som skal prege terapeutens fremtoning. I tillegg oppfordrer MBT gjennom prinsippet

om å alltid sjekke ut egne tolkninger med pasienten, og å anerkjenne pasienten som et eget individ, med et eget sinn, og den eneste som virkelig kan vite hva som skjer på egen innside. Dette har flere fellestrekk med DBT sin gjensidige kommunikasjonsform, og kan på mange måter anses som to måter å vise betydningen av terapeutfaktorer, og viktige sider ved alliansen som kan ha stor betydning for behandlingseffekt. Innenfor MBT er det heller ikke et eksplisitt fokus på bruken av «frekkhet», eller en kommunikasjonsstil som er så direkte at den kan oppleves som på grensen til krenkende. Nedfelt i MBT sine intervensjonsledd er viktigheten av å utfordre uberettigede oppfatninger, som anses som tegn på lav grad av mentalisering, og som typisk preges av svart-hvitt-tenkning, idealisering og devaluering, og rigiditet i tankesett og holdninger. I tillegg står utfordring av forestillingsmodus og psykisk ekvivalens sentralt i intervensjonsleddene for MBT (Karterud og Bateman, 2010). En slik utfordring kan oppleves som krenkende for BPF-pasienter, og enkelte terapeuter vil også kunne gjøre dette på en svært direkte måte i terapi, gitt at alliansen er god.

MBT oppfordrer til å intervenere på en så ivaretagende og hensynsfull måte som mulig, uten å gli bort fra å være ærlig og transparent ovenfor pasienten. På lik linje med de nevnte intervensjonsleddene, kan også intervensjonsledd 12 «stopp og spol tilbake» ses i sammenheng med dette. Denne intervensjonen krever at terapeuten aktivt avbryter pasienten, og benyttes ofte for å håndtere psykisk ekvivalens eller pseudomentalisering/forestillingsmodus (Karterud og Bateman, 2011). For mange terapeuter kan dette være en krevende øvelse, da det for mange går i mot det som anses som «skikk og bruk» i andre samtaler, men her er ansett som en viktig intervensjon for å forsikre at terapien går i rett retning.

Gitt den teoretiske bakgrunnen, og forståelsesmodellen DBT bygger på, er også validering et sentralt terapeutisk virkemiddel som faller innenfor aspektet ved DBT som omhandler aksept. Innenfor DBT opereres det med 6 nivåer av validering. I nivå 1 er

terapeuten til stede i samtalen, og lytter aktivt til det pasienten formidler, i tillegg til at terapeuten også viser dette gjennom øyekontakt eller kroppsspråk. Ved nivå 2 gir terapeuten tilbake det pasienten har formidlet gjennom nøyaktige refleksjoner. Nivå 3 innebærer også en tolkning, eller gjetning av usagte eller ikke-formidlede følelser, for eksempel *«det må ha vært vanskelig for deg»*. I nivå 4 valideres det pasienten formidler på bakgrunn av det terapeuten vet om pasientens historie eller tidligere opplevelser, som frykt for avvisning gitt tidligere erfaringer med å bli avvist. I nivå 5 valideres pasientens opplevelse i lys av erfaringene som vekket reaksjonen i pasienten. Eksempelvis vil en validering på nivå 4 kunne være *«jeg forstår at du ble redd, siden du har opplevd at kjærester har vært utro mot deg tidligere»*, mens en validering på nivå 5 ville vært *«jeg forstår at du ble redd han var utro da, det tror jeg de fleste ville blitt om de oppdaget slike meldinger fra jenter på telefonen til kjæresten»*. En nivå 5-validering vil altså normalisere pasientens reaksjoner og emosjonelle opplevelser. Det høyeste nivået, nivå 6, omtales som radikal validering, eller radikal ekthet. Denne formen kan sammenlignes med når man empatisk og ektefølt lever seg inn i, og uttrykker forståelse for det den andre formidler. Et poeng innenfor DBT er at man alltid kan finne noe valid i det pasienten formidler, samtidig som man er forsiktig så man ikke validerer dysfunksjonell atferd. Eksempelvis vil man ikke innenfor DBT validere destruktiv atferd som selvskading, men man kan likevel validere behovet, og årsaken til behovet. Et eksempel på dette kan være at en terapeut, i terapi hvor pasienten forteller om en selvskadingsepisode, validerer ved å si *«jeg kan skjønne at du får behov for å få tankene over på noe annet, når du har det så vondt som du beskriver at du hadde det i går kveld, og at du blir villig til å gjøre hva som helst for å slippe å tenke på det som er så følt for deg å tenke på»* (Milde, 2017). Validering er også en sentral komponent i MBT, knyttet til det teoretiske perspektivet på utvikling av BPF. Dette intervensjonsleddet anses også som så viktig at det tillater terapeuten å tre ut av sin ikke-vitende holdning, for å kunne uttrykke et normativt syn som bekrefter og validerer pasientens

emosjonelle reaksjoner (Oslo Universitetssykehus, 2016). På lik linje med DBT, vil MBT utfordre dysfunksjonelle handlings- eller tankemønster, samtidig som pasientens emosjonelle opplevelser valideres.

Kjede- og løsningsanalyse er et viktig element innenfor endringsaspektet i DBT. Pasientene blir bedt om å loggføre problematferd mellom timene. Basert på hendelser og erfaringer den siste tiden skal det utarbeides en kjedeanalyse, som skal inneholde detaljerte beskrivelser av sårbarhetsfaktorer, utløsende hendelse(r), lenker og sammenhenger i kjeden, problematferd og konsekvenser av denne atferden. Det legges stort fokus på bruken av kjedeanalyser i DBT som et sentralt virkemiddel for å oppnå mål i terapi. Det er likevel viktig at kjedeanalysen gjøres detaljert for at både terapeut og pasient skal få tilstrekkelig innsikt og forståelse for problematferden. Poenget med å utføre en så detaljert analyse av pasientens problematferd, er blant annet å finne konteksten som utløser eller kommer forut for dysfunksjonell atferd, identifisere eventuelle mangler i viktige grunnleggende ferdigheter hos pasienten, samt identifisere viktige hindre for mer adaptiv atferd. Neste steg blir å gjennomføre en løsningsanalyse, hvor målet er å finne alternative handlinger, eller tiltak som kan redusere sannsynligheten for, og etter hvert eliminere forekomsten av, problematferden (Milde, 2017).

Innenfor MBT kan dette sammenlignes med utarbeiding av, og kontinuerlig evaluering og revidering av kriseplanen. Denne har, på lik linje med løsningsanalysen i DBT, som formål å gi pasienten verktøy til å identifisere, forberede seg på og håndtere vanskelige situasjoner og opplevelser på mer adaptive måter. I tillegg kan 10 og 11 i intervensjonslisten ses i sammenheng med kjedeanalysen. Ledd 10, fokus på emosjoner, oppfordrer til å jobbe med identifisering og bevissthet av, toleranse for, og funksjonell uttrykkelse av emosjoner. Ledd 11 oppfordrer til det samme, men med fokus på emosjoner i sammenheng med relasjonelle hendelser, hvor man jobber med en identifisering av sammenheng mellom emosjonell

aktivering i forhold til hendelser og mentale tilstander. Dette innebærer en videre utforskning og analysing av hendelser, helst nært i tid, for å skape mening av pasientens opplevelser (Oslo Universitetssykehus, 2016). Et slikt fokus i terapi blir sett på som essensielt for å bidra til bedring i emosjonell regulering, samt utvikling av sosiale ferdigheter, noe som også er et mål med kjede- og løsningsanalysen i DBT.

To andre sentrale intervensjonsledd i MBT er ledd 4 tilpasning av mentaliseringsnivå, og ledd 5 regulering av spenningsnivå (Oslo Universitetssykehus, 2016). Tilpasning av mentaliseringsnivå innebærer at terapeuten aktivt tar stilling til om intervensjonene er tilgjengelige for pasienten til enhver tid. Et nyttig prinsipp er å holde intervensjonene relativt enkle for å unngå at pasienten blir overbelastet. Terapeuten må inntone seg på pasienten, og sjekke ut at terapeuten og pasienten drar i samme retning. I tillegg er man i MBT opptatt av at pasienten holdes innenfor det optimale av sitt toleransevindu for aktivering i terapi. For lav aktivering kan knyttes til pseudomentalisering eller forestillingsmodus, hvor pasienten ikke er i kontakt med følelsene knyttet til innholdet i terapi. Det kan også være tegn på at man ikke er inne på relevante tema. Typisk vil for lav aktivering gjenkjennes ved at man blir ukonsentrert, lite fokusert, kjeder seg eller opplever samtalen som lite stimulerende og meningsfull. For høy aktivering betyr at pasienten opplever seg overveldet eller overbelastet. Ved overaktivering vil mentaliseringsevnen svikte, og faren for at pasienten inngår i impulsiv, risikofylt eller lite adaptiv atferd blir større. En forutsetning for et produktivt terapiforløp er derfor at terapeuten er bevisst pasientens tilstand, og regulerer ut i fra pasientens individuelle forutsetninger. Innenfor MBT antar man at selve terapeutrelasjonen vil aktivere tilknytningssystemet til pasienten, og at man gjennom den terapeutiske holdningen gradvis vil nedregulere fryktsystemet, som igjen vil nedregulere spenningsnivået hos pasienten. Ved forhøyet spenningsnivå vil MBT-terapeuten benytte seg av validering, varme og andre intervensjoner for å nedregulere spenningsnivå. Samtidig vil fokus på emosjoner og følelser aktivere

pasienten slik at de emosjonelle tilstandene blir tilgjengelige i terapi (Oslo Universitetssykehus, 2016).

Også innenfor DBT står emosjonsregulering og aktivering sentralt, hvor for høy aktivering er assosiert med kontrolltap, og manglende evne til å tilegne seg ny læring eller nye ferdigheter (Laberg, 2016). DBT-terapeuter bruker aktivt valideringsstrategier for å regulere den emosjonelle aktiveringen hos pasienten, i tillegg til mindfulness-baserte metoder og strategier. Mindfulness-baserte ferdigheter har som mål å hjelpe pasienten å holde ut, og stå i vanskelige emosjoner og opplevelser, uten å agere på dem. Ved akutte tilfeller av overaktivering vil man også innenfor DBT kunne benytte seg av rent fysiologiske metoder for å nedregulere pasienten, for eksempel med kaldt vann eller pusteøvelser som søker å aktivere det parasympatiske nervesystemet. I etterkant, når pasienten er regulert ned og tilgjengelig for det, brukes mer kognitive reguleringsmetoder (Milde, 2017).

### **Øvelser og hjemmeoppgaver.**

Spesifikke øvelser og oppgaver, både i og utenfor terapirrommet, er sentralt innenfor DBT. I individualterapi gjelder dette hovedsakelig loggføring av problematferd til bruk i kjedeanalysen, samt utførelsen av adaptiv atferd som oppgitt i relevante løsningsanalyser og loggføring av virkningen av løsningsanalysen i reelle situasjoner. DBT-ukekort benyttes i forbindelse med pasientens loggføring av atferd mellom terapisesjonene (Milde, 2017). I gruppeterapien er det utarbeidet et eget program, med tilhørende arbeidsark og faktaark, med psykoedukativ informasjon og tilhørende øvelser (Linehan, 2014). Innenfor DBT har gruppeterapi relativt faste rammer og betingelser for deltakelse, samt relevant stoff som skal gjennomgås etter et planlagt forløp. Deltakerne forventes å forplikte seg til blant annet å møte ukentlig, overholde vilkårene for interaksjon med de andre deltakerne i gruppen, samt å delta aktivt, og følge opp arbeidsplanen med de tilhørende øvelsene. Dette anses som en sentral del av behandlingen for BPF, og det settes opp strenge krav for at pasientene skal gjøre en



innsats. Om pasienten ikke følger opp i gruppeterapi, og får med seg den relevante innlæringen, vil det også bli vanskelig for pasienten å tilegne seg ferdighetene som omtales og jobbes med i gruppeterapien (Milde, 2017).

MB-gruppeterapi er mer dynamisk, og mindre strengt strukturert i form og innhold. Unntaket er psykoedukativ gruppeterapi, som ofte består av 12 sesjoner i forkant av at deltakerne starter opp i den integrerte gruppe- og individualterapien. For den psykoedukative gruppen er det utarbeidet, lik som DBT, arbeidsark med informasjon om mentalisering, mentaliseringsøvelser og relevante oppgaver som skal hjelpe med innlæring og tilegnelse av nye, mer adaptive ferdigheter (Karterud, 2011). I gruppeterapien som løper parallelt med individualterapien har terapeutene i liten grad har en undervisende rolle, selv om gruppeterapien inneholder noe psykoedukasjon om mentalisering. Dette kan forstås som at terapeutene skal unngå å være for instruerende i forhold til løsning av ulike problemstillinger og oppgaver. Det er likevel enkelte øvelser som også benyttes i MB-gruppeterapi, med fokus på blant annet perspektivtaking, for å øke mentaliseringen i gruppen. Dette er spesielt i oppstartsfasen av behandlingsløpet, hvor det kan være behov for mer emosjonell distanse fra øvelsene som skal løses. Disse øvelsene skal demonstrere mentaliserende holdning, samt trene opp de refleksive evnene til deltakerne gjennom eksplisitt mentalisering. Etter hvert som at gruppen blir tryggere og mer stabil vil man gå over til mer personlige øvelser, som er å ha et fokus på selvet eller andre, andres tolkninger og opplevelser av en selv, samt egne persepsjoner og opplevelser av andre (Abrahamsen, 2012). En viktig del av MB-gruppeterapi er at den skal fungere som treningsarena for mentalisering, og gruppedynamikken og prosessen vektlegges i mye større grad enn i DBT. Det er likevel en del fellestrekk.

DB-gruppeterapi har regler om deltakernes interaksjon med hverandre, og har fokus på å ta opp eventuelle prosessuelle problemstillinger som skjer i gruppen, for å følge opp de sosiale ferdighetene som deltakerne skal forsøke å tilegne seg i terapi. Dette tilsvarer den

mentaliserende holdningen som MB-gruppeterapi søker å oppnå. DBT har en strengere struktur i form og innhold i gruppeterapiforløpet, mens MBT i større grad benytter seg av de prosessene som oppstår for å stimulere til endring. MB-gruppeterapi er likevel ikke en form for fri assosiasjon, og er også opptatt av at fokuset ligger på mentalisering og stimulering av en mentaliserende holdning blant deltakerne.

## **Prosess**

MBT er beslektet med dynamisk psykoterapi, og er opptatt av faktorer knyttet til prosess. Prosessuelle faktorer er også nedfelt i manualens 17 spesifiserte intervensjonsledd, eksempelvis ledd 1 som omhandler prinsippet om engasjement, interesse og varme, ledd 2 som går på prinsippet om viktigheten av en utforskende, nysgjerrig og ikke-vitende holdning og ledd 6 hvor man oppfordres til å benytte seg av dialog og den terapeutiske relasjonen for å stimulere til mentalisering (Karterud & Bateman, 2010; Oslo Universitetssykehus, 2016). Alliansebygging og den terapeutiske holdningen er således viktige element som gjennomsyrrer hele behandlingsforløpet. Gjennom strukturen i modellen søker MBT å skape en prosess med et felles oppmerksomhetsfokus, hvor pasientens mentale tilsander og mentalisering står i sentrum. Dette krever at også terapeuten streber etter å være mentaliserende, både overfor pasientens mentale tilstander, men også overfor seg selv med tanke på egne reaksjoner, forestillinger, tolkninger og emosjonelle tilstander. Den terapeutiske holdningen som best fasiliterer mentalisering hos pasienter er beskrevet av Bateman & Fonagy (2016) som mentaliserende, nysgjerrig og ikke-vitende. Dette skal ikke forstås som synonymt med manglende kunnskap, men en ydmykhet i møte med tolkninger av pasientens sinn, kombinert med et kontinuerlig forsøk på å sette seg inn i og forstå. Terapeuten må sjekke med pasienten om forståelsen er korrekt, og gi rom for at pasienten kan korrigere og veilede terapeuten i tolkningene sine. MBT krever at terapeuten er aktivt utspørrende, og unngår å innta en ekspertrolle, men heller er åpen i sine refleksjoner, og forstår at hverken den ene eller andre

posisjonen er mer eller mindre rett, men representerer ulike måter å fortolke på. Fremleggelse av alternative perspektiver og synspunkter bør også være nettopp det; alternativer, og ikke absolutte sannheter.

MBT-terapeuter anbefales å innta ulike posisjoner underveis i forløpet for å sørge for god alliansedannelse og mentalisering hos både seg selv og pasienten. Mye av BPF-pasienters personlighetsstruktur og fungering kan forstås som *teleologisk*, ved at atferd blir uttrykt med en funksjon om å oppnå noe, og ikke nødvendigvis som reaksjoner på hendelser. Bateman & Fonagy (2016) argumenterer for at den *teleologiske* naturen som preger BPF, krever at terapeuten i startfasen av terapi inntar en aktivt handlende rolle for å uttrykke forståelse, omtanke og empati med pasienten. Dette må holdes innenfor rammene av det som er etisk og faglig forsvarlig i terapeutisk praksis, og kan eksempelvis handle om å sette opp en tidligere time om pasienten ber om det, ringe og uttrykke bekymring om pasienten ikke møter til en time eller lignende. Videre påpeker Bateman & Fonagy (2016) behovet for kontinuerlig å overvåke ikke bare pasientens reaksjoner og emosjonelle tilstander, men også terapeutens egne. Feil eller misforståelser fra terapeutens side bør oppklares og tematiseres i terapi, og ikke minst må terapeuten evne å anerkjenne og ta ansvar for egne feil og bidrag til misforståelser. I tillegg krever MBT at terapeutene er bevisst og bearbeider egne reaksjoner og motoverføringer, og at man sammen med pasienten kan utforske og oppklare situasjoner som oppstår i terapeutrelasjonen. Igjen må dette skje innenfor etiske og faglig forsvarlige rammer, da overdreven selvavsløring og tematisering av terapeutens privatliv ikke er til nytte for behandlingen. MBT-terapeutene skal heller strebe etter å være transparente, åpne og ærlige i relasjon til pasienten, og slik skape mulighet for god mentalisering hos både seg selv og klienten. Dette er også nedfelt i ledd 15, bruk av motoverføringen, i intervensjonsprinsippene.

Et vesentlig moment ved MBT er også at terapeuten er bevisst på selve prosessen i det

terapeutiske materialet, og i mindre grad er opptatt av innholdet. Dette henger sammen med ledd 14 i intervensjonsprinsippene; «fokus på den terapeutiske relasjon». Terapeuten inntar en prosessuell posisjon som bistår og hjelper pasienten med å generere flere alternative perspektiver inn i samme situasjon eller hendelse. Videre, å løse opp i psykisk ekvivalens, rigide tankemønstre og fastlåsthet i primære representasjoner, å oppleve flere mulige mentale tilstander, eller sekundære representasjoner, samt å gjenkjenne mentale tilstander som nettopp mentale tilstander, heller enn eksakte kopier av virkeligheten. Den terapeutiske relasjonen i MBT blir et nyttig verktøy for å oppnå disse målene, gjennom en konstant tematisering av pasienten og terapeutens mentale tilstander, utforskning av hverandres perspektiver, oppfatninger og bidrag til felles opplevelser i terapi (Bateman & Fonagy, 2016). I tillegg er ledd 7, anerkjennelse og forsterkning av mentalisering, viktig for å opprettholde en god, terapeutisk relasjon, bygge selvfølelse hos pasienten, og generelt for å forsterke episoder med god mentaliseringsfunksjon.

Innenfor DBT anses den terapeutiske relasjonen som en sentral, og spesielt potent, variabel i pasientens miljø. Den terapeutiske rollen er todelt i DBT. På de ene siden skal terapeuten sørge for å skape en terapeutisk kontekst, og være en respondent i møte med pasienten. På den andre siden skal terapeuten utøve rollen som en uavhengig aktør som kan observere og evaluere det pasienten kommer med. Forhåpentligvis kan terapeuten også tilby en mer nyansert tolkning enn det pasienten klarer selv i starten, når refleksjonsevnen er lav (Robin, Ivanoff & Linehan, 2001). Målet er at den terapeutiske relasjonen skal bli en god kontekst for pasienten å utforske, og utvikle egne forståelsesrammer og fortolkningsmønstre. Innenfor DBT kan den terapeutiske alliansen i større grad anses som et fasiliterende virkemiddel, som støtter effekten av de metodiske intervensjonene, mens terapeutrelasjonen i MBT i større grad anses som selve drivkraften i terapi. Likevel er DBT også opptatt av mange av de samme kvalitetene ved den terapeutiske relasjonen som MBT. DBT anerkjenner blant

annet viktigheten av varme, oppmerksomt nærvær, ekthet, ros og anerkjennelse av positive erfaringer og benyttelse av adaptive ferdigheter, transparens i form av åpenhet og ærlighet, samt hensiktsmessige selvavsløringer, og et oppriktig engasjement i pasienten. (Robins, Ivanoff & Linehan, 2001). I tillegg antar begge terapiformene at alliansen, og relasjonelle faktorer, er sentrale og vesentlige komponenter for behandlingseffekten.

### **Virksomme mekanismer i behandling av BPF**

Både MBT og DBT er dokumentert virksomme behandlingsformer, og er i stor grad anerkjent som gode valg i møte med BPF (Cristea, Gentili & Cotet et.al, 2017). Det er likevel ikke tydelig hvilke mekanismer som gjør dem så effektive. Fonagy og Bateman (2016) hevder at hovedårsaken til at MBT er effektivt i møte med BPF, er at behandlingsstrukturen og metoden aktiverer og omorganiserer tilknytningssystemer hos pasientene. Denne aktiveringen antas å oppstå spesielt i gruppeterapi, gjennom gruppedlemskapet, men også i den terapeutiske relasjonen. Videre hevder de at metodene som benyttes, blant annet fokuset på mentalisering og sosial kognisjon, validering og nyansering av virkelighetsoppfatninger, er viktige virkemidler som bidrar til omorganisering til det bedre av tilknytningssystemet. En økende mengde forskning støtter hypotesen om at tilknytningsproblematikk er knyttet til utviklingen av BPF, og at prosesser som involverer tilknytningsmønstre også er viktige bidragsyttere i behandlingen av lidelsen (Fonagy & Bateman, 2016). Lynch, Chapman, Rosenthal & Linehan (2006) fremlegger en hypotese om at målrettet håndtering av terapiforstyrrende atferd, som suicidal og parasuicidal atferd, samt mindfulness, dialektisk fokus, emosjonsregulering, toleranse for ubehag, selvavsløringer fra terapeutens side, kjedeanalyse, forpliktelsesstrategier, høy grad av validering og telefonkonsultasjon, er sentrale mekanismer som bidrar til behandlingseffekt.

Selv om forskningen kan være noe uklar på om enkelte faktorer som bidrar mer eller mindre til spesifikke endringer hos BPF, er det mye som tyder på at emosjonell dysregulering

ikke bare er et kjernesymptom ved BPF, men også er den største bidragsyteren til lidelsen (Mosquera et al., 2014). Det er derfor nærliggende å anta at nøkkelen til behandlingseffekten innen DBT og MBT er nært knyttet til mekanismer som påvirker pasientenes evne til emosjonsregulering. Viktige forskjeller, i terapiformer som DBT og MBT sammenlignet med standard poliklinisk behandling, kan ligge i håndtering av problemstillinger som frafallsproblematikk, vansker med å opprettholde motivasjon og fokus i terapi, vansker i den terapeutiske relasjonen og problemer knyttet til motoverføringsreaksjoner hos terapeuten.

Eksposering er et sentralt element i alle atferdsterapeutiske behandlingsformer, og mange anser eksposering som selve kjernen i virksom terapeutisk behandling; også i møte med problemer knyttet til emosjoner og emosjonell dysregulering (Schanche, Hjeltnes, Berggraf og Ulvenes, 2013). I tillegg vil tilegnelse av nye ferdigheter, både i møte med emosjonsregulering og i relasjon til andre mennesker, stå sentralt i behandling av nettopp dysfunksjonelle emosjonsregulerende og relasjonelle strategier. Begge disse sentrale elementene er vanskelig å oppnå i terapeutisk behandling av BPF gitt problematikk med både frafall, sviktende motivasjon og fokus i terapi. Vansker knyttet til den terapeutiske alliansen, og uheldige motoverføringsreaksjoner hos terapeuten, kan hindre oppnåelsen av god behandlingseffekt.

### **Bearbeidelse av motoverføringer hos terapeut**

Som tidligere nevnt er terapeuters holdning til, og opplevelse av, BPF-pasienter en faktor som ofte kan gi utfordringer i behandlingen. De typiske karakteristikkene, og den generelle symptomatologien bak lidelsen, vekker negative følelser og reaksjoner hos andre mennesker, også hos terapeuten. Parasuicidalitet er svært utfordrende å forholde seg til. Selvskading kan vekke avsky, og selvmordsforsøk, selvmordstanker eller selvmordsplaner kan vekke frykt. Sviktende motivasjon og svingende fokus hos pasienten kan føre til oppgitthet og frustrasjon. Dersom terapeuters atferd i terapi er styrt av nevnte motoverføringer

kan det ha negativ terapeutisk effekt (Stangeland, 2012). Dette er en problemstilling som både MBT og DBT adresserer gjennom teamkonsultasjon. For at teammøtene skal oppnå ønsket effekt kreves det at terapeutene evner å være åpne med hverandre, og møte hverandre med empati og respekt, slik at det oppleves som trygt å dele av egne erfaringer og følelser.

I følge Norcross (2011) er håndtering av motoverføringer en sannsynlig faktor som bidrar til positive behandlingsutfall. Bruken av teamkonsultasjon kan bidra til at terskelen for å også sette ord på motoverføringer blir langt mindre. En slik praksis vil også gi rom for at avgjørelser i terapi blir veiledet av faglige vurderinger, fordi det er flere som bidrar til vurderingene. I tillegg er det vurderingene av fagpersonell, som i mindre grad blir farget og påvirket av motoverføringsreaksjonene, som tas med i beslutningsprosessen.

Empati er anerkjent som en av de mest virksomme faktorene i den terapeutiske relasjonen (Norcross, 2011). Bruken av teamkonsultasjon kan bidra til terapeutens evne til å være empatisk i møte med pasientene. Terapeuter vil oppleve frustrasjon, utmattelse og oppgitthet i møte med pasientgruppen. Ved å benytte seg av systematisk kollegial veiledning og støtte, kan de negative følelsene og opplevelsene som terapeutene har blir lettere å håndtere, og motvirke faren for utmattelse hos terapeuter (Zahratka, 2010). Den faglige veiledningen kan være med å belyse og fremheve viktige teoretiske momenter, som kan bidra til større forståelse av pasientens atferd, noe som videre også kan gjøre det lettere å stille seg empatisk til atferden som pasienten utviser. Benyttelsen av strukturert teamkonsultasjon kan være en svært viktig bidragsyter til at MBT og DBT har bedre behandlingseffekt, i møte med BPF, enn andre behandlingsformer. Et poeng ved de strukturerte møtene bør være at motoverføringsreaksjoner blir håndtert, og at terapeutene opplever å bli ivaretatt på en måte som gjør at de lettere kan møte pasientene sine med varme og forståelse (Walsh, Ryan & Flynn, 2018).

Arbeidsmiljøet spiller en viktig rolle for å opprettholde motivasjon og god

arbeidskapasitet hos helsearbeidere, og er samtidig en vesentlig komponent for å predikere fare for utbrenthet. En institusjon som tilrettelegger for sosialt samvær, samarbeid og en støttende måte å forholde seg til medarbeiderne vil kunne se store positive virkninger av dette (Eliacin, Flanagan & Monroe-DeVita et.al, 2017).

### **Mekanismer i den terapeutiske alliansen**

Den terapeutiske alliansen er anerkjent som viktig for utfall i terapi (Norcross, 2011). Spørsmålet er om denne alene kan tilskrives elementer eller faktorer knyttet til alliansen, og derfor er kurativ i seg selv, eller om alliansen er et nødvendig middel som bidrar til at spesifikke strategier og metoder i terapi får gjennomslagskraft (Stiles, 2005). Både DBT og MBT vektlegger de relasjonelle faktorene, og bruk av alliansen som virkemiddel. Håndtering av motoverføring og evne til å opprettholde empati i møte med pasienten vil være en viktig del av dette. Bruken av teamkonsultasjon vil derfor kunne påvirke den terapeutiske alliansen i stor grad. I tillegg til terapeutisk allianse og empati, vil positiv anseelse, ekthet, bruk av tilbakemelding, reparering av alliansebrudd, selvavsløringer og kvalitet på tolkning av den terapeutiske relasjonen være viktige faktorer i den terapeutiske prosessen (Norcross, 2011). Dette er også faktorer som både MBT og DBT fordrer at terapeutene aktivt benytter seg av.

Positiv aktelse, en faktor knyttet til positive utfall i psykoterapi, handler ikke om hvorvidt terapeuten liker pasienten, eller liker handlingene til pasienten. Positiv aktelse handler først og fremst om å respektere individet som nettopp et individ med rett til å handle etter egne ønsker, og egen vilje. Dette er en grunnstein i klientfokusert terapi (Rogers, 2007). Innenfor MBT gjøres det et poeng av at terapeuten selv må ha et mentaliserende utgangspunkt, noe som betyr at terapeuten må anerkjenne, både for seg selv og pasienten, at han eller hun ikke sitter med noen fasit. MBT understreker at god mentalisering krever at man er bevisst på at man aldri kan vite med sikkerhet hva som foregår på innsiden av andre, noe som betyr at terapeuten må respektere pasientens opplevelser, og tolkninger av disse. Positiv



aktelse er godt dokumentert som bidragsyter for å oppnå en god terapeutisk allianse, og også som en faktor som i seg selv kan bidra til behandlingseffekt av psykoterapi (Farber & Doolin, 2011, Rogers, 2007).

Innenfor MBT er målet at terapeuten mestrer balanseringen mellom å validere pasientens opplevelser og følelser, med å utfordre pasientens forståelse og tolkninger. Innenfor DBT er det utviklet et eget skåringskjema for å identifisere hvilket nivå av valideringer terapeutene benytter seg av under terapi. Valideringen anses som vesentlig i BPF-pasienters prosess mot å bli bedre, fordi invalidering blir sett som en viktig årsak til utviklingen av lidelsen. Det antas at manglende validering i oppveksten hemmer de emosjonelt regulerende evnene, og bidrar til flere av de dysfunksjonelle atferdsmønstrene som BPF-pasienter utviser. Disse dysfunksjonelle atferdsmønstrene vil videre aktivere invalidering i miljøet, noe som er med på å opprettholde vanskene. Både MBT og DBT benytter seg dermed aktivt av validering for å bryte dette mønsteret, og for å bidra til utviklingen av mer funksjonelle og adaptive reguleringsstrategier hos pasienten. Sammenlignet med opplevelsen av å bli møtt validerende, fører invalidering til opplevelsen av negativ effekt, økt hjerterate og svette hos de som blir utsatt (Shenk & Fruzzetti, 2011). En validerende kommunikasjonsform har også vist seg å ha effekt på pasienters tilfredshet med behandler, i tillegg til å bidra til reduksjon av negativ affekt og skåring av opplevd fysisk smerte (Vangronsveld & Linton, 2011). Dette er viktige funn, som gir en pekepinn på validering som et potensielt svært effektivt virkemiddel i møte med pasienter.

Valideringen kan hjelpe pasienten til å forstå og akseptere seg selv. Dette er en viktig del av endringsprosessen, men er som regel i seg selv ikke nok. Det er heller ikke alt av det pasienten sier og gjør som bør valideres, da det kan forsterke dysfunksjonell atferd. Et annet poeng er at mange opplever at BPF-pasienter ikke bare er spesielt sensitive for kritikk, kritiske vurderinger eller andres negative tanker om dem, men at de også ofte kan være svært

vare for terapeutens negative tanker, og også være svært presise i sine antagelser om terapeutens kritiske vurderinger. Benektelse av kritiske vurderinger kan bidra til større usikkerhet hos pasienten, da det blir stor diskrepans mellom pasientens opplevelser og det terapeuten sier og gjør. En slik usikkerhet i møte med terapeuten kan øke sannsynligheten for alliansebrudd, og prematur avbrytelse av terapi.

Viktigheten av ekthet, terapeutens evne til å være genuin, relativt spontan, åpen og ærlig med pasienten, er ikke bare ansett som sentral innenfor DBT og MBT, men er også anerkjent som en viktig prosessuell, generell faktor i psykoterapi (Norcross, 2011). Innenfor DBT understrekes derfor viktigheten av at valideringene må være ærlige, i den forstand at all atferd, også grunnleggende dysfunksjonell atferd, skal kunne valideres på en ærlig måte, uten at det bidrar til forsterkning av den uønskede atferden. Terapeutene må trene på å forstå atferden, slik at motivene eller emosjonene bak atferden kan identifiseres og valideres. Også MBT fremhever viktigheten av å være ærlig i møte med pasienten, da uærlige fremstillinger vil kunne øke forvirring, være til hinder for videre utvikling av mentaliseringsevne, og i verste fall være skadelig for pasientens mentalisering.

Nært knyttet til terapeutens ekthet, er bruken av selvavsløringer i MBT og DBT. Selvavsløringer i terapi, hvor terapeuten bryter med den tradisjonelle terapeutrollen og deler noe personlig med pasienten, er omstridt. Studier, som referert til i Knox & Hill (2003), indikerer at slike selvavsløringer kan virke modellerende, ha en støttende effekt, samt øke pasientens selvinnsikt. Dette avhenger av at selvavsløringene ikke forekommer for ofte, og at selvavsløringene ikke inneholder sensitiv informasjon som kan virke truende på relasjonen. Et vesentlig poeng er også at selvavsløringene er relevante for pasientens situasjon, uten at de stjeler fokuset og for mye oppmerksomhet rettes mot terapeuten fremfor pasienten (Knox & Hill, 2003). Innenfor DBT vil selvavsløringene først og fremst benyttes innen radikal validering eller radikal ekthet. Innenfor MBT vil selvavsløringene først og fremst være knyttet

til terapeutens tolkning av relasjonen, og erfaringer i terapi sammen med pasienten.

Selvavsløring er også omtalt som den mest utfordrende biten i MBT. Terapeutene må ta høyde for pasientens sensitivitet for kritikk og avvisning, samtidig som at pasienten utfordres tilstrekkelig til å oppnå endring. Det sterke fokus på og korrekt bruk av selvavsløringer i begge terapiformene kan bidra til håndteringen av disse motstridende behovene hos pasienten, samt bidra til god behandlingseffekt.

En rekke studier indikerer at alliansebrudd, eller situasjoner i terapi hvor fare for alliansebrudd oppstår, ikke nødvendigvis trenger å ha negativ effekt på den totale behandlingseffekten. Avgjørende er terapeutens håndtering av disse potensielle alliansebruddene, og om alliansen kan repareres. Mye tyder også på at alliansen faktisk ofte kommer sterkere ut av det om slike potensielle brudd håndteres på en god måte (Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011). Måter å reparere, og også få terapeutisk nytte av potensielle brudd, skildres av Safran, Muran & Eubanks-Carter (2011) som «1. Gjentakelse av det terapeutiske rasjonalet (...) 2. Endring av oppgave eller målsetting (...) 3. Klargjørelse av misforståelse (...) 4. Utforsking av relasjonelle tema knyttet til bruddet (...) 5. Kopling av alliansebruddet med typiske mønstre i pasientens liv (...) [og] 6. Ny relasjonell opplevelse» (Safran et al., 2011, side 82, egen oversettelse).

De fleste av disse dokumenterte teknikkene for alliansereparasjon er identifiserbare, både i MBT og DBT. Både MBT og DBT har en åpen dialog med pasientene vedrørende behandlingens målsetting, og midler for å nå disse målene, gjennom hele behandlingen. Det kan tenkes at om rasjonale allerede er beskrevet, og ikke minst akseptert av pasienten i starten av terapiforløpet, vil det være lettere for terapeut og gjenta dette ved potensielle brudd. Utfordringer, som ellers kunne oppleves som utålelig kritikk, kan forstås som en del av terapeutens ønske om pasientens beste. Individualterapi innenfor MBT og DBT er i stor grad ment å dekke BPF-pasienters behov for å ha fokus på nåværende vansker i hverdagen, noe

som ellers kan være til hinder for oppnåelse av terapeutiske mål med BPF. Dette kan anses som å ivareta behovet for å endre mål og fokus underveis i terapiforløpet, samtidig som at målene og oppgavene opprettholdes innenfor rammene av gruppeterapien.

Misforståelser, og vanskeligheter knyttet til oppklaringer av disse, er en sentral del av BPF relasjonsvansker, og adresseres også aktivt i både MBT og DBT. Innenfor MBT er dette en del av selve mentaliseringen, og mentalisering rundt misforståelser i terapirommet anses som svært potent for den terapeutiske prosessen. Utforskning av relasjonelle tema knyttet til potensielle alliansebrudd vil også være en del av pasientens trening på å mentalisere rundt egne reaksjonsmønstre og emosjonelle tilstander. Innenfor DBT vil det også være aktuelt å utforske pasientens indre liv, både for å øke selvinnsett og selvforståelse, og videre for å bidra til bedre emosjonsregulering. Utforskning av bruddet i relasjon til pasientens typiske atferdsmønstre vil også være svært aktuelt innenfor DBT og MBT, men bør gjøres med varsomhet.

I møte med alliansebrudd er tilgangen på nye relasjonelle opplevelser, eller korrigerende emosjonell erfaring, sentralt for endring hos pasienten innenfor både MBT og DBT. En erfaring av at terapeuten tåler å stå i bruddet, og at relasjonen også kan overleve potensielle brudd, samtidig som terapeuten anerkjenner og validerer pasientens opplevelse og emosjoner, anses som svært sentralt i individualterapien. Den terapeutiske effekten av korrigerende emosjonell erfaring, på tvers av ulike metodiske tilnærminger til psykoterapi, spiller en sentral rolle i endringsprosessen ved en rekke ulike psykiske lidelser (Castonguay & Hill, 2012).

### **Motivasjon og fokus i terapi**

Utfordringer knyttet til motivasjon, og problemer med å holde pasienten fokusert på de terapeutiske målene og oppgavene, er velkjent innenfor terapi med BPF. MBT og DBT møter disse utfordringene gjennom faktorer som har betydning for den terapeutiske relasjonen.

Eksempelvis kan en god allianse bidra til økt motivasjon gjennom større tiltro til både terapeuten og metoden, samt at en god allianse også gjerne gir terapeuten mer rom for å styre fokuset i terapi.

I begge terapiformene antas det at utfordringer knyttet til motivasjon og fokus i terapi, i hovedsak løses ved bruken av integrert individual- og gruppeterapi. Gruppeterapien innenfor DBT er svært strukturert, med krav om fokus på det terapeutiske arbeidet som det er lagt opp til i behandlingsplanen. MBT opererer også med strengere krav til fokus på oppgavene som skal gjøres her og nå i gruppeterapi, enn det som stilles av krav til fokus i individualterapi. Problemene som oppstår i forhold til motivasjon og fokus antas å være tett forbundet med BPF-karakteristikker som går på hyppig opplevde kriser, store emosjonelle svingninger og ustabilitet vedrørende sosiale relasjoner. Målet er at disse krisene og utfordringene som pasienten opplever, og som kan svekke fokuset og motivasjonen for å jobbe med behandlingsplanen, skal bearbeides i individualterapi.

### **Reduksjon av frafall i terapi**

Både DBT og MBT er assosiert med redusert frafall fra terapi. Det å stå i behandlingen over tid gir større potensiale for tilegnelse av nye ferdigheter og mestringsstrategier. Behandlinger som avsluttes prematurt kan i denne pasientgruppen være et resultat av manglende allianse, brudd i alliansen eller andre situasjoner hvor pasienten har opplevd seg kritisert, avvist eller på andre måter har opplever terapisettingen som for vanskelig til å holde ut, eller komme tilbake til. Gjennom bevisst forberedelse av slike situasjoner kan pasientene i større grad makte å holde ut de vanskelige situasjonene. Økt oppmerksomhet på relasjonelle vansker kan forebygge at pasienten avbryter terapi prematurt. God allianse er sterkt assosiert med mindre risiko for frafall, mens dårlig eller manglende allianse anses som en risikofaktor for frafall (Swift, Greenberg, Whipple & Kominiak, 2012).

Swift og kolleger (2012) fremlegger 6 strategier som er assosiert med reduksjon i

frfall i terapi. Strategiene inkluderer *«informering om varighet, og mønster for endring, induksjon av roller, inkorporering av klientens preferanser, styrking av tidlig håp, tilrettelegging for terapeutisk allianse og vurdering og diskusjon rundt behandlingsprogresjon»* (Swift et al., 2012, side 1, egen oversettelse). Flere av disse strategiene kan knyttes opp mot introduksjonen av behandlingen, hvor psykoedukasjon rundt BPF og behandlingsformen står sterkt i både MBT og DBT. Den psykoedukative biten har sammenheng med behovet for et godt rasjonale bak behandlingsformen og fremgangsmåten, og ikke minst behovet for å få pasientene til å forplikte seg til behandlingsprogrammet. Det engelske begrepet «therapeutic engagement» («terapeutisk engasjement») kan defineres som; *«i hvilken grad en klient aktivt deltar i behandlingsprosessen, som antyder et objektivt aspekt som representerer pasientens etterlevelse og tilfredshet med timen, samt et subjektivt aspekt som reflekterer kognitiv involvering og tilfredshet med prosessen hos både pasienten og terapeuten»* (Crissman, 2010, egen oversettelse). En rekke studier tyder på at en av de viktigste faktorene knyttet til terapeutisk allianse og behandlingsutfall, er pasientenes villighet og reelle deltakelse i terapi (Mathys, 2017). Dette gir grunnlag for å påstå at, for å få fullt utbytte av en behandling, så må pasienten selv aktivt involvere seg i behandlingsprosessen (Lequerica & Kortte, 2010).

Psykoedukasjon kan forstås som et viktig element i å bygge tiltro til behandlingsformen, skape forståelse for hvorfor behandlingen er lagt opp som den er, og gi grunnlag for optimisme og håp om bedring. Dette er viktig i prosessen hvor pasienten forplikter seg til, og engasjerer seg i terapi. Flere effektstudier har vist at behandling av BPF med DBT signifikant reduserer faren for frafall i terapi (Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging, sist sjekket 17.8.2017). Dette kan henge sammen med den intensive forberedelsen pasientene får i forkant av at behandlingen iverksettes, noe som gjør pasientene mer rustet til å møte utfordringene som ellers ville ført til prematur avslutning

av behandling. Studier viser at en forberedelse av pasienten i forkant av terapi kan redusere faren for frafall og øke behandlingseffekten (Ogrodniczuk, Joyce & Piper, 2005).

## **Metode**

Sosial ferdighetstrening og emosjonsregulering er begge sentrale områder som DBT og MBT adresserer i terapi. Teorien bak både MBT og DBT ser sviktende funksjon i sosiale relasjoner, samt manglende emosjonsregulering, som kjernepsykopatologien i lidelsen. Sosial ferdighetstrening i DBT består av et undervisningsprogram som gis i grupper, som pasientene oppfordres til å trene på i dagliglivet, og som bearbeides i individualterapi og via telefonkonsultasjon. I MBT er den sosiale ferdighetstreningen øvelser i mentalisering. Også i MBT er mye av grunnlaget for sosial ferdighetstrening lagt i gruppeterapi, mens en videre bearbeiding og trening foregår også i individualterapi. Gruppeterapi i MBT kan sies å være noe mindre strukturert enn i DBT, men samtidig med et større fokus på læring og psykoedukasjon enn det er i individualterapi. Både MBT og DBT fordrer, at tilegnelse av adaptive ferdigheter i møte med sosiale situasjoner, vil redusere symptomtrykket og øke livskvaliteten til BPF-pasienter.

Petersen, Brakoulias & Langdon (2016) utførte en studie av mentalisering hos en gruppe individer diagnostisert med BPF, sammenlignet med en kontrollgruppe uten en psykiatrisk diagnose. De fant at individer med BPF mestret enkle mentaliseringsøvelser, men store avvik i mentaliseringsevnen forekom hos gruppen når oppgavene ble mer kompliserte, og i større grad krevde en evne til å identifisere og integrere flere perspektiver. Sviktende mentalisering er tett forbundet med sviktende sosiale ferdigheter, da mentaliseringsevnen på mange måter er selve grunnlaget for sosiale evner, i form av refleksjon rundt andres atferd, og ikke minst effekten som egen atferd kan ha på andre mennesker.

MBT søker å øke pasientens mentaliseringsevne først og fremst via den terapeutiske relasjonen, ved å aktivere tilknytningen slik at denne kan korrigeres. For å oppnå dette har

MBT fokus på det som skjer her og nå, for i størst grad å aktivere og involvere pasienten i det terapeutiske arbeidet, samt at terapeutene skal forsøke å opprettholde en emosjonell aktivering innenfor pasientens toleransevidu. Dette fordrer at terapeuten kan identifisere hvorvidt det pasienten snakker om i terapi er emosjonelt aktiverende, og om den emosjonelle aktiveringen er ideell for terapeutisk fremgang. For høy aktivering kan føre til kollaps av mentaliseringsevnen. Videre fordrer fremgang i terapi at terapeuten mestrer å hjelpe pasienten med å generere alternative synspunkt på samme opplevelse eller hendelse, slik at mentaliseringsevnen utvikles (Fonagy & Bateman, 2016). Prinsippet om å holde fokus på det som skjer i relasjonen her og nå, og ikke minst å ha fokus på emosjonell aktivering innenfor pasientens toleransevidu, er assosiert med terapeutisk endring. Forskning viser at det er meningsfullt å bruke prinsipper for emosjonsregulering. En slik fremgangsmåte i terapi kan ha positiv effekt på både selvmedfølelse, medfølelse for andre, og på personlighetsproblematikk (Schanche, Hjeltnes, Berggraf & Ulvenes, 2013).

MBT krever ikke bare at man som terapeut aktivt skal arbeide med pasientens mentaliseringsevne, men også at man hele tiden søker være mentaliserende, og stadig utvikler egen mentaliseringsevne. Dette krever blant annet at terapeuten kan mentalisere rundt egen atferd, og hvordan denne kan oppfattes og påvirke pasienten. Terapeuten må således erkjenne egne bidrag til eventuelle misforståelser. Det krever også at terapeuten kan si unnskyld, ta hensyn til pasientens opplevelser, og forsøke endre atferd slik at pasienten opplever å bli forstått og respektert (Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Dette kan bidra til endring hos pasienten gjennom modellerende læring, i tillegg til effekten det har på alliansen at terapeuten opptrer mentaliserende ovenfor pasienten.

Innenfor DBT er mye av den sosiale ferdighetstreningen gitt i grupper. Deltakerne får blant annet innføring i å uttrykke behov på sosialt aksepterte måter, hvordan man bevarer selvrespekt i møte med andre, og generelt hvordan man kan skape og opprettholde gode



relasjoner. Det gis også eksempel på ulike måter å formulere det samme behovet, samt at det oppfordres til diskusjon og refleksjon rundt hvordan de ulike måtene å uttrykke seg på kan oppfattes av andre. Dette er svært likt de eksplisitte mentaliseringsoppgavene i MBT, og har stort sett samme formål. Dette vil også repeteres, mer implisitt, i både gruppedynamikken og i individualterapi. Det kan også tenkes at sosiale ferdigheter bedres når pasientene får bedre strategier for emosjonsregulering. Høy emosjonell aktivering er sterkt assosiert med redusert mentaliseringsevne, noe som igjen er assosiert med dårligere samhandling med andre mennesker. Dette kan også tenkes å være grunnen til at DBT har større fokus på ferdighetstrening som påvirker den emosjonelle aktiveringen, i form av både akutte og mer langvarig emosjonsregulerende strategier.

I MBT antas emosjonsreguleringen å bedres gjennom økt mentaliseringsevne. De Meulemeester, Vansteelandt, Luyten & Lowyck (2017) har i en studie sett på sammenhengen mellom endringer i mentaliseringsevne og behandlingseffekt hos BPF-pasienter, og fant at behandling med MBT reduserte forstyrrelser i mentaliseringsevnen hos pasientene, og at dette også var assosiert med reduksjon i symptomtrykk. Mentalisering som begrep omfatter evnen til å reflektere over og forstå egne reaksjonsmønstre, noe som igjen bidrar til opplevelsen av at følelsene gir mening. I følge MBT vil denne meningsskapende biten, vedrørende egne emosjonelle reaksjoner og tilstander, ha en regulerende effekt ved at man gjennom forståelse øker opplevelsen av å ha kontroll (Fonagy & Bateman, 2016). Få studier har sett på effekten av MBT ved BPF, men studiene som har blitt utført viser lovende resultater vedrørende effekt på emosjonelle og impulsive symptomer, reduksjon av suicidalitet, selvskading og depressive symptomer (Bateman & Fonagy, 2013). Funnene indikerer at MBT bidrar til bedring av emosjonsregulering, noe som kan antas å medieres av økt mentaliseringskapasitet hos pasientene.

Innenfor DBT er det eksplisitt fokus på tilegnelse av emosjonsregulerende ferdigheter,

og da spesielt via spesifikke følelsesreguleringsferdigheter, i tillegg til ferdigheter innenfor mindfulness og ferdigheter knyttet til det å holde ut vanskelige situasjoner uten å aktivt forsøke å endre dem. Noen av disse ferdighetene er biologisk betinget, og forankret i det man vet om aktivering av det parasympatiske nervesystemet. Eksempelvis vil pasientene bli trent i å gjenkjenne tegn på at man er i ferd med å benytte seg av dysfunksjonelle reguleringsstrategier, som for eksempel behov for å selvskade. Dette skal deltakerne videre trene på, ved å reagere med annen atferd som også har umiddelbar virkning, som å dukke hodet i kaldt vann, eller ringe til terapeut for å få hjelp til å mestre situasjonen. Disse strategiene støttes av klinisk observasjon og erfaring som tyder på at suicidal og para-suicidal atferd reduseres drastisk relativt raskt i DBT-behandling (Milde, 2017).

Videre skal pasientene på sikt lære seg mer varige funksjonelle og adaptive reguleringsstrategier. Forskning på mindfulness i terapi, og effekt av mindfulness på emosjonsregulering, viser ulike funn. Dette kan forklares av operasjonaliseringsvansker av fenomenet. Enkelte studier støtter bruken av mindfulness i terapi (Guendelman, Medeiros & Rampes, 2017). Det antas også at mindfulness og mentalisering har vesentlige fellesnevner. Dette kan forklare den like effekten de har på emosjonsregulering hos pasienter i psykoterapi. Goodman (2014) antar at både mentalisering og mindfulness innebærer observasjon og kategorisering av mentale fenomener. Videre skiller de to konstruktene seg ved at mindfulness innebærer å godta disse mentale fenomenene, uten å forsøke å endre disse. Mentalisering innebærer innsikt i mening og motivasjon av egen og andres atferd, som et produkt av ulike mentale tilstander. En mentaliserende holdning gir forståelse av sammenhengen mellom, og påvirkning av ulike mentale tilstander, både i selvet og hos andre. Mer forskning må til for å kunne si noe mer om hvilke eventuelle fellestrekk som bidrar til emosjonsregulerende effekt, eller om den ene måten å forholde seg til mentale tilstander er

mer eller mindre regulerende for emosjonelle tilstander (Guendelman, Medeiros & Rampes, 2017).

### **Betydning av struktur**

Tre forhold fremheves i strukturen som DBT og MBT bygger på; 1) viktigheten av gruppeterapi som arena for sosial trening og erfaring, 2) individualterapi som arena for bearbeiding av pasientens erfaringer, tanker og følelser både i privatliv og i gruppeterapi, og i terapirommet og 3) jevnlig teamkonsultasjoner og –møter for ivaretagelse av terapeutene, kollegial støtte og veiledning, samt opprettholdelse av motivasjon og kompetanse.

Både MBT og DBT krever at deltakerne går i ukentlig gruppeterapi. I en pilotstudie av Blackford & Love (2011) fant de at ukentlig DB-gruppeterapi, som eneste behandlingsform over en periode på 6 måneder, førte til signifikant symptomreduksjon etter endt behandling og at økt oppmøte korrelerte med bedring i depresjonssymptomer, livskvalitet og daglig fungering. Forfatterne av studien konkluderer med at DB-gruppeterapi alene er et kostnadseffektivt behandlingstilbud for en rekke psykiske lidelser. De fleste deltakerne i denne studien hadde ikke personlighetsforstyrrelser, men viste likevel bedring av en rekke symptomer også assosiert med BPF. Harley, Baity, Blais & Jacobo (2005) sammenlignet behandling i form av kun gruppeterapi i DBT-format med integrert gruppe- og individualterapi i DBT-format. De fant at gruppeterapi alene hadde like god effekt som det integrerte formatet. Et problem som Harley, Baity, Blais & Jacobo (2005) fant under studien var at frafallsraten var vesentlig høyere blant gruppen som ikke også fikk individualterapi, noe som støtter antagelsen om at integrasjonen av individualterapi er viktig nettopp for å hjelpe pasientene å møte opp til gruppemøtene (Harley, Baity, Blais & Jacobo, 2005). Likevel tyder det på at gruppeterapi med sosial ferdighetstrening i stor grad er den utslagsgivende komponenten på den gode behandlingseffekten som DBT har på BPF, gitt at pasienten følger behandlingsforløpet til endes.

Generelt viser det meste av forskning at gruppeterapi har like god behandlingseffekt som individualterapi på en rekke psykiatriske lidelser, som angst- og depresjonslidelser (Førre, 2011). Som tidligere nevnt kan BPF-pasienter være ekstra sårbare for faktorer som kan høyne risiko for frafall fra terapi. Det er heller ikke uvanlig at pasienter kan vegre seg for gruppeterapi, blant annet grunnet fordommer om hva gruppeterapi innebærer, skam rundt egne vansker og vegring mot å dele dette med gruppen, eller egen forverring om man «tar inn over seg» andres vansker i tillegg (Førre, 2011). Gruppeterapi innebærer en intens sosial kontekst, noe som i seg selv kan føre til en rekke vansker for pasienter som sliter med den sosiale interaksjonen.

### **Implikasjoner for behandling av BPF**

En del elementer fra MBT og DBT kan, og bør, overføres til standard poliklinisk behandling av BPF. MBT har økt fokus på nødvendigheten av at institusjonen som behandlingen tilbys innenfor må være mentaliserende, i den forstand at arbeidsmiljøet og –kulturen oppleves som åpen, nysgjerrig og støttende. DBT har også fokus på viktigheten av arbeidsmiljø og –kultur, og at behandlere i stor grad bør delta på obligatoriske teammøter som kan tilby terapeutene både støtte og veiledning (Karterud, 2012; Robins & Rosenthal, 2011). Mye tyder på at kollegial støtte og veiledning er avgjørende for hvor gode behandlere er til å ivareta pasientene sine (Bjerke & Bekkemellem, 2012). Studier indikerer at veiledning av terapeuter har positiv innvirkning på deres evne til å ivareta den terapeutiske relasjonen (Svendsen, 2011). En institusjon vil dermed kunne øke behandlingseffekten, og redusere frafallsfaren, ved å påse at behandlere jevnlig møtes for å støtte og veilede hverandre i relevante problemstillinger, uavhengig av om det er spesifikt knyttet til en manualbasert metode.

Det er få studier som har sett på effekt av individuell behandling alene, gitt innenfor et DBT- eller MBT-format, på BPF. Samtidig kan flere metodiske og prosessuelle elementer ved

DBT og MBT overføres til individuell behandling. Eksempler på dette vil være kommunikasjonsstilen i DBT, den mentaliserende holdningen i MBT, bruken av kjede- og problemanalyser, psykoedukasjon, benyttelse av kontrakt og lignende. Den vesentlige forskjellen med å tilby MBT og DBT som ren individualterapi vil være fraværet av sosial ferdighetstrening i grupper. Reduksjon av frafall i terapi har vist seg å være sterkest knyttet til den individuelle behandlingen som gis i MBT og DBT, og det kan tenkes at en ren individualterapi innenfor et MBT- og DBT-format vil ha god effekt på BPF. Det trengs likevel mer forskning på dette feltet for å kunne si noe sikkert om effekt av MBT- og DBT-individualterapi.

Samtidig viser det seg at gruppeterapi ofte, for mange psykiatriske tilstander, har like god effekt som individuell terapi (Førre, 2011). Gitt at BPF i stor grad er preget av interpersonlige vansker, kan gruppeterapi ha en fordel når det kommer til utvikling av sosiale ferdigheter og sosial kompetanse. I tillegg til at det blir en trygg treningsarena for sosialt samspill, kan det også bidra til en opplevelse av fellesskap og samhold. Det kan også være nyttig for BPF-pasienter å oppleve at andre sliter med de samme vanskene som dem selv, og at noen forstår hvordan de har det. I tillegg kan gruppeterapi tilby ulike mestringsstrategier, perspektiver, holdninger og synspunkter (Kvaal, 2013).

BPF-pasienter er ikke en homogen gruppe, og det vil være ulikheter vedrørende symptomer, symptomtrykk, komorbide tilstander og opplevelsen av lidelsen. Dette har betydning for hvilket behandlingstilbud som passer ulike pasienter, og det er velkjent at det ikke finnes en behandlingsmetode som passer for alle individer i en gruppe med samme diagnose (Alegria, Atkins, Farmer, Slaton & Stelk, 2010). Forskning viser at BPF-pasienter som også har andre alvorlige psykiske lidelser, som ruslidelse, har dårligere prognose, og forhøyet fare for frafall eller suicidal atferd (Nysæter & Nordahl, 2015). MBT har også vist seg å være lovende for denne pasientgruppen, som ellers anses som en svært krevende

pasientgruppe å behandle (Arefjord et al., 2014). Det kan indikerer at rusproblematikk og samtidig BPF bør være et av kriteriene som utløser en behandling av mer integrert form. Videre tyder forskningen på at BPF-pasienter som har et støttende nettverk, som ikke lider av andre alvorlige lidelser som spiseforstyrrelser, alvorlig depresjon eller angstlidelser, og som har en sterk indre motivasjon for behandling har særlig god prognose (Nysæter & Nordahl, 2015). Dette kan fungere som indikatorer for pasienter som kan ha godt utbytte av gruppeterapi alene. Likevel, gitt det vi vet om diagnosen BPF, de sviktende sosiale ferdighetene som følger tilstanden, og effekten dette har på det sosiale miljøet rundt pasienten, vil de fleste BPF-pasienter ikke ha et optimalt sosialt nettverk eller mye sosial støtte. Tilgang på en sosial treningsarena, eller strukturert sosial ferdighetstrening i grupper kombinert med individuell terapi, hvor terapeutene har tett samarbeid om behandlingsløpet, er av avgjørende betydning. Dette impliserer at kombinert gruppe- og individuell terapi er det mest effektive behandlingsformatet for BPF.

Benyttelsen av kontrakter vil være viktig uavhengig av metodisk tilnærming i behandlingen. En slik kontrakt må nødvendigvis tilpasses den metodiske tilnærmingen, og det behandlingsløpet som er valgt. Innenfor DBT og MBT er det vanlig å presentere kontrakten i forbindelse med psykoedukasjon i grupper, og har først og fremst som formål om å øke sannsynlighet for deltakelse i gruppetimene. En slik bruk av kontrakter i terapi vil også ha betydning for problemstillinger knyttet til motivasjon, og vansker med å holde fokus på terapiens agenda. Om terapeutens styring, og harde fokus på timens innhold, på forhånd er rasjonalisert og gjennomgått, vil det sannsynligvis lettere godtas av pasienten. En slik kontrakt kan også være nyttig om det skulle oppstå negative reaksjoner på terapeutens styring. Ved at et rasjonale er gitt på forhånd kan terapeuten vise til at formålet for timen er nødvendig for behandlingsprogresjonen, noe som kan redusere faren for at pasienten opplever seg kritisert eller lite ivaretatt. Bruken av psykoedukasjon, og presentasjonen av et rasjonale for

innholdet i kontrakten, kan benyttes uavhengig av behandlingsmodell og metode, og bør vurderes som del av all behandling av BPF.

MBT konseptualiserer regulering av emosjoner og sosiale interaksjoner som primært knyttet til mentalisering. DBT har på sin side fokus på ulike mentale og fysiske strategier for å regulere emosjonelle responser og sosialt samspill. Mye tyder på at den totale effekten likevel er den samme; at pasientene får tilegnet seg nye ferdigheter, som er mer effektive og adaptive i møte med emosjonelt ubehag eller vanskelige sosiale situasjoner. Et vesentlig moment i behandlingen av BPF bør innebære en form for emosjonell regulering, og å øke evnen til å ta flere perspektiver, eller å innta ulike måter å forstå sosiale situasjoner.

## **Konklusjon**

Basert på tilgjengelig litteratur, og presentert forskningen i denne oppgaven, er følgende elementer vesentlige i behandling av BPF, uavhengig av metodisk tilnærming i psykoterapi: 1) Kombinert gruppe- og individualterapi, 2) benyttelse av kontrakter for å oppnå forpliktelse til terapi, 3) god allianse, preget av genuinitet og empati, og 4) bruk av teamkonsultasjon for å bygge opp under et støttende arbeidsmiljø.

Integrert behandling av BPF gir bedre utfall sammenlignet med individualterapi eller gruppeterapi alene. En slik behandlingsform er intensiv, preget av tett oppfølging av pasientene, og har fordelen av å kunne romme flere viktige aspekter i behandlingen. Gjennom individualterapi vil terapeuten ha mulighet til å jobbe med pasientens motivasjon og forpliktelse til behandlingsløpet, og i stor grad kunne bidra til redusert risiko for frafall. Samtidig vil bruken av gruppeterapi være en viktig arena for sosialt samspill, under observasjon og veiledning av kyndig personell, i tillegg til viktig psykoedukasjon og fokus på tilegnelse av nye sosiale og emosjonsregulerende ferdigheter. Det er mye som tyder på at en psykoedukativ gjennomgang av rasjonale for gruppeterapi, og en bruk av kontrakt for å oppnå forpliktelse og engasjement i denne delen av terapiforløpet, har en vesentlig betydning for

gjennomføring og oppnåelse av behandlingseffekt. Det tyder også på at en god allianse, preget av en validerende og genuin kommunikasjonsstil, er å foretrekke.

I tillegg blir betydningen av team møter, og konsultasjon av og for terapeutene, understreket i begge behandlingsformene. Et støttende arbeidsmiljø, som stimulerer til kollegial veiledning og ivaretagelse, er vesentlig innenfor alle former for helsearbeid. Det MBT og DBT søker å oppnå ved å ha systematiske, obligatoriske møter for nettopp å ha fokus på samarbeid, veiledning og kollegial støtte, er noe som bør tas med videre for alle institusjoner som søker å behandle og støtte opp under bedring av psykologiske lidelser og vansker. Dette er spesielt viktig i behandling av utfordrende problemstillinger, som for eksempel BPF.

Basert på funnene i denne oppgaven kan det hevdes at tilbudet bør utvides, slik at alle pasienter med en BPF-diagnose kan tilbys en integrert behandling som rommer de aspektene som her har blitt oppgitt som vesentlige behandlingskomponenter. MBT og DBT er begge gode valg av behandlingsmanualer, og kan vise til god behandlingseffekt i møte med BPF. Dette støtter en utvidet bruk av MBT og DBT i behandlingsinstitusjoner i Norge.



## Kilder

- Abrahamsen, R. (2012): *Mentaliseringsbasert psykopedagogisk gruppe i rusbehandling*.  
Kompetansesenteret Rus region vest Bergen – Stiftelsen Bergensklinikkene.
- Agrawal, H.R., Gunderson, J., Holmes, B.M. & Lyons-Ruth, K. (2007): *Attachment studies with borderline patients: A review*. Harv Rev Psychiatry. 2004; 12(2): side 94-104.
- Alegria, M., Atkins, M., Farmer, E., Slaton, E. & Stelk, W. (2010): *One size does not fit all : Taking diversity, culture and context seriously*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, vol. 37, issue 1-2, side 48 – 60.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. rev). Washington, DC: Author.
- Arefjord, N., Karterud, S. & Lossius, K. (2014): *Mentalisering i rusklinikk*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, vol. 51, nummer 6, 2914. Side 461-464.
- Baltzersen, K. (2013): *Dialektisk atferdsterapi (DBT) i behandling av selvskading hos ungdom – Effekt av behandling og mulige behandlingsmekanismer*. Det psykologiske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2013): *Mentalization-Based Treatment*. Psychoanalytic Inquiry. Vol 33, issue 6, side 595-613. DOI: 10.1080/07351690.2013.835170.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016): *Mentalization-based treatment for personality disorders, a practical guide*. (1<sup>st</sup>. ed) Oxford University Press, 2016.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2005): *Psychotherapy for borderline personality disorder*.  
Workshop on mentalisation based treatment. Oxford University Press.

- Bateman, A. & Mulder, R. (2015): *Treatment of personality disorder*. The Lancet. Volume 385, Issue 9969, 21-27 February 2015, ss. 735 – 743.
- Berglund, A., Frøysaa, C. & Siqveland, J. (2015): *Behandling ved kronisk suicidalitet – retningslinjer og realiteter*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol. 52, nummer 10, 2015, side 872 – 877.
- Bjerke, I. & Bekkemellem, S. (2012): *Hvordan kan sykepleier tilrettelegge for best mulig terapeutisk miljø for en pasient med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse?* Bachelor i sykepleie, Høgskolen I Gjøvik, avdeling for helse, omsorg og sykepleie.
- Blackford, J. U. & Love, R. (2011): *Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training in a Community Mental Health Setting: A Pilot Study*. HHS Public Access, Int. J Group Psychother. Vol 61, nr. 4: 645-657. DOI: 10.1521/ijgp.2011.61.4.645
- Brager-Larsen, A. T., Magnussen, S. & Hestetun, I. (2007): *Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge: Teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, vol 44, nummer 12, 2007, side 1475-1484.
- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (2012): *Transformation in psychotherapy: Corrective experiences across cognitive behavioral, humanistic, and psychodynamic approaches*. APA PsycNET. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/13747-000>
- Crissman, B. R. (2010): *Understanding and Improving Therapeutic Engagement with Adolescent Sexual Offenders*. School of Psychology, Griffith Health, Griffith University.
- 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. 2017;74(4):319-328. DOI:  
10.1001/jamapsychiatry.2016.4287

Daubney, M. & Bateman, A. (2015): *Mentalization-based therapy (MBT): an overview*. Sage journals, vol 23, side 132-135.  
DOI: <https://doi-org.pva.uib.no/10.1177/1039856214566830>

De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, 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

Dubovsky, S. (2017): *Is There a Best Psychotherapy for Borderline Personality Disorder?* NEJM Journal Watch Psychiatry. Hentet fra: [jwatch.org](http://jwatch.org), den 16.12.2017.

Donvold, A. (2013): *Hva er DBT? Dialektisk atferdsterapi (DBT)*. Hentet fra [www.dbt.no](http://www.dbt.no), 19.12.2017. <http://www.dbt.no/wp-content/uploads/2013/09/dbt-oversikt-okonomi-forskning.pdf>

Eliacin, J., Flanagan, M., Monroe-DeVita, M., Wasmuth, S., Salyers, M. P. & Rollings, A. L. (2017): *Social capital and burnout among healthcare providers*. Journal of Mental Health. DOI: <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417570>

Falkum, E. (2008): *Mentaliseringsbasert terapi ved ustabil personlighetsforstyrrelse*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Publisert 1. mai 2008. Hentet fra: [tidsskriftet.no](http://tidsskriftet.no), den 29.04.2017.

Farber, B. A. & Doolin, E. M. (2011): *Positive Regard*. Psychotherapy, 48(1), ss. 58 – 64.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022141>

- Fonagy, P. & Bateman, A. W. (2006): *Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD*. Wiley Periodicals, Inc. Journal of Clinical Psychology. 2006: 62(4):411-30. DOI: 10.1002/jclp.20241
- Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2015). *Translation: Mentalizing as Treatment Target in Borderline Personality Disorder*. Personality Disorders: Theory, Research and Treatment, 6(4), 380-392.
- Førre, Ø. (2011): *Gruppeterapi – bedre enn sitt rykte*. Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid. Hentet fra [www.napha.no](http://www.napha.no), 15.08.17.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P. & Ruan, W. J. (2009): *Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions*. Journal of Clinical Psychiatry, 2008 April: Vol 69, issue 4, side 533-545.
- Guendelman, S., Medeiros, S. & Rampes, H. (2017): *Mindfulness and Emotion Regulation: Insights from Neurobiological, Psychological and Clinical Studies*. Frontiers in Psychology, 2017; 8: 220. DOI: 10.3389/fpsyq.2017.00220.
- Harley, R. M., Baity, M. R., Blais, M. A. & Jacobo, M. C. (2005): *Use of dialectical behavior therapy skills training for borderline personality disorder in a naturalistic setting*. Psychotherapy Research, volume 12, 2007 – Issue 3. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/10503300600830710>
- Haskayne, D., Hirschfeld, R. & Larkin, M. (2014): *The outcome of psychodynamic psychotherapies with individuals diagnosed with personality disorders: a systematic review*. Journal Psychoanalytic Psychotherapy. Volume 28, issue 2, ss. 115-138.

- Hals, A. M. & Solbakken, J. M. (2014): *Hva er relasjonen mellom borderline personlighetsforstyrrelse, posttraumatisk stresslidelse og relasjonelle traumer?* Hovedoppgave NTNU, høst 2015. Hentet fra brage.bibsys.no, 5.9.2017.
- Helsedirektoratet. (2013). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. rev).
- Robins, C. J. & Rosenthal, M. Z. (2011): *Dialectical Behavior Therapy. Acceptance and Mindfulness in Cognitiv Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. Ed. Herbert, J. D. & Forman, E. M. John Wiley & Sons, Inc., Hoboken, New Jersey. Del 1, kapittel 7, side 164 – 192.
- Hidle, Selvaag & Berge (2012): *Systematisk tilbakemelding i psykoterapi – evaluering og forskning i en travel klinisk hverdag*. Tidsskrift for norsk psykologforening, vol. 49, nummer 12. Side 1186 – 1191.
- Holmer, S. N. & Horntvedt, I. J. (2016): *Samfunnsøkonomiske kostnader knyttet til psykiske lidelser*. Bacheloroppgave ved Høgskolen i Oslo og Akershus, økonomi og administrasjon, mai 2016.
- Ibraheim, M., Kalpakci, A. & Sharp, C. (2017): *The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder comparison with psychiatric and healthy controls*. DOI 10.1186/s40479-017-0052-x
- Karterud, S. (2011): *Mentalisering og MBT – Arbeidsark for mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppeterapi*. Oslo Universitetssykehus. Hentet fra mentalisering.no, 06.05.2017.

- Karterud, S. (2013): *Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi (MBT)*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, vol 50, nummer 8, 2013, side 759 – 764.
- Karterud, S. (2012): *Manual og vurderingsskala for mentaliseringsbasert gruppeterapi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Karterud, S. & Bateman, A.(2010): *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. 1. utgave. Gyldendal akademisk.
- Kliem, S., Kröger, C. & Kosdelfer, J. (2010): *Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78 (6), 936-951.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0021015>
- Knox, S. & Hill, C. E. (2003): *Therapist self-disclosure: Research-based suggestions for practitioners*. Journal of Clinical Psychology. Vol. 59, Issue 5, side 529-539. DOI: 10.1002/jclp.10157
- Koerner, K. (2011): *Doing Dialectical Behaviour Therapy*. 1. Ed. Guilford Pubn.
- Korsgaard, H. O. (2010): *Alvorlige personlighetsforstyrrelser*. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, 2010. Den Norske legeforening. Hentet fra legeforeningen.no, 01.05.2017.
- Kvaal, B. (2013): *Derfor brenner Lossius for gruppeterapi*. ROP, Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. Hentet fra rop.no, 5.11.17.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2015). *Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-*

- based treatment for patients with borderline personality disorder—Does it make a difference?* Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88(1), 71-86. <https://doi.org/10.1111/papt.12036>
- Laberg, S. (2016): *Kliniske erfaringer med dialektisk atferdsterapi (DBT)*. Psykiatrikonferansen Schizofrenidagene i Stavanger. Stavanger, 11.11.2016.
- Larsen, K. B. (2017): *Når pasienten vekker det verste i deg*. Hentet fra sykepleien.no / Forskning den 29.04.2017.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. & Leweke, F. (2011): *Borderline personality disorder*. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com), vol 311.
- Lequerica, A. H. & Kortte, K. (2010): *Therapeutic Engagement: A Proposed Model of Engagement in Medical Rehabilitation*. American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation, vol 89, issue 5. Side 415-422. DOI: 10.1097/PHM.0b013e3181d8ceb2
- Lindquist, K. A., Tørmoen, A. J. & Mehlum, L (2013): *Dialektisk atferdsterapi - en relevant behandling for pasienter med rusmisbruk og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse*. Suicidologi, 2013, årg. 18, nr. 3.
- Linehan, M.M. (2014): *DBT Skills Training Handouts and Worksheets*. 2. Opplag. Guilford Press
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A. & Murray-Gregory, A. M. (2015): *Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis*. JAMA Psychiatry. 2015; 72(5):475-82. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.

- Little, H., Tickle, A. & das Nair, R. (2017): *Process and impact of dialectical behavior therapy: A systematic review of perceptions of clients with a diagnosis of borderline personality disorder*. PubMed.gov, psychol Psychotherapy. 2017 october 16. DOI: 10.1111/papt.12156.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, Z. M., 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). Side 459-480.
- Malt, U. (2016): *Borderline*. Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/borderline>, 01.05.2017.
- Mathys, C. (2017): *Effective components in juvenile justice facilities: How to take care of delinquent youths?* Children and youth Services Review, vol 73 (2017). Side 319-327
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J. & Links, P. S. (2012): *Dialectical Behavior Therapy Compared With General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder: Clinical Outcomes and Functioning Over a 2-year Follow-up*. The American Journal of Psychiatry. Vol. 169, Issue 6, pp. 650-661.
- Milde, L. I. (2017): *Innføring i Dialektisk atferdsterapi*. PowerPoint-presentasjon og foredrag ved Universitetet i Bergen, Det psykologiske fakultet. Holdt 16.01.2017, Bergen.
- 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*. BioMed Central Ltd, 2014. DOI: 10.11.86/2051-6673-1-15.
- Möller, C., Karlgren, L., Sandell, A., Falkenström, F., & Philips, B. (2016). *Mentalization-based therapy adherence and competence stimulates in-session mentalization in*



*psychotherapy for borderline personality disorder with co-morbid substance dependence. Psychotherapy Research, 1-17.*

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og – forebygging (NSSF): *Om DBT – Dialektisk atferdsterapi; HVA og HVORFOR*. Hentet 17.8.2017 fra [dbt.no/om-dbt](http://dbt.no/om-dbt).

Norcross, J. C. (2011): *Psychotherapy relationships that work*. 2. opplag. Oxford University Press.

Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2014): *Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell i en ny traumepsykologi*. Tidsskrift for Norsk psykologforening. Vol 51, nummer 7, 2014, side 530 – 536.

Nysæter, T. E. & Nordahl, H. M. (2015): *Hva bestemmer utfall av behandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse? En oversikt over kjønns spesifikke prognostiske faktorer*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, vol 52, nummer 7, 2015, side 587 – 593.

Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S. & Piper, W. E. (2005): *Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy*. Harv Rev Psychiatry, vol 12, issue 2, side 57-70. DOI: 10.1080/10673220590956429.

Oslo universitetssykehus (2016): *MBT: 17 intervensjonsledd*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no>, 02.05.2017.

<https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/psykisk-helse-nasjonale-og-regionale-funksjoner/seksjon-for-personlighetspsykiatri/mbt-kvalitetslaboratorium/mbt-17-intervensjonsledd>

- Oslo universitetssykehus HF (2011): *Behandlingsprogram*. Hentet fra [ous.prod.fpl.nhn.no](http://ous.prod.fpl.nhn.no) 29.04.2017. [http://ous.prod.fpl.nhn.no/omoss\\_/avdelinger\\_/personlighetspsykiatri-personlighetspoliklinikken\\_/Sider/behandlingsprogram.aspx](http://ous.prod.fpl.nhn.no/omoss_/avdelinger_/personlighetspsykiatri-personlighetspoliklinikken_/Sider/behandlingsprogram.aspx)
- Petersen, R., Brakoulias, V. & Langdon, R. (2016): *An experimental investigation of mentalization ability in borderline personality disorder*. *Comprehensive Psychiatry*, vol. 64, jan. 2016, side 12 – 21.
- Robins, C. J., Ivanoff, A. M. & Linehan, M. M. (2001): *Handbook of Personality Disorders*. Guildford Press. Redigert av Livesley, W. J. Kapittel 21. Dialectical Behavior Therapy.
- Robins C. J. & Rosenthal, M. Z. (2011): *Acceptance and Mindfulness in Cognitive behavior Therapy*. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken. Redigert av Herbert, J. D. & Forman, E. M. Kapittel 7, side 164 – 192.
- Rogers, C. R. (2007): *The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, Vol 44, issue 3, side 240-248.
- Rossouw, T. (2013): *Mentalization-based treatment: Can it be translated into practice in clinical settings and teams?* *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2013. Vol. 52 (3), side 220-222.
- Rüsch, N., Schiel, S., Corrigan, P. W., Leihener, F., Jacob, G. A., Olschewski, M., Lieb, K. & Bohus, M. (2008): *Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder*. *ScienceDirect, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 39, side 497 – 503.

- Rø, F.G.(2017): *Hva er personlighetsforstyrrelser?* Norsk psykolog forening. Publisert april 2016 (endret juli 2017). Hentet fra [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no), 5.9.2017
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011): *Repairing Alliance Ruptures*. Psychotherapy, Vol.48, issue 1, side 80-87.
- Schanche, E., Hjeltnes, A., Berggraf, L. & Ulvenes, P. (2013): *Affektfobi-terapi: Prinsipper for å nærme seg følelser gjennom gradvis eksponering i psykoterapi*. Tidsskrift for norsk psykologforening, vol 50, nummer 8, side 781-789.
- Shenk, E. C. & Fruzzetti, A. E. (2011): *The Impact of Validating and Invalidating Responses on Emotional Reactivity*. Journal of Social and Clinical Psychology; vol. 30, No. 2, pp. 163 – 183. DOI: <https://doi.org/10.1521/jscp.2011.30.2.163>
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008): *Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep*. Tidsskriftet den Norske Legeforening, No 9, 1. mai 2008, 128:1066-9
- Stangeland, T. (2012): *Når sikreste behandling ikke er beste behandling*. Tidsskrift for norsk psykologforening, vol 49, nummer 2, side 138-144.
- Stiles, T. C. (2005): *Betydningen av den terapeutiske alliance: En studie av alliansens predikative validitet*. Tidsskrift for Norsk psykologforening, vol 42, nummer 11, side 998-1003.
- Svendsen, I. H. (2011): *Veiledning som helsefremmende bidrag: På hvilken måte kan veiledning bidra til opplevelse av sammenheng i arbeidet som miljøpersonell i psykisk helsevern, sett i lys av Aaron Antonovskys begrep Sense of coherence*. Masteroppgave, Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap, Norges Tekniske Naturvitenskapelige Universitet.

Swenson, C. R. & Choi-Kain, L. W. (2015): *Mentalization and Dialectical Behavior Therapy*. American Journal of Psychotherapy. Vol. 69 (2). Side 199 – 217.

Swenson, C. R., Sanderson, C., Dulit, R. A. & Linehan, M. M. (2001): *The application of Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder on Inpatient Units*. Psychiatric Quarterly. Vol. 72 (4).

Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L. & Kominiak, N. (2012): *Practice recommendations for reducing premature termination in therapy*. Professional Psychology: Research and Practice, Vol. 43, issue 4, side 379-387. DOI: 10.1037/a0028291

Thorsrud, T. (2014): *Skjematerapi og metakognitiv terapi som behandlingstilnærming for borderline personlighetsforstyrrelse: en komparativ studie*. Hovedoppgave. Psykologisk institutt, Fakultet for Samfunnsvitenskap og Teknologiledelse, Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet.

Tranøy, K. E. (2017): *Dialektikk – filosofi*. I Store norske leksikon. Hentet 01.05.2017 fra [https://snl.no/dialektikk - filosofi](https://snl.no/dialektikk_-_filosofi)

Vangronsveld, K. L. & Linton, S. J. (2011): *The effect of validating and invalidating communication on satisfaction, pain and affect in nurses suffering from low back pain during a semi-structured interview*. European Federation of International Associations for the Study of Pain Chapters. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2011.07.009>.

Walsh, C., Ryan, P. & Flynn, D. (2018): *Exploring dialectical behaviour therapy clinicians' experiences of team consultation meetings*. Borderline Personality Order and Emotion Dysregulation. 2018, volume 5, issue 3. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0080-1>

- Wangen, L. E. (2016): *Fra lidelse til relasjonell kompetanse: Bedrer dialektisk atferdsterapi interpersonlig fungering hos pasienter med Borderline personlighetsforstyrrelse?* Masteroppgave, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.
- Westeren, I. (2014): *Gruppeterapi: Løvetannbarnet?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol 51, nummer 8, 2014, side 624-628.
- Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J. & Guimond, T. (2013): *Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder.* Journal of Personality Disorders, vol 27, issue 6. Side 716 – 726.
- Zahratka, C. (2010): *Dialectical behavior therapy: The effect of the consultation team on potential therapist burnout.* Walden University, ProQuest Dissertations Publishing, 2010.
- 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.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. Vol 49, issue 12. DOI: 10.1007/s00127-014-0878-0.