

GRUPPEPSYKOTERAPI FOR PASIENTER MED BORDERLINE PERSONLIGHETSFORSTYRRELSE – HVA
SKILLER MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI FRA PSYKODYNAMISK GRUPPETERAPI?

**Gruppepsykoterapi for pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse – hva skiller
mentaliseringsbasert gruppeterapi fra psykodynamisk gruppepsykoterapi?
En sammenlignende kasus-studie ved bruk av kvantitativ og kvalitativ innholdsanalyse.**

Jens Kalleklev

Hovedoppgave i psykologi

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Forord

Først vil jeg takke pasientene og terapeutene som har tillatt meg å benytte materialet som de har skapt til forskning. Det har vært en svært lærerik prosess. Videre vil jeg takke Sigmund Karterud for å ha gjort dette prosjektet mulig og for hans veiledning, faglige innspill og diskusjoner.

Deretter vil jeg takke Hans Nordahl for sine konstruktive kritiske kommentarer som har hjulpet meg strukturere oppgaven og heve presisjonsnivået. Til slutt vil jeg takke min kjære Ingrid som har støttet meg gjennom skrivingen og gjort dette praktisk mulig å gjennomføre.

Hovedoppgaven har i overkant av 100 sider som er den anbefalte øvre grense for hovedoppgaver ved Psykologisk Institutt, NTNU. I samråd med veileder professor Hans Nordahl er dette godkjent fordi oppgaven beskriver klinisk arbeid og prosesser i detalj, for å belyse de sentrale likheter og forskjeller mellom de to terapiformene, som er oppgavens hovedpoeng.

Trondheim, juli 2015

Jens Kalleklev

Sammendrag

Studiens hensikt: Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan spesifikke egenskaper ved mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G) innen terapeutaktivitet, pasientaktivitet, struktur og gruppemiljø, kan bidra til å fremme mentalisering hos pasienter med borderline lidelse i en rutinemessig klinisk praksis, og hvordan MBT-G på disse områdene eventuelt har likheter til eller skiller seg fra sammenlignbar tradisjonell psykodynamisk gruppepsykoterapi for tilsvarende pasientgruppe.

Metode: Studien er en sammenlignende kasus-studie som undersøker et representativt klinisk eksempel på mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G) og et representativt klinisk eksempel på psykodynamisk gruppeterapi (PDG). Begge gruppene besto av pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF). Studien har benyttet en blandet metodisk tilnærming med både kvantitative, bl.a. vurderingsskala for MBT-G og skala for refleksiv funksjon (RF-skala) og kvalitative undersøkelsesmetoder som innholdsanalyse med tematisk analyse som verktøy.

Resultater og konklusjon: Studiet peker mot at MBT-G har et konsekvent større fokus på følelser og mentale tilstander enn PDG, og at intervensjoner med utfordrende eller målrettet mentaliseringsfremmende karakter, kan synes å spille en viktig rolle i å øke pasienters mentaliseringsnivå. På tross av betydelig overlapp i intervensjonslikhet mellom metodene, så tyder funnene også på at overlappet delvis er av overfladisk karakter, da metodene synes grunnleggende sett å representere to ulike terapiprosesser. På grunn av undersøkelsens begrensede utvalg, så vil imidlertid generaliserbarheten til resultatene være usikker. Studien peker også på behov for å videreutvikle RF-skalaen til bruk på ustrukturert materiale, samt utvikle kriterier for å skille «demand»- fra «permit»-karakter (jmf. det voksne tilknytningsintervjuet) ved intervensjonene også i ustrukturert materiale.

Søkeord: psykodynamisk gruppeterapi, gruppepsykoterapi, mentaliseringsbasert gruppeterapi, refleksiv funksjon, vurderingsskala for MBT-G

1.0 INNLEDNING

1.1 Psykodynamisk gruppeterapi (PDG)

Innen psykiatrien er gruppepsykoterapi en av de mest utbredte behandlingsmetodene, men blir av og til oppfattet som underordnet sammenlignet med individuell terapi (Montgomery, 2002). Imidlertid er det empiriske evidensgrunnlaget for «efficacy/effectiveness» til gruppepsykoterapi generelt sett betydelig for en rekke mentale lidelser (Fuhriman and Burlingame, 1994; Burlingame, Fuhriman og Mosier, 2003; Burlingame, MacKenzie og Strauss, 2004). Som en motvekt til nittenhundretallets tanker om individets forrang, som lenge har dominert vestens kultur, så fremsatte Foulkes allerede på 50-tallet en motsatt posisjon der han argumenterte for at det ikke finnes noe slikt som et individ eksisterende utenfor det sosiale (Foulkes, 1948; Foulkes & Anthony, 1957). Foulkes (1968) mente videre at individuelle psykiske lidelser, da særlig nevroses og personlighetsforstyrrelser er relatert til menneskelige relasjoner og manifesterer seg i individets relasjoner i en gruppe. Han mente derfor at den beste behandlingen man kan gi personen er gjennom gruppebehandling, fordi den fungerer som en base for dypere forståelse og korreks av dysfunksjonell menneskelig atferd (Lorentzen, 2014).

På bakgrunn av sine oppfatninger og erfaringer med gruppebehandling utviklet Foulkes (1964) en psykodynamisk gruppeterapi, som han kalte gruppeanalyse. Målet var å utforske og undersøke gruppesamspillet for å optimere interaksjonen mellom gruppe medlemmene og å øke bevisstheten om gruppens dynamikk og de individuelle deltakernes intrapsyriske konflikter, for deretter å korrigere irrasjonelle og problematiske former for atferd og interaksjonelle mønstre (Foulkes & Anthony, 1974). Bruken av denne innsikten og de nye korrektive erfaringene benyttes til å fremme atferdsendring i og utenfor gruppen og kan være startpunktet for et mer realistisk selvilde, som kan bidra til å endre dysfunksjonelle interpersonlige atferdsmønstre og fasilitere tilegnelsen av nye og mer funksjonelle mønstre (Lorentzen, 2014).

I gruppeanalyse er det gruppen (pasienter og terapeuter samlet) som utfører behandlingen av den individuelle pasient. Gruppen ansees derfor som det faktiske behandlingsinstrumentet og det er terapeutens oppgave å engasjere gruppen i prosessen (Lorentzen, 2014).

Foulkes (1975) var også opptatt med å forstå hvordan gruppen fungerer som en helhet. Ved å relatere til hverandre, så gjenskaper gruppe medlemmene de betingelser fra deres primære nettverk, slik de oppfattet dem, bevisst og ubevisst. Når de får utvikle seg over tid, så kan disse nettverkene av overføringer mellom deltakere og ledere også sees på som tilknytningsmønstre til

primærobjekter og relasjonelle mønstre prosessert overfor andre medlemmer av familiegruppen (Lorenzen, 2014). Foulkes (1964) så det slik at essensen i den terapeutiske prosessen handlet om å arbeide seg frem mot en mer og mer artikulert form for kommunikasjon.

Han snakket også om ego-trening i aksjon for å beskrive en viktig faktor i endringsprosessen. Det finner sted når individet igjen og igjen blir stimulert til å handle i gruppen, men utsetter å gjøre dette. Gjennom det avslører han/henne sine problemer, som kan reflekteres over samtidig som han forsøker å oppfatte sine følelser. Den nye innsikten som oppnås gjennom analyse og nye responser fra andre i gruppen vil lede mot modifisering av personens tidligere atferd og gjøre ham åpen for ny læring (Lorentzen, 2014).

Gruppen har en klar ramme og struktur, det være seg rommet, antall og lengde på møtene, betalingsordninger, regler for atferd i og utenfor gruppen etc. som er terapeutens ansvar å overholde (Lorentzen, 2014). Hensikten er å skape en ramme der individenes og gruppens særegne atferd blir synlig og dermed tilgjengelig for analyse/oversetting.

I starten av gruppeanalysen formidles det til pasientene at gruppene er en mulighet til å snakke åpent og fritt om ethvert tema de måtte ønske i løpet av sesjonen. Terapeuten vil på sin side forsøke å hjelpe pasientene til å forstå og oppløse de problemene som brakte de til terapi i utgangspunktet. Pasientene blir oppmuntret til å være åpne verbalt og gjennom interaksjon med andre gruppemedlemmer og terapeutene. Terapeutens oppgave er å fasilitere fremgang i gruppen med eller uten en hypotese om hvor man skal.

Foulkes (1964) sammenlignet gruppeanalyse med et symfoniorkester der man først og fremst erfarer mentale prosesser som en samlet enhet. Terapeuten skal samtidig som han leder gruppen også gjøre seg tilgjengelig for gruppen som et overføringsobjekt og også la seg bli ledet av gruppen. Målet er å utvikle en arbeidsgruppe som er oppgaveorientert, der alle medlemmene kommuniserer gjennom en fri gruppe-assosiasjon. Innholdet i gruppen består av å arbeide mot en dypere forståelse av uttalelser og interaksjoner i gruppen. Terapeutens oppgave er å assistere i klargjøring og oversetting av ubevisst (latent) innhold for å gi deltakerne en mulighet til å lære noe nytt om dem selv og andre.

Terapeuten benytter ofte tolkning som verbal intervensjon for å sette ord på følelser eller mening som er latent i gruppen som helhet eller i det de individuelle medlemmene sier eller gjør. Arbeidet kalles gjerne oversettelse. Oversettelse av atferdsmessige og interaksjonelle hendelser krever ofte en mer tentativ tilnærming, der mulighetene for forståelse holdes åpne. Terapeuten

skal dermed unngå å innta rollen som rådende ekspert på andres ubevisste liv, noe som kunne forstyrre den gruppeanalytiske kulturen.

1.2 Pasienter med borderline lidelse og gruppepsykoterapi

En pasientgruppe som lenge har vist seg utfordrende å behandle i gruppeterapi er pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF; Kanas, 2006). BPF er en diagnostisk kategori beskrevet i «Diagnostic and statistical manual of mental disorders» (DSM-V; APA, 2013) og som i «International classification of diseases» (ICD-10) betegnes på norsk som «emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse» (WHO, 1993).

De grunnleggende trekkene ved BPF er et mønster av markert impulsivitet og ustabilitet i affekter, interpersonlige relasjoner og selvbilde. Mønsteret oppstår gjerne tidlig i voksenlivet og gjør seg gjeldende på en rekke situasjoner og kontekster. Andre symptomer som separasjonsangst eller frykt for å bli forlatt og intense sinneutbrudd og irritabilitet, bidrar også til at personer med denne lidelsen gjerne møter liten forståelse i sine omgivelser da reaksjonene ofte synes ute av proporsjoner. Personer med BPD har dessuten en tendens til å tenke i svart/hvitt, der de alternerer mellom idealisering og høye forventninger, som ofte fører til skuffelse og devaluering av andre. Selvskading og suicidal atferd er utbredt i denne gruppen (Paris, 2010). Å fullt ut oppfylle kriteriene for lidelsen innebærer et gjennomgående, varig og lite fleksibelt mønster av maladaptive indre erfaringer og patologisk atferd. På en annen side kan en også se pasienter som har sentrale borderline-lignende personlighetstrekk uten å fullt ut kvalifisere til diagnosen. Demografiske studier estimerer at BPF har en prevalens på ca. 1.2 % i befolkningen (Torgersen, 2005). I klinisk sammenheng er tilstanden kjent for å være den mest hyppige personlighetslidelsen (Karterud et al., 2010).

Evidensen for gode utfall med disse pasientene i gruppepsykoterapi synes altså å være mindre robuste, og visse studier finner kun små til moderate effektstørrelser (Kanas, 2006). Andre studier har sannsynliggjort at de svake utfallene kan reflektere pasientens behov for mer støtte enn det som kan gis i tradisjonell gruppeterapi (Bateman, 2008).

Litteraturen peker imidlertid på både fordeler og ulemper med behandling i gruppe (Karterud, 2012; O'Leary, Turner, Gardner & Cowdry, 1991). På den ene siden synes det å være en fordel å kunne direkte utforske og bearbeide interpersonlige problemer som ofte kjennetegner disse pasientene (Gunderson, 2006). Man unngår dessuten til en viss grad at det tette to-

personforholdet som man har i individualterapi, blir for ladet med sterke overførings- og motoverføringskrefter, da dette fordeles ut på flere personer. Man kan dessuten unngå noe autoritetsproblematikk ved at tilbakemeldinger og konfrontasjoner ikke bare kommer fra terapeuten, men også fra likestilte medpasienter (Karterud, 2012).

På en annen side vil tradisjonell gruppeterapi, som i hovedsak har vært psykodynamisk/interpersonlig, vanligvis være en relativt ustrukturert situasjon der det fort kan skje uventede og dramatiske ting, der terapeuten har mindre kontroll enn i individualterapi. Pasienter med borderline lidelse som ofte er følelsesmessige labile og krenkbare, kan fort la seg rive med i en følelsesaktivert tilstand og havne i destruktive eller meningsløse utvekslinger med andre (Bateman & Fonagy, 2004). Et dilemma for terapeuten blir hvor mye tid og hensyn som skal brukes på å roe ned en enkelt pasient på bekostning av de andre gruppemedlemmenes behov og gruppen som helhet. Pasienter med borderline lidelse har dessuten en tendens til å spille på latente motsetningsforhold som eksisterer i gruppen og kan fremme destruktive splittelsestilstander mellom gruppemedlemmer (Karterud, 1999; O’Leary et al., 1991). Et annet scenario er at noen pasienter med borderline lidelse reagerer sterkt følelsesmessig, men av ulike årsaker (f.eks. synes det er vanskelig å dele) holder sine aktiverte, kaotiske følelser for seg selv, og som det vil kreve masse energi på å få løst opp i etterkant.

En undersøkelse gjort ved Avdeling for personlighetspsykiatri (Oslo universitetssykehus) dybdeintervjuet pasienter med borderline lidelse om hva som fikk de til å droppe ut av gruppeterapi (psykodynamisk orientert gruppeterapi der alle deltakere hadde alvorlig personlighetspatologi) (Hummelen, Wilberg & Karterud, 2007). Pasientenes svar kan kort oppsummeres i at «gruppeterapien skapte for mye ubehag». Særlig «aktivering av sterke negative følelser» og «for mye kverning (ruminering) etter hvert gruppemøte» ble oppgitt som begrunnelser. Pasientene oppga også at de hadde opplevd terapeutene som for passive og lite engasjerte og ga uttrykk for at de ønsket at terapeutene i større grad hjalp dem med å forklare hvordan de kunne nyttiggjøre seg gruppepsykoterapi. De ønsket også at terapeutene kunne gitt klarere uttrykk for at de hadde merket seg pasientenes ubehag og at de kunne vært mer ydmyke og innrømmet egne feil og mangler. Terapeutene på sin side hadde oppfattet pasientene som «velfungerende» og «modne» og blitt noe overrasket over at de hadde droppet ut. I ettertid kunne de se at de ikke hadde gjennomskuet den «masken» pasientene hadde tatt på seg.

Undersøkelsen referert til ovenfor kan demonstrere hvordan pasienter med borderline lidelse lett får aktivert negative emosjoner og negative selvtilstander i dynamiske grupper, at disse tilstandene ikke blir tilstrekkelig fanget opp av terapeutene (som i stedet kan ha en tendens til å overvurdere pasientenes evne til selvregulering), at pasienter kan komme inn i en negativ spiral av å føle seg oversett, misforstått og ikke høre til, og etter hvert opparbeide økende skepsis og uartikulert kritikk av medpasienter og terapeuter som fører til brudd. I en slik negativ interpersonlig spiral kan tilbaketrekning forstås som selvbeskyttelse, men også som tragiske gjentakelser av tidligere erfaringer med relasjonsbrudd. Disse forhold peker mot at profesjonell borderlinebehandling bør ha innebygde strategier som kan forhindre at slik iscenesettelse får utspille seg på destruktivt vis og at slike hendelser benyttes mer konstruktivt.

1.3 Tilpasninger av PDG for pasienter med BPF

Det finnes ingen fasit på hvordan terapeuten i PDG skal oppføre seg i enhver situasjon (Karterud, 1999). Ulike situasjoner vil kreve ulike tilnærminger. Noen ganger vil det være behov for mer eller mindre støttende intervensjoner, mens andre ganger er det behov for mer eller mindre utfordrende (angst-aktiverende/fortolkende) intervensjoner (Lorentzen, 2014). Selv om det i tradisjonell psykoanalyse er lagt hovedvekt på å innta en nøytral posisjon med vekt på tolkning viser for øvrig forskning at støttende teknikker også er viktig med bedre integrerte pasienter (MacKenzie, 1997). Et prinsipp og styre etter vil være å se hvorvidt intervensjonene fører til økt samarbeid, positiv allianse og samhold i gruppen. I en støttende tilnærming vil terapeuten være mer transparent og friere til å uttrykke aksept, respekt og at han liker pasienten, mens i en utfordrende tilnærming vil terapeuten ikke avvike mer fra nøytralitetsposisjonen enn det kreves for å opprettholde en god allianse (Lorentzen, 2014).

En støttende stil vil også være mer konverserende og fokusert på den «virkelige» relasjonen enn den mindre transparente utfordrende stilen (gjerne med lengre pauser stillhet). Støttepregete retninger er også mer målrettede i motsetning til de mer utfordrende retninger, der målet er en frittflytende assosiasjon uten et på forhånd planlagt mål. I støttepregede retninger er det også fokus på å beskrive mønstre på et atferdsmessig, kognitivt og interpersonlig nivå for å endre de (Karterud, 1999). En tolkningspreget tilnærming søker derimot å fokusere mer på de affektive aspektene og forsøker å knytte intrapsykiske konflikter mellom ønsker og motiver med nåværende angst og tidligere erfaringer. I støttepregede retninger er man også mer opptatt av å

fremheve fremdrift og bedring, samt installering av håp og støtte/ros, i motsetning til tolkningspregede tilnærminger der selvfølelsen er forventet å forbedre seg på bakgrunn av bedre fungering og innsikt (Yalom & Leszcz, 2005; Lorentzen, 2014). Støttende tilnærminger forsøker å i større grad unngå terapirelatert angst og plukke det opp umiddelbart dersom det skulle fremkomme som en sideeffekt av arbeidet i gruppen. I en mer utfordrende tolkningsfokusert modell, så er det forventet at terapirelatert angst kan øke som en direkte konsekvens av terapeutens mer krevende holdning. Angsten blir kun håndtert direkte dersom den blir destruktiv. I støttepregede tilnærminger vil forsvar i mindre grad bli adressert dersom de ikke er særdeles umodne og destruktive. Dette i motsetning til en mer tolkningsfokusert modell der målet er å forstå forsvaret og hvorfor de er nødvendige. Teknikker som fokusering, «reframing», klargjøring, konfrontasjon og utfordring er benyttet i begge tilnærmingene, men i en støttepreget modell prøver man i tillegg å understreke pasientens styrker og maksimere hans autonomi. F.eks. kan det brukes suggestive teknikker for aktivt å forsøke strukturere pasientens livssituasjon og tilby trøst og beroligelse (Lorentzen, 2014). Overføring blir kun adressert i støttepregede tilnærminger dersom de forhindrer fremgang i terapien, og positiv overføring blir ikke diskutert. Alle aspekter ved overføring blir aktivt utforsket i en tolkningsfokusert tilnærming.

Tilpasninger mot en mer støttende stil gjøres av og til med hensyn til f.eks. kortere varighet (mer fokusert) eller spesielt utfordrende pasientgrupper, slik som pasienter med borderline lidelse. Tilpasningene for denne gruppen kan innebære større terapeut-aktivitet, mer struktur, mer fokusert behandlingsproblem, mer arbeid i nuet og mer oppmerksomhet på avslutningsfasen. Overordnet kan man altså si at prinsippet om å overlate terapiarbeidet til gruppen tones ned og terapeuten tar mer ansvar. Den aktuelle psykodynamiske gruppen som er undersøkt i denne studien er et eksempel på PDG med en støttende stil.

1.4 Mentalisering og BPF

I løpet av de siste 20-30 årene har det imidlertid vært en trend i retning av å forstå de sentrale problemene hos pasienter med BPF som en konsekvens av raske svingninger i og hyppig tap av mentaliseringsevnen i interpersonlige relasjoner (Fonagy & Luyten, 2009). Begrepet mentalisering har sine røtter i Pierre Marty sin psykoanalytiske teori og dreide seg om en beskyttende funksjon som skulle gjøre det førbevisste systemet i stand til å holde sammen mentale konstruksjoner (Rydén & Wallroth, 2008). Begrepet har deretter blitt diskutert frem og

tilbake av Lacan og Bion frem til Bateman og Fonagy omdefinerte ordet til å referere et generelt konsept av et symbolmediert, sekundært system for selv-representasjon, affekter og objekter (Fonagy, Bateman & Luyten, 2012). Mentalisering tillater en person å forstå at hans eller hennes egen atferd og atferden til andre personer er forårsaket av visse mentale tilstander, som f.eks. ønsker, fantasier, redsler, osv. Man tenker altså på mentalisering som den mentale prosessen et individ implisitt og eksplisitt tolker sine egne og andres handlinger gjennom, en tolkning der mening knyttes til handlingene på bakgrunn av hvilken intensjonell mental tilstand, som f.eks. personlige ønsker, behov, følelser, overbevisning og rasjonaler (grunner), som antas/forstås å ligge bak handlingen (Bateman & Fonagy, 2004).

Denne evnen kan bare utvikle seg i konteksten av trygg tilknytning, der den primære omsorgsgiver (markert) speiler barnets affekter (Fonagy & Bateman, 2011). Dette skaper en type buffer som kan modulere tidligere ufiltrerte og ikke-modulerte affekttilstander, og dermed skape en mer balansert tilstand av affektregulering, en mer stabil selvfølelse og mere integrert selvrepresentasjon og objektrepresentasjoner (Broberg, 2008; Wennerberg, 2010). Mentaliserte affekter utgjør basisen for differensiert og moden kommunikasjon og vedholder evnen til å tenke, særlig under affektladete omstendigheter. Tidlige former for mentalisering opererer frem til 4-5 årsalderen. Sammen med vanskeligheter man kan ha med å gjenopprette denne evnen etter mentaliseringssvikt, så fører bortfallet av evnen ofte til økt eksponering for ikke-mentaliserede erfaringer. Ikke-mentaliserede erfaringer vil ofte medføre feilslåtte og/eller drastiske forsøk på å berolige seg selv gjennom f.eks. selvskading, samt en rekke andre negative konsekvenser (Karterud, 2012).

Mentalisering angår fundamentale menneskelige kapasiteter og forstås som en evne som har betydning for personlighetsforstyrrelser generelt, ikke bare for BPD (Fonagy et al., 2011). Særlig står betydningen mentalisering har for oppnåelsen av å oppleve et koherent selv, som et særdeles viktig aspekt (Fonagy & Bateman, 2011). Siden mentalisering innebærer evnen til å gi mening til skiftende selv-tilstander, så hjelper det oss å se forskjellige selv-tilstander i lys av vår livshistorie. Evnen til mentalisering er også viktig for å forstå andre mennesker, interaksjon mellom dem og for å foregripe fremtidige hendelser (Karterud, 2012). Siden mentalisering er evnen vi har til å tilegne oss kunnskap om våre egne og andres mentale tilstander, så kan evnen omtales som sosial kognisjon (Karterud, 2012). Mentalisering ansees også å være en viktig faktor i emosjonsregulering (Campos, Frankel & Camras, 2004).

For pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse, så er det ofte et problem at de mangler grunnleggende bevissthet om hvem de er og hvordan deres atferd påvirker andre. Dette begrenser dramatisk deres evne til å fungere i hverdagslige mellommenneskelige transaksjoner og spesielt problematisk blir etableringen av intime relasjoner (Holmes, 2006). I det sistnevnte vil tilknytningssystemet, som er en førmentalitetisk måte å organisere subjektiv erfaring på (vanligvis observert i den mentale fungeringen hos yngre barn), aktiveres (Bateman & Fonagy, 2004).

I mentaliseringsteori skiller man særlig mellom to slike førmentalitetiske måter å prosessere på som er relevant for BPF. Den ene modusen er psykisk ekvivalens, der opplevelsen av indre og ytre realitet er følt å være en og den samme (Bateman & Fonagy, 2006). Dette fører til at mentale hendelser oppleves som “for virkelige”, dvs. at mentale hendelser likestilles med fysiske hendelser og at mentaliseringen fremstår som skjematisk, svart/hvitt og insisterende (Fonagy et al., 2012). Det personlige perspektivet kan derfor ikke være desentralisert og individets interne subjektive representasjoner/bilder oppfattes å være virkelig, f.eks. ved såkalte flashbacks som kan oppstå når en traumatisk situasjon er følt som om hender på nytt her og nå. Ethvert annet perspektiv kan ikke tolereres. «Jeg vet hvem han er. Du kan ikke lure meg!» Selvsentrerte negative persepsjoner synes å være virkelige: Å føle seg mindreverdige betyr at man faktisk er mindreverdig.

I den andre «som om»-modusen («pretend mode»), er derimot fantasi og ytre realitet uten kontakt med hverandre. Dette kan sammenlignes med den indre tilstanden til et barn som er totalt absorbert i lek (Fonagy et al. 2012). Denne modusen kan forstås nærmest som motsatsen til psykisk ekvivalens, da mentale hendelser i denne modusen oppleves å ha lite sammenheng med/kobling til den virkelige verden. Pasientenes tenkning og tale fremstår som svevende, metaforisk og emosjonelt flat (Karterud & Bateman, 2010). Denne formen for førmentalitetisk fungering/tenkning kan ofte være vanskeligere å oppdage, da den i sin form fremstår mer lik ekte mentalisering. Den avsløres imidlertid ved at den presenterte forståelsen ikke har noen forbindelse med genuin erfaring og kan dermed forstås som pseudo-mentalisering. Karakteristisk sett er det dissosiative fenomener og følelser av tomhet og meningsløshet som dominerer. Kontradiktoriske overbevisninger kan sameksistere uten å påvirke hverandre; affekt- og tankeinnhold er ikke nødvendigvis betinget av hverandre (Karterud, 2012).

Det omtales også et tredje modus for fungering. I dette teleologiske modusen føler individet at utfallet av eksterne handlinger alene er viktig, mens tanker og følelser utspiller seg i bakgrunnen (Fonagy et al., 2012). Individet er ikke bevisst hans eller hennes egen indre realitet eller andres indre realitet. I interaksjon med andre (f.eks. i gruppeterapi) oppfører individet seg med intensjonen om å tvinge andre medlemmer av gruppen til å respondere på en gitt måte for å endre hans eller hennes indre tilstander, gjerne gjennom oppfordringer som «dersom du bryr deg om meg, så ...» (Karterud, 2012). Det er med andre ord målet for handlingen som teller, ikke tankesett, og pasienten tenker derfor at kun konkrete handlinger som selvskading eller kosmetiske operasjoner virkelig kan bringe med seg de indre endringene som lengtes etter.

Generelt sett finner vi en kombinasjon av disse forløperne til mentalisering i borderline-tilstander, vanligvis på grunn av traumatiske erfaringer (Fonagy et al., 2012). Vi finner også hyperaktiv mentalisering eller såkalt pseudomentalisering der personen er veltalende om ideer og følelser uten at dette skaper noen endring i pasienten (Bateman & Fonagy, 2004). Forstyrret mentalisering, forstyrrede tilknytningsmønstre og svekket utvikling av hjernen i områder som normalt sett modulerer affekter, er dimensjoner av forstyrret utvikling som influerer og forsterker hverandre (Fonagy & Luyten, 2009). Svært ofte så er det en tendens til å engasjere seg i re-traumatiserende relasjoner, der vedvarende onde sirkler holdes vedlike. I konfliktfylte relasjonelle situasjoner, så forverrer den repetitive syklusen seg og «arousal» og tilknytningssystemet blir hyperaktivt (Karterud & Bateman, 2010). Dette forhindrer mentalisering og forløperne til mentalisering (teleologisk standpunkt, «som-om»-modus, psykisk ekvivalens) blir reaktivert.

Utviklingen av mentaliseringsteori har ført med seg behov for målingsinstrumenter som kan vurderes pasienters mentaliseringsnivå. Refleksiv funksjonsskala (RF-skala), som er en operasjonalisering av mentalisering, ble til dette formålet utviklet for å skåre pasientenes svar på «Adult attachment interview» (AAI), som er et intervju for å kartlegge tilknytningsmønstre (Hesse, 2008). Funn viser at personer med BPF her skårer lavere enn andre kliniske pasientgrupper (Fonagy, Leigh, Steele, Steele, Kenedy, Mattoon, Target & Gerber, 1996). Fonagy et al. (1996) oppgir ingen tall i studien sin, men en liten studie av Möller (2008) gir oss en pekepinn med et RF-snitt på 2,8 for BPF-pasienter sammenlignet med en ikke-klinisk gruppe som fikk 4,8. RF-skalaen går fra -1 til 9 og vil bli beskrevet i mer detalj nedenfor.

1.5 Mentaliseringsbasert terapi

BPF-pasientenes karakteristiske svingning mellom særlig psykisk ekvivalens og pseudomentalisering, gjør at møtet med disse pasientene i terapi ofte blir utfordrende. Å samle de sammen i grupper er dessuten generelt antatt å utgjøre en enda større utfordring (Roth, Stone & Kibel, 1990). Det er imidlertid akkurat disse utfordringene Allen, Fonagy og Bateman har til hensikt å adressere gjennom mentaliseringsbasert terapi og gruppeterapi. For pasienter med mentaliseringssvikt anbefaler de en spesifikk tilnærming som tar sikte på å utvikle grunnleggende byggesteiner før man eventuelt kan gå videre med vanlig analytisk arbeid med overføring, motstand og tolkninger, som vanligvis er midlertidig tilsidesatt og eventuelt tatt opp igjen senere i behandlingen (Potthoff & Moini-Afchari 2014). Metoden innebærer å gå steg-for steg, dvs. først undersøke opprinnelsen, deretter utforske transformeringen og etter det evaluere konsekvensene av pasientens aktuelle affekter. Arbeidet foregår først og fremst på et bevisst eller før-bevisst nivå, da det å berøre ubevisste temaer kan bli for destabiliserende. Bateman and Fonagy (2006) hevder blant annet at en kraftfull avdekkningsteknikk vil kunne forårsake iatrogene skader hos pasienter med borderline lidelse. Intervensjoner bør primært rikte seg inn på å klargjøre, ofte ved å stille spørsmål som relaterer seg til pasientens erfaring. I begynnelsen bør konfrontasjon og tolkninger unngås helt (Karterud & Bateman, 2010). Hva pasienter kan lære av deres terapeut og senere internalisere er hvordan modulere og forstå vanskelige affekter uten å sette deres interpersonlige relasjoner og deres selvfølelse i fare.

I følge Karterud og Bateman (2010), så er hovedmålet med MBT å øke pasientens iboende kapasitet for mentalisering som middel til å forbedre mestring av kompliserte og problematiske følelser i nære relasjoner. For å oppnå dette, så legges det vekt på å kultivere et mentaliserende ståsted «mentalizing stance» både hos terapeuten og pasienten. Dette innebærer å innta en ydmyk posisjon der man erkjenner å ikke vite, være tålmodig med å identifisere forskjellige perspektiver, samt at man er aktivt søkende mot å beskrive spesifikke erfaringer heller enn å forklare dem. Terapeuten er fokusert på pasientens sinn og er engasjert i å stille utforskende spørsmål (Bateman & Fonagy, 2006). Prinsippet med ikke-vitende holdning fungerer stimulerende på nysgjerrigheten og engasjementet til pasientene, og til syvende og sist fostrer mentalisering. En forhåndsregel som gis særlig oppmerksomhet i både individuell og gruppe-MBT er at terapeuten ikke bør innta rollen som en omnipotent ekspert med privilegiet å vite hva som foregår i gruppen eller i hodet på gruppens medlemmer (Karterud, 2012). Det er

antatt anti-terapeutisk og potensielt skadelig å innta en ekspertholdning, siden pasienter kan akseptere terapeutens synspunkt ukritisk og slutte seg til terapeutens ledelse og dermed legge til side sine egne følelser og opplevelser for hva som er viktig. Dette ville være svært uheldig dersom målet er å styrke pasientenes mentaliseringsevne (Bateman & Fonagy, 2006). I stedet må therapeutholdningen være nysgjerrig, aktiv og empatisk, men også av og til utfordrende.

MBT har i en rekke randomiserte studier og «follow-up»-studier vist seg mer effektiv sammenlignet med rutinemessig psykiatrisk behandling («standard psychiatric care») for pasienter med BPF (Bateman and Fonagy; 1999, 2011, 2008; Wilberg, 2014). MBT, som for øvrig er en kombinasjonsbehandling, består bl.a. av individuell terapi (MBT-I), gruppepsykoterapi (MBT-G), psykoedukasjon og miljøterapi.

1.6 Mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)

I MBT-G engasjeres pasientene i en mentaliserende diskurs fasilitert av terapeutene, der overbevisninger, følelser og interpersonlige transaksjoner blir utfordret med den hensikt å primært forårsake endringer i pasientenes perspektiver (Karterud, 2012). Å finne løsninger eller svar på utfordringene spiller en underordnet rolle (Karterud & Bateman, 2010). En typisk MBT-G sesjon dreier seg rundt en konstant innsats for å forstå spesifikke situasjoner fra pasientens liv og situasjoner som utfolder seg i gruppen her og nå (Karterud, 2012). Terapeuten bør kontinuerlig stille spørsmål for å stimulere mentalisering. En mentaliserende diskurs er kjennetegnet av en vektlegging av hendelsens detaljer som gjør det mulig å bli klar over hva som foregår i hodene til de som deltok i handlingen. Derfor er det nødvendig å være spesifikk i forhold til hva som hendte, når det hendte, hvem som deltok, og hva de tenkte, gjorde og følte. Uten å gi oppmerksomhet til små og irrelevante detaljer, så bør pasientene kunne skissere et bilde av situasjonen på et nivå der både terapeuten og de andre pasientene vil være i stand til å tone seg inn på hva som hendte. En annen forutsetning for mentalisering er å dykke ned i en enkelt hendelse i stedet for å skissere mange hendelser på overflaten. Terapeuten har ansvar for å stoppe og spole tilbake, og gå gjennom de intersubjektive transaksjonene igjen og igjen for å kunne gripe tak på hva som foregår i sinnet til de som var involvert i hendelsen. Dermed vil terapeutene kunne veilede hver enkelt pasients historie for å kunne få tak på relevant og nyttig informasjon til bruk i mentaliseringstrening (Karterud, 2012).

Siden mentaliseringsvansker er ansett som den patogene kjernen i BPF, så betoner Karterud (2012) viktigheten av et nøye organisert behandlingsprogram som tjener som et «holding environment» for pasientene (Winnicott, 1971). Da BPF-pasienter har et ustabil selv-bilde og hyppig svingende selv-tilstander, så er kjernekomponenten i gruppebehandlingen å etablere noen strukturer for å lede fasene i den terapeutiske prosessen. MBT-G sine strukturerende prinsipper kan forstås som en respons på iboende farer for kaos, og pendlingen mellom psykisk ekvivalens og pretend-modus, som ofte sees i grupper med BPF-pasienter.

En sesjon starter typisk sett med en kort oppsummering av forrige sesjon, for deretter å planlegge dagens sesjon på bakgrunn av aktuelle temaer som kort presenteres av pasientene. Det lages så en kort prioriteringsliste før gruppen starter å jobbe med en pasient av gangen. Med andre ord oppmuntrer MBT-G til turtaking som et sentralt terapeutisk og organiserende prinsipp. Dette setter behandlingen i kontrast med den typiske ustrukturerte, frittflytende psykodynamiske gruppeterapien. En strukturert gruppeprosess antas å bidra til en følelse av samhold (Yalom & Leszcz, 2005), og er grunnen til at terapeutene både bør minne pasientene om hva som var oppnådd i forrige sesjon og også runde av med en oppsummering av den foreliggende sesjonen. Sesjonen bør avsluttes rolig med affekter regulert ned til et nivå som tillater mentalisering og perspektivtaking. Tradisjonell psykodynamisk gruppeterapi benytter ikke disse strukturerende elementer eksplisitt, men kan likevel forekomme i mer støttende tilnærminger.

At MBT forstås som psykodynamisk henspiller på at et sentral komponent av behandlingen er den intersubjektive transaksjonen mellom terapeut og pasient. I MBT-G legges også betydelig vekt på gruppeprosessen og terapeutene er forventet å gjøre bruk av alt hva som dukker opp i øyeblikket og stimulere pasientenes bestrebelsler på å mentalisere hendelsene. Gruppeformatet er således ansett som en fortreffelig arena for å trene mentalisering og er særdeles egnet for utforskning av interpersonlige hendelser (Karterud, 2012).

Når pasientene går i individualterapi samtidig som de går i MBT-G, så kan gruppeterapeutene velge å vektlegge relevante interpersonlige hendelser i gruppesesjonen, som deretter kan utforskes senere i mer detalj med individualterapeuten. Dette ansees som en stor fordel, siden individuell utforskning i en gruppesetting fort krever mye tid og oppmerksomhet på en pasient av gangen, og dermed medfører at mye av det intersubjektive potensialet i gruppesettingen blir stående ubenyttet (Karterud, 2012).

Gruppeformatet utfyller kompleksiteten til individualterapien ved at terapeutiske fenomener som erfares i individualterapi fortsatt er til stede, men at de finner sted i en gruppe med forskjellige sinn og blir forsynt med kollektive emosjonelle krefter som er særegne for grupper (Karterud, 2012). I gruppearbeidet foregår det transaksjoner som finner sted mellom mange mennesker på mange nivåer, noe som legger store krav til terapeuten om å tolerere forvirring og mangetydighet. MBT-G ledes derfor av to koordinerte samarbeidende terapeuter og behandlingsmanualen spesifiserer prosedyrer for sikre et godt samarbeid mellom disse to. Videre er det slik at MBT-G skiller seg noe fra MBT-I ved at terapeutene er tydeligere oppmuntret til å være autoritative ledere, dvs. strukturere gruppeprosessen og imøtegå tendenser gruppen har til å bevege seg mot kaos og førmentalistiske tankemodus (Karterud, 2012).

Slik MBT-G blir beskrevet i manualen, så har den som mål å forholde seg dynamisk til gruppeprosessen, dvs. bruke aktivt hendelser som oppstår spontant i gruppen som utgangspunkt for terapeutisk arbeid, på en mer kontrollert og strukturert måte enn i psykodynamisk gruppeterapi (Karterud, 2012). Dette fordi personer med alvorlig psykopatologi i grupper har en tendens til å pendle mellom kaos- og pretend-modus, og raskt suges inn i psykisk ekvivalens og mister reflekterende perspektiv på hva som foregår. Resultater vil da ofte bli at de overveldes emosjonelt og enten blir svært krevende eller trekker seg tilbake i defensive uproductive posisjoner og tendere til å droppe ut. Rommet for mentaliseringsbasert refleksjon vil da bli undergravd og mye av terapeuten tid vil gå med på «brannslukking» av negative konsekvenser ved å være med i en kaotisk gruppe. I MBT-G iverksettes strategiske tiltak og spesifikke teknikker for å motvirke aggressiv eskalering og kollektiv grupperegresjon. Det iverksettes også tiltak for å sikre at alle pasienter kommer til orde, noe som har betydning for å minimalisere problemet med at pasienter forlater gruppen med dysregulerte følelser. MBT-G har dessuten et klart mål for behandlingen som er å øke mentaliseringsevnen, spesielt ved å nyttiggjøre seg analyse av interpersonlig samhandling. Arbeidet med individene betoner også det å lære fra en rollemodell ved at gruppen lærer å mentalisere via lederens eksempel, dvs. gjennom måten lederen mentaliserer på, men også gjennom reaksjonene til gruppen når et medlem aksepterer og responderer konstruktivt på lederens mentaliseringsfremmende intervensjoner.

1.7 Representerer MBT-G egentlig noe nytt?

Samtidig som at MBT-G ofte blir introdusert som en videreutvikling av og ny systematisering av utvalgte tradisjonelle psykodynamiske gruppebehandlingsprinsipper med mål om å være bedre tilpasset en spesielt utfordrende pasientgruppe enn tradisjonell PDG, så understreker samtidig Allen, Bateman og Fonagy (2008), som regnes for grunnleggerne av MBT, at bl.a. konseptet mentalisering ikke egentlig tilbyr noe nytt. Det kan derfor fremstå litt uklart hva forskjellene egentlig består i og hvordan forskjellene gjør seg gjeldende i praksis.

Mottakelsen i det psykodynamiske gruppeterapifeltet har derfor vært delt (Potthoff & Moini-Afchari 2014). På den ene siden mente man at MBT-G sto for et paradigmeskifte i måten å drive gruppeterapi på og at MBT-G kunne erstatte tradisjonell gruppeanalyse, inkludert tradisjonell psykoanalytisk tilnærming (Schultz-Venrath, 2010). Andre var som nevnt på sin side mer skeptiske og tvilte på at MBT-G egentlig tilbød noe nytt (Rudolf, 2006) og argumenterte for at MBT- og psykoanalytisk-interaksjonelle konsepter er svært like og pekte på at i det tradisjonelle repertoaret så har det alltid vært intervensjoner som har til hensikt å fostre mentalisering. Disse er bl.a. klargjøring («clarification») (Glover, 1955), speiling fra selv-psykologi (Kohut, 1983; Winnicott, 1971) og «detailed inquiry» (Sullivan, 1954) for å nevne noen.

Allerede tidlig i utviklingen av sin gruppeanalyse betonte Foulkes (1964) det unike potensiale grupper hadde til å speile selv-tilstander, objekt-relasjoner og affekter, som han gir førsteprioritet i sin kommunikasjonsteori. Det har dermed lenge vært en utbredt oppfatning av at speiling, markering, validering og først og fremst å benytte muligheten til å verbalisere tidligere ikke-verbaliserte affekter i stor grad er tilstede som mulighet i enhver gruppesesjon. Andre har dessuten også tidligere pekt på farene for skadelig, falsk speiling («malignant mirroring»), f.eks. når et gruppe medlem føler seg konsistent misforstått eller oversett (Zinkin, 1992). Fenomenet har blitt oppfattet å være svært uheldig i gruppeterapi, da det kan trigge re-traumatisering. En utfordring her har vært at tilløp til disse prosessene ofte kun blir synlige når terapi blir brått avsluttet av et gruppe medlem som kontinuerlig har følt seg dypt misforstått over en lengre periode, men har vært ute av stand til å verbalisere disse følelsene. Disse og andre utfordringer med borderline-pasienter i psykodynamisk gruppeterapi har imidlertid lenge vært kjent, bl.a. gjennom beskrivelser av hvordan projektiv identifikasjon kan dominere i grupper med denne pasientgruppen (Zender, 1991). For å imøtekomme utfordringene så har det bl.a. vært foreslått at

pasienter med borderline lidelse trenger eksternaliseringen av sitt fremmede selv («alien self») for å vedholde sin egen opplevelse av koherens i selvet og noen ganger også for å forhindre at selvet går i oppløsning (Potthoff & Moini-Afchari 2014). Som leder i slike grupper blir man derfor konstant konfrontert med forviklinger som raskt må oppklares og løst. Man har derfor innsett at det vil være kontraproduktivt å beholde en holdning av «evenly suspended attention» i slike situasjoner, slik det vanligvis er anbefalt som ideal i konvensjonelle gruppeanalytiske teknikker (Foulkes, 1964). Man finner derfor at innenfor nyere gruppeanalytisk tenkning, så forventes det at BDP-pasienters typiske strukturelle svekkelser av og til vil kreve mer intensivt arbeid individuelt, noe som i perioder vil påvirke den frie flyten i gruppeprosessen (Berghaus og Potthoff, 2009).

1.8 Behovet for forskning på MBT-G

Som vi ser, så er det noe uklart hvordan MBT-G skiller seg fra PDG, noe som peker på et behov om avklarende forskning. Dessuten, siden MBT er definert som en kombinasjonsterapi, så er verdien av gruppemodaliteten (MBT-G) i seg selv vanskelig å estimere basert på evaluering av forskningen ved dagklinikker og poliklinikker, da begge benytter en miks av forskjellige terapimodaliteter. Fonagy og Bateman (2004) betoner dessuten viktigheten av individuell terapi, særlig i begynnelsen og også for å arbeide gjennom individets erfaringer i gruppen. Senere ut i forløpet får gruppen større betydning. Det er viktig å merke seg her at verken Fonagy eller Bateman er gruppeanalytikere og begge begynte med individuell psykoanalytisk terapi. Imidlertid vil det ofte være slik at når man jobber eksklusivt med gruppe, så skifter fokuset fra individet til deres interaksjoner og gruppa som en helhet ganske ofte (Karterud, 2012). Å bruke mange intervensjoner som fokuserer på individuelle deltakere kan introdusere mer individuell terapi i gruppen, men som nevnt vil kunne gå på bekostning av effektiviteten av gruppesettingen (Potthoff & Moini-Afchari 2014).

En annen utfordring ved å være del av kombinasjonsterapi er at det er få redegjørelser for hvordan gruppemodaliteten i MBT skal ledes. MBT-G-manualen til Karterud (2012) representerer et første forsøk på å formulere en komplett manual for ledelse av MBT i gruppeformatet. Temaet har før denne boken kun vært berørt i visse bokkapitler (for en grundig redegjørelse se: Karterud & Bateman, 2011). Karteruds synspunkt er at gruppeformatet er en ypperlig anledning til å utforske og trene på mentalisering, og at man knapt har påbegynt

arbeidet med å kultivere gruppesituasjonen med hensyn til MBT. Det er sannsynlig at vår forståelse av hvordan terapeuter oppfatter og forsøker å skape en mentaliserende gruppekultur, samt hvilke utfordringer som kan hindre utviklingen av en slik gruppekultur ennå har en lang vei å gå, da dette temaet i liten grad har blitt berørt i litteraturen.

For å imøtekomme utfordringene som er nevnt ovenfor er det nødvendig med mer forskning. Eksisterende forskning basert på RCT-metodens strenghet og kontrollerte eksperimentelle forskningsdesign har så langt vært avgjørende for å forstå og evaluere utfallseffekter av terapien. Men selv om RCT-studier er velkjent for sin posisjon som gullstandarden hva gjelder metode som er kapabel til å produsere evidens for behandlingseffekt (Roth & Fonagy, 2005), så er det likevel noen utfordringer knyttet til slik forskning. RCT har bl.a. vært kritisert for å mangle ekstern validitet (Roth & Fonagy, 2005; Miller & Crabtree, 2011). Dette gjør at det blir utfordrende å holde seg til rigorøse standarder som er gitt innenfor forskningssamfunnet (f.eks. RCT) og på samme tid gjøre forskningen relevant for klinikere, da den uvisse eksterne validiteten til RCT-studier gir oss veldig lite informasjon om hvordan behandling faktisk fremstår å fungere i en praktisk klinisk setting.

Kasus-forskning og sammenlignende forskning kan her spille en viktig rolle med å lage bro mellom forskning og praksis (Kazdin, 2008). Gjennom å adressere fremtiden til psykoterapiforskningen legger Wachtel (2010) vekt på å understreke betydningen av å studere terapeutiske prinsipper og prosesser. Både med tanke på den konseptuelle forståelsen og hensikten med praktisk visdom, så kan en sammenlignende kasus-studie klargjøre de dypere årsaker bak forskjeller på andre måter enn den deskriptive og statistiske redegjørelse man finner i mer statistisk forskning (Flyvbjerg, 2006).

Et argument for bruk av kvalitative utforskningsmetoder er at på tross av alle teorier som påberoper seg å si noe om hva som fører til endring, så vet vi egentlig lite om hvordan endring finner sted (Elliot, 2011). Viktige aspekter ved terapiprosesser kan vise seg å forbli uoppdaget på tross av den kvantitative forskningens skåringsverktøy. Inngående og undersøkende kvalitative studier kan slikt sett tilføre kunnskap til forskningsfeltet ved å gi næring til utviklingen av teorier om årsakssammenhenger, modifisering av behandlingsmanualer og skåringsverktøy.

For å kunne nyansere forståelsen av nye terapeutiske metoder, så vil utforskende og sammenlignende kasus-studier kunne bidra med å illustrere konkrete kvalitative forskjeller mellom metodene. Slik kunnskap vil kunne ha direkte konsekvenser for den kliniske

implementeringen av endringer og tilpasninger i gruppeterapitilbudet som tilbys for den aktuelle pasientgruppen, dvs. bidra til å utvikle og forbedre psykoterapiprosessene.

En annen kritikk av mange RCT-studier er at måling av terapeut-etterlevelse (hvorvidt terapeuten benytter de foreskrevne behandlingsprosedyrer som er beskrevet i manualen) og terapeut-kompetanse (kvaliteten på terapeutens ferdigheter og bedømmelse) vanligvis ikke er rapportert (Perepletchikova, Treat, & Kazdin, 2007). Utover de metodologiske detaljer ved RCT-studier, så vil spørsmål om implementeringen av spesifikke behandlingsmetoder i klinisk praksis være høyt aktuelle.

1.9 Den foreliggende undersøkelsen

På bakgrunn av redegjørelsen ovenfor, så synes det være betimelig å supplere eksisterende kunnskap om MBT-G med forskning som inngående kan etterprøve praktiske implikasjoner av metodens teoretiske redegjørelser. Dette vil potensielt kunne bidra til bekrefte teoretiske påstander om metoden eller eventuelt bidra til utviklingen av nye hypoteser.

I og med at metoden er relativt ny, så vil det være av særlig interesse å avklare hvorvidt metoden også representerer noe nytt i forhold til relaterte etablerte former for gruppepsykoterapi for den aktuelle pasientgruppen. Selv om metoden virker lovende, så er det ressurskrevende å endre eksisterende praksis, og dersom det skal forsvares å bruke ressurser på utdanning i og implementering av et nytt behandlingsopplegg, så vil sammenlignende kasus-studier kunne bidra til å ikke bare bekrefte om det er forskjeller, men også peke på hva forskjellene eventuelt kan bestå i og hvilke konsekvenser forskjellene ser ut til å ha. Et slikt studie vil ikke bare kunne bekrefte teori, men muligens også inneha potensial til å peke på hva som synes å være spesielt viktige egenskaper med metoden. Siden MBT-G opprinnelig er utviklet med tanke på å imøtekomme spesifikke utfordringer med pasienter med borderline lidelse, så syntes det relevant å sammenligne MBT-G for denne pasientgruppen med psykodynamisk gruppepsykoterapi som er modifisert for den samme pasientgruppen, da også denne terapiformen ansees for å være både blant de mest beslektede og utbredte sammenlignbare metodene (Karterud, 2012; Lorentzen, 2014).

Forskningsmålene i denne undersøkelsen er derfor:

- 1) *å undersøke hvordan egenskaper ved MBT-G innenfor terapeutaktivitet, pasientaktivitet, struktur og gruppemiljø, kan bidra til å fremme mentalisering hos pasienter med borderline lidelse i en rutinemessig klinisk praksis, og*
- 2) *hvordan MBT-G på disse områdene eventuelt har likheter med eller skiller seg fra sammenlignbar tradisjonell PDG for tilsvarende pasientgruppe.*

For å bidra til å belyse disse spørsmålene ble det i den foreliggende studien gjort en videobasert utforskende og beskrivende kasantalyse av en «typisk» MBT-gruppesesjon med pasienter med borderline lidelse foretatt i en naturalistisk setting (dvs. slik de fremstår i en rutinemessig klinisk praksis). Dette eksempelet ble deretter sammenlignet med en tilsvarende utforskende og beskrivende kasantalyse av et eksempel på tradisjonell psykodynamisk gruppeterapi. Teoretisk sett skal det som nevnt over være likheter og forskjeller, men det er hittil ikke gjort empiriske sammenligninger av disse to gruppepsykoterapitilnærmingene (Potthoff & Moini-Afchari 2014). For i størst mulig grad å besvare forskningsspørsmålene er den aktuelle PDG-sesjonen valgt ut på grunn av sine tilpasninger til den aktuelle pasientgruppen.

Hvis funnene er meningsfulle og interessante fra et psykoterapeutisk ståsted, dvs. dersom funnene f.eks. viser hvordan teoretiske egenskaper og forskjeller mellom metodene kan få ulike praktiske konsekvenser både for terapeuter og pasienter, samt en vurdering av hvorvidt disse er hensiktsmessige eller ikke, så kan det sies at utforskningen var vellykket. Interessen i dette studiet har derfor primært vært å oppnå innsikt i terapiprosesser, fremfor å vurdere utfallet eller hvilken metode som er «best». Det antas at studien potensielt kan ha direkte innvirkning på terapeutisk teori og praksis, samt retning for videre forskning.

2.0 METODE

2.1 Forskningsdesign

For å finne to relevante sammenlignbare eksempler ble et av de ledende terapeutiske og forskningsmiljøene i Norge innenfor gruppebehandling av pasienter med borderline kontaktet. Fra dette miljøet ble det innhentet et videoopptak av en gruppesesjon som er representativ for MBT-G for pasienter med borderline lidelse. Den samme enheten, som også tidligere har hatt en lang tradisjon med mer tradisjonell psykodynamisk gruppebehandling for pasienter med borderline lidelse, kunne også stille til disposisjon et eldre videoopptak av en gruppesesjon med

psykodynamisk gruppeterapi, også for den aktuelle pasientgruppen. Strategien ble derfor å undersøke «ny» metode gruppebehandling (MBT-G) i lys av «gammel» metode gruppebehandling (PDG) for pasienter med borderline lidelse. Eksemplene eller kasusene, som her kan sees på som «nøkkel»-saker, ble altså både valgt ut på grunn av interessen for å utforske og illustrere (utforskende og illustrativ hensikt) MBT-G som metode, og for deretter å avklare viktige forskjeller med PDG-metoden (sammenlignende hensikt) (Gomm, Roger, Hammersley, Martyn, & Foster, Peter, 2000).

For en slik sammenlignende kasus-studie var det i utgangspunktet av interesse å fange opp flest mulige sammenlignbare og relevante aspekter ved gruppene. Tilnærmingen til materialet var derfor både åpen og utforskende, samtidig som den også var teoristyrkt. Datainnsamlingen lot seg derfor delvis guide av teoretiske påstander og konsepter som på forhånd ga antagelser om hva man kunne finne.

Siden en slik en undersøkelse av terapimetoder kan produsere en utømmelig mengde funn, så ble det også lagt visse begrensninger på hva man var ute etter å sammenligne. Disse føringene gjenspeiles bl.a. i valg av analysemetoder, men vil også ha grunnlag i forfatterens subjektive vurderinger av relevans for klinisk praksis. Analysemetodene og funnene fra disse ble imidlertid drøftet og kvalitetssikret i samråd med en ekspert på feltet for å styrke undersøkelsens troverdighet.

2.2 Deltakere

2.2.1 Terapigruppene

Studieobjektet var to sakte åpne psykoterapigrupper ved Universitetssykehuset i Oslo som møttes regelmessig 1,5 time en gang i uka. Gruppesesjonene ble rutinemessig videofilmet og opptakene ble med de nødvendige tillatelser hentet ut fra sykehusets videoarkiv til analyse og transkribering. Den nyeste videoen ble filmet 21. januar 2014 og var en MBT-G-sesjon. Den eldste videoen var et opptak fra 31. august 2006 av en PDG-sesjon.

MBT-gruppen ble valgt ut, fordi akkurat denne gruppesesjonen av terapeutene syntes å kunne tjene som et godt eksempel på hvordan MBT-G ledes i tråd med manual for MBT-G.

Den eldste videoen fra 31/8-2006 ble plukket ut av samlingen av gruppeterapimøter for pasienter med borderline lidelse fra det aktuelle året på grunn av at den psykodynamiske gruppeterapiformen som ble bedrevet på den tiden var kjent for å være tilpasset den aktuelle

pasientgruppen. Tilpasningen innebærer kort sagt at pasientene møter mer strukturerende, aktive og støttende terapeuter i denne behandlingsformen enn de gjør i tradisjonell gruppeanalyse. Det konkrete eksempelet som ble valgt ut ble ansett å illustrere denne modifiserte metoden på en god måte.

2.2.2 Pasienter

Begge gruppene hadde eksistert i flere år med deltakere som deltok mellom 1-3 år av gangen før de ble erstattet av nye. Den MBT-gruppen hadde seks kvinnelige pasienter, mens PDG-gruppen besto av fem kvinner og en mann. Gjennomsnittsalder var rundt 30 år (23-40). Alle deltakere fra begge grupper hadde klinisk betydningsfull borderlinepatologi (4-8 kriterier). Pasientene kan derfor sies å ha søkt behandling for problemer med emosjonsregulering, relasjoner og selv-sammenheng/identitet. Det var også en del innslag av komorbiditet blant pasientene, deriblant annen personlighetsproblematikk, rusproblemer og diverse symptomlidelser. Ingen av pasientene var innlagt, men deltok poliklinisk. På bakgrunn av type vansker, alder og kjønn fremstår gruppene som rimelig like og at det derfor ikke er grunn til å forvente forskjeller mellom gruppen pga. forskjeller i pasientsammensetning.

I tillegg til MTB-G-gruppen sine seks kvinnelige pasienter, ble det kommentert i gruppen at et medlem var fraværende og at et annet nettopp hadde sluttet (som man ventet at en ny pasient skulle erstatte). Ingen annen informasjon var tilgjengelig om pasientene og av praktiske årsaker og konfidensialitetshensyn ble disse tildelt navnene L, N, S, E, A og P. I denne gruppen var alle pasientene relativt erfarne, der en bl.a. tematiserte i gruppen forberedelser til å avrunde deltakelsen. I MBT-gruppen hadde pasientene dessuten deltatt på et psykoedukativt forkurs (12 møter) i MBT som en forberedelse til MBT-kombinasjonsbehandling. Som ledd i kombinasjonsbehandlingen gikk alle også i individuell MBT-terapi.

I PDG-gruppen hadde fem av medlemmene vært med i lengre tid, mens en var relativt ny. En av deltakerne som hadde vært med lenge var i ferd med å runde av og hadde satt en sluttdato. Forfatteren hadde ikke tilgang til journaler og av praktiske årsaker og konfidensialitetshensyn har de derfor fått tildelt navnene E, F, A, B, C og D. B var den eneste mannen i gruppen.

2.2.3 Terapeuter

MBT-terapeutene besto av en mannlig psykiater med veileder-kompetanse i gruppeanalyse og MBT-G, og en kvinnelig lege i spesialisering uten noen tidligere gruppepsykoterapeutisk utdannelse eller erfaring. Disse ble navngitt som respektive T1 og T2. Som følge av MBT-behandlingsopplegget (kombinasjonsbehandling) samarbeidet terapeutene med MBT-individualterapeutene.

PDG-gruppen hadde to terapeuter, en mannlig psykiater og en kvinnelig sosionom, som begge hadde utdannelse i psykodynamisk gruppeterapi. Begge var erfarne gruppeterapeuter med lang klinisk erfaring og ble navngitt som respektive T1 og T2.

2.3 Prosedyrer for datainnsamling

2.3.1 Rekruttering

Når det gjelder seleksjonskriterier, så stod gruppens evne til å tjene som illustrerende eksempler på sin respektive terapimetode sentralt. Gruppene ble derfor ikke tilfeldig plukket ut. I utvelgingsprosessen ble det dessuten bestrebet størst mulig likhet mellom gruppen når det gjaldt pasienter, antall, alder, diagnose, hvor ofte de møtes, varighet på gruppesesjon etc. for å gjøre gruppene mest mulig like størrelser i utgangspunktet. Dette for å styrke sjansene for at eventuelle ulikheter mellom gruppene primært ville avspeile forskjeller i metode og ikke i sammensetning.

Forfatteren hadde ingen direkte kontakt med gruppen og kjente ikke til noen av pasientene på forhånd. Alle gruppedeltakerne hadde på forhånd av videoopptakene lest og skrevet under informert samtykke om å benytte videoene i forskning og kvalitetssikring. Videoene ble deretter gjort tilgjengelig for forskningsprosjektet. Dette var mulig for begge gruppene (også den fra 2006) siden slikt samtykke rutinemessig ble innhentet som en del av et større forskningsprosjekt ved avdelingen. Det foreliggende studiet representerte derfor ingen avvik eller endringer fra de eksisterende rutiner for pasientene.

Som klarering til forskningsformål hadde opptaket fra 2006 pågående REK-godkjenning (REK = 179-04063) gjennom Ullevål personlighetsprosjekt (UPP) og opptaket fra 2014 ble godkjent av personvernombudet ved OUS (saks nr. 2014/2175) og dermed bekreftet som delstudie under det allerede nevnte konsesjonsbaserte og REK-godkjente studiet UPP.

2.3.2 Transkripsjoner

De to terapisesjonene som til sammen består av 3 timer med videodata, ble transkribert til om lag 26.000 ord. Som nevnt ble alle pasientene gitt oppdiktede bokstav-navn og alt innhold som kunne kompromittere deres anonymitet ble endret (f.eks. navn på venner og slektninger, arbeidsplasser, stedsnavn). Terapeutene ble gitt titlene T1 og T2. Transkripsjonene var detaljerte nok til at en utenforstående leser vil forstå hvem som talte til hvem, hva som ble sagt (også inkludert kommunikative lyder, latter og stotring), beskrivelser av kommunikative gester og ansiktsuttrykk (skrevet i parenteser), stillhet og pauser (lengde på mer enn to sekunder ble merket med tre punktum, mens lenger pauser ble merket med antall sekunder i parentes), avbrytelser og overlapp i tale ble notert og forklart i parenteser.

2.3.3 Datarikdom

Studien er svært grundig med tanke på den betydelige kvantiteten og kvaliteten på data. Video-opptak, transkribering og analyse av gruppeterapi i det omfang som er gjort her representerer kun sjeldne tilfeller i gruppeterapilitteraturen. Likevel er det klart at 3 timer med video-opptak gir oss kun et lite glimt av disse gruppens virkelighet.

2.3.4 Prosedyrer for dataanalysen

Undersøkelsen er grunnleggende pragmatisk og innebærer en eklektisk tilnærming («mixed-method approach») som har til hensikt å best mulig matche utfordringene som er gitt i forskningsspørsmålene (Creswell, 2003). Metodene som er benyttet her er derfor hentet fra ulike metodiske (både kvantitative og kvalitative) retninger og dekker dermed flere funksjoner. På den ene siden så er det en beskrivende/illustrerende studie som gir innsikt i likheter og forskjeller i den praktiske implementeringen av to gruppebehandlingsmetoder for en spesifikk pasientgruppe. På den andre siden så er det også en fortolkende studie da den også forsøker å si noe om hvordan vi kan forstå pasientenes responser i lys av terapeutenes intervensjoner, dvs. om vi kan avdekke forhold som synes å danne tematiske mønstre som peker i retning av mulige årsakssammenhenger. Spesielt interessant her var å analysere behandlingsprogrammets og intervensjonenes underliggende endringsteori («theory of change»), dvs. å undersøke selve endringsmekanismene i det terapeutiske arbeidet med pasientene (Godrick, 2014). Tilnærmingen kan derfor sies primært å være både illustrativ og teori-testende i kraft av å sammenligne praksis

med teori både innenfor den enkelte metode og mellom metodene. Fremgangsmåten har potensial til å være hypotese- eller teoriutviklende dersom analysen skulle avdekke forhold ved metodene eller forskjeller mellom metodene som ikke beskrives av eller følger logisk av eksisterende teori.

Gitt omfanget og dybden i forskningsspørsmålet for et slikt sammenlignende kasusstudie, så var det å bli fortrolig med datamaterialet over tid særdeles viktig («prolonged engagement») (Lincoln & Guba, 1985). Forfatteren behandlet dataene selv hele veien fra transkripsjonsfasen, gjennom analysefasen og over til skrivefasen. Analysen kan derfor sies å ha startet allerede i transkripsjonsprosessen og fortsatte i en periode på 12 måneder. Analyseprosessen beveget seg gjennom transkripsjonen, flere gjennomlesninger, gjennom møter og samtaler med veileder og endte med første utkast av denne skrevne rapporten. I løpet av denne tiden ble dataene i lengre perioder lagt til side bare for på nytt å bli brakt tilbake for ny gjennomlesning.

I løpet av denne prosessen startet kodingen og analysen av materialet på forskjellige tidspunkt og på forskjellige nivåer i bearbeidningen av teksten etter at den opprinnelige transkripsjonen av videodataene var gjennomført. De ulike metodene som ble benyttet vil bli presentert i kronologisk rekkefølge nedenfor. Dette innebar bl.a. at opptelling av terapeutintervensjoner var blant de første behandlingene av dataene etter transkripsjon og gjennomlesning. Blant de siste trinnene i behandlingen finner vi tolkninger av årsakssammenheng mellom terapeutaktivitet og pasientresponser. På alle nivåer i koding- og analyseprosessen ble materialet på nytt studert etter å ha landet på et utvalg funn og temaer fra den begynnende kodingen for å se om disse funnene kunne bli supplert eller endret på basis av ny gjennomlesning av dataene. Det var med andre ord snakk om en prosess som beveget seg frem og tilbake mellom råmateriale og tentative analytiske funn som revideres på bakgrunn av den nye informasjonen som blir gjort tilgjengelig etter hver analyseprosedyre. Denne prosessen imiterer i stor grad en variant av «iterative sampling», der det som fremkommer av preliminare dataanalyser er med på å forme de neste analysevalg («sampling decisions») (Paulus, Woodside & Zeigler, 2008). Prosessen fortsetter til man har oppnådd metning, dvs. til det det ikke lenger fremkommer ny informasjon som fører til endringer i analysevalg. I den foreliggende undersøkelsen kan det sies at preliminare dataanalyser først og fremst har formet valg av analyseverktøy, dvs. velge

metoder som best kan formidle funn som er interessante for forskningsspørsmålene, men også til en viss grad forståelse av dataene.

2.3.4.1 Antall terapeutintervensjoner

Siden et viktig fokus for oppgaven har vært å undersøke egenskaper ved MBT-gruppeterapi i lys av en beslektet måte å lede gruppeterapi på, så syntes det naturlig med et overordnet blick på terapeutintervensjonene. Et enkelt mål på terapeutaktivitet i en gruppe kan være å se på antall terapeutintervensjoner (mengde). Som et enkeltstående tall sier det kanskje lite, men dersom man sammenligner antallet mellom gruppene, så kan det si noe mer. I denne undersøkelsen regnes alle meningsbærende utsagn fra terapeutene som terapeutintervensjoner, dvs. at intervensjoner som «hm», «mm» o.l. ikke ble regnet som terapeutintervensjon i dette regnskapet. En terapeutintervensjon som ble påbegynt, men avbrutt, for så å fortsette igjen etter avbrytelsen ble regnet som én terapeutintervensjon. Det synes logisk at eventuelle likheter eller forskjeller i antall terapeutintervensjoner kan si noe om likheter eller forskjeller i terapeutaktivitet mellom gruppene.

2.3.4.2 Vurderingsskala for mentaliseringsbasert gruppeterapi

I neste omgang ble det naturlig å se nærmere på hva slags terapeutintervensjoner vi hadde å gjøre med og om det også her var forskjeller mellom gruppene. På bakgrunn av at denne studien i hovedsak hadde til hensikt å kaste lys over MBT-teori og –praksis, så syntes det fornuftig at en av undersøkelsesmetodene var å skåre begge gruppene med vurderingsskala for mentaliseringsbasert gruppeterapi. Kort fortalt består skalaen av 9 gruppespesifikke ledd for MBT-G og 10 generelle ledd for MBT (som sammenfaller med MBT individualterapi). Noen av leddene kan derfor sies å være mer MBT-spesifikke enn andre ledd, mens andre kan forstås som mer generelle ledd som er aktuelle for flere forskjellige gruppeterapimetoder. Leddene i skalaen er:

1. Håndtering av gruppens grenser. Terapeutene identifiserer grenserelevante hendelser og kommenterer dem på en måte som virker meningsfull og oppklarende for gruppen som helhet.
2. Regulering av gruppens faser. Minst to av fasene adresseres på en måte som engasjerer medlemmene til refleksjon om de muligheter og valg en står ovenfor.

3. Initiativ til og gjennomføring av mentaliserende turtaking. Terapeutene tar egne initiativ og følger opp pasienters initiativ til turtaking, er med på å organisere dette, kommer med intervensjoner som fremmer en forstående fortelling og som fokuserer på følelser og interpersonlige hendelser, og er delaktig i å avslutte sekvensen og i overgangen til neste sekvens.
4. Engasjering av gruppemedlemmene i mentalisering av hendelser. Terapeutene inviterer de andre gruppemedlemmene, implisitt eller eksplisitt, til å klargjøre hendelser og til å finne og utforske egnede fokus.
5. Identifisering og mentalisering av hendelser i gruppen. Terapeutene identifiserer betydningsfulle hendelser i gruppen og engasjerer medlemmene i en felles utforsking som virker meningsfull og oppklarende.
6. Omsorg for gruppen og hvert enkelt medlem. Gruppemøtet forløper på en upåfallende måte hva gjelder omsorg. Terapeutene ser ut til å ha et våkent øye for negative karakteristikk gruppemedlemmer imellom og griper fort inn når dette skjer eller når noen mister kontrollen i gruppen, som eksempelvis ved angstanfall.
7. Håndheving av autoritet. Terapeutene virker rolige og trygge i sine roller. I praksis står de opp for gruppens verdigrunnlag.
8. Stimulere og bistå gruppen i diskusjoner om grupperelevante temaer. Terapeutene tar initiativ til normdiskusjoner og/eller engasjerer seg på en interessert måte i spontane diskusjoner som oppstår og forsøker å modifisere restriktive gruppeløsninger som lanseres om ikke disse blir utfordret av andre gruppemedlemmer
9. Samarbeid med koterapeut. Det ser ut til å være et tillitsfullt forhold mellom terapeutene, de understøtter hverandre og samarbeider godt.
10. Engasjement, interesse og varme. Terapeutene fremstår som gjennomgående genuint varme og interesserte. Dette gjelder overfor enkeltmedlemmer så vel som for gruppen som helhet. Bedømmeren får inntrykk av at terapeutene bryr seg på en positiv måte. Det er flere eksempler på kommentarer som formidler dette.
11. Utforskning, nysgjerrighet og ikke-vitende holdning. Terapeutene stiller hensiktsmessige spørsmål for å fremme nysgjerrighet og utforsking av pasientenes egne og andres mentale tilstander, motiver og følelser og formidler en egen genuin nysgjerrighet med hensyn til å finne ut.

12. Utfordring av uberettigede oppfatninger. Terapeutene konfronterer og utfordrer på en hensiktsmessig måte uberettigede oppfatninger om en selv og andre
13. Regulering av spenningsnivå. Terapeutene tar en aktiv rolle med hensyn til å holde spenningen på et optimalt nivå (ikke for høyt slik at pasientene mister sin evne til å mentalisere og ikke for lavt slik at møtet blir følelsesmessig meningsløst)
14. Påskjønnning av god mentalisering. Terapeutene identifiserer og utforsker god mentalisering og dette ledsages av anerkjennende ord eller skjønnsom bruk av ros.
15. Håndtering av pretend-modus. Terapeutene identifiserer sekvenser av pseudomentalisering og intervensjoner for å bedre mentaliseringsevnen
16. Håndtering av psykisk ekvivalens. Terapeutene identifiserer psykisk ekvivalens fungering og intervensjoner for å bedre mentaliseringsevnen.
17. Fokus på følelser. Intervensjonene er hovedsakelig fokusert på følelser, mer enn på adferd. Oppmerksomheten er rettet mot følelser slik de kommer til uttrykk her og nå i gruppen, hos enkelte pasienter, pasienter imellom, i forhold til terapeutene, og i gruppen som helhet.
18. Bruk av «topp» og «spol tilbake». Terapeutene identifiserer minst en episode der pasienter forteller på en lite sammenhengende og oppskjørtet måte om en interpersonlig hendelse, forsøker å dempe tempo og sammen finne ut av hendelsesforløpet steg for steg. Tilsvarende stopper de hendelse(r) i gruppen som er på vei til å bli destruktive og tar initiativ til å utforske hendelsesforløpet sammen med pasientene.
19. Fokus på forholdet mellom terapeuter og pasienter. Terapeutene kommenterer og forsøker å utforske sammen med pasientene hvordan de forholder seg til terapeutene i møtet og stimulerer til refleksjon over alternative perspektiver der dette er på sin plass. Terapeutene gjør aktivt bruk av egne følelser og tanker om forholdet til pasientene og forsøker med dette å stimulere til utforsking av forholdet mellom dem.

MBT-G-skalaen sine ledd skåres for både forekomst av og kvalitet på intervensjonene. I denne undersøkelsen ble det imidlertid primært lagt vekt på forekomst, siden en av gruppene ikke var MBT. I tillegg vurderes dessuten en helhetlig skåre til slutt basert på det generelle inntrykket og delskårene.

Siden skalaen har spesifikke ledd (terapeutintervensjoner) som teoretisk sett hevdes å ha en særlig mentaliseringsfremmende funksjon, så syntes det rimelig å anta at disse leddene også kunne benyttes til å kartlegge grad av mentaliseringsfremmende terapeutaktivitet i annen gruppebehandling, slik som i f.eks. PDG. Vurderingsskala for MBT-G ble derfor i denne undersøkelsen benyttet for å måle etterlevelse (og kompetanse) i gruppeledelse basert på MBT-G-prinsipper i begge gruppene. Antagelsen som lå til grunn for det var at eventuelle forskjeller mellom gruppene målt ved MBT-G-terapeutaktivitet kunne si noe om forskjeller mellom gruppenes generelle innslag av mentaliseringsfremmende intervensjoner fra terapeutene. Mer spesifikt ble det også antatt at de kunne si noe om hvilke spesifikke fokus terapeutintervensjonene hadde mellom gruppene, som f.eks. grad av fokus på følelser (som er et av leddene). Skåringen av gruppene med vurderingsskala for MBT-G ble utført av autoriserte eksperter fra Oslo universitetssykehus, avdeling for personlighetspsykiatri.

2.3.4.3 Refleksiv funksjonsskala

Siden dette var en sammenlignende kasus-undersøkelse, så var det videre av stor interesse å ikke bare se om det var forskjeller i hvordan gruppene ble ledet, men også å undersøke om eventuelle forskjeller i terapeutledelse syntes å ha konsekvenser for pasientene, dvs. om undersøkelsen evt. kunne danne eller sannsynliggjøre hypoteser om logiske sammenhenger (kausaltitet) mellom terapeutaktivitet og pasientresponser.

Flere terapimetoder, som tar sikte på å fostre mentaliseringsevnen hos pasienter med personlighetsforstyrrelser, slik som overføringsfokusert terapi (Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber, Clarkin & Kernberg; 2006) og mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2004) har vist at økning i refleksiv funksjon (som er operasjonaliseringen av mentaliseringsevne) er assosiert med signifikant reduksjon av symptomatologi og psykopatologi (Bateman & Fonagy, 2004; Clarkin, Foelsch, Levy, Hull, Delaney & Kernberg, 2001; Levy et al., 2006). Det er derfor nærliggende å tenke seg at terapeutintervensjoner innenfor disse retningene direkte stimulerer utviklingen av mentaliseringsevnen hos pasientene.

Av særlig interesse var det derfor å undersøke omfanget av og kvaliteten på pasientenes engasjering i mentaliseringsfremmende diskurs ved å undersøke om forekomsten av eksplisitt mentalisering hos pasientene syntes å være avhengig av (eller variere med) observerbare kvaliteter ved terapeutaktiviteten. En antagelse som lå til grunn for denne analysen var at de

terapeutintervensjoner som er representert i de MBT-spesifikke leddene (delvis også i de generelle leddene) i vurderingsskala for MBT-G, antas å være særlig mentaliseringsfremmende. Mulige sammenhenger kunne derfor f.eks. være at frekvensen av mentaliseringsfremmende intervensjoner samvarierer med pasienters deltakelse i mentaliseringsrelevante diskurser eller at hyppighet av slike intervensjoner samvarierer med nivå i eksplisitt mentalisering.

For å muliggjøre undersøkelsen av slike sammenhenger var det nødvendig å kunne identifisere og kartlegge forekomsten av eksplisitt mentalisering hos pasientene i gruppene. Refleksiv funksjonsskala er et skåringsverktøy som har til hensikt å måle mentaliseringsnivå på bakgrunn av pasienters utsagn (Fonagy, Steele, Steele & Target, 1998). Imidlertid er RF-skalaen opprinnelig utviklet for å skåre pasienters responser i det strukturerte AAI-intervjuet. Å skåre RF på ustrukturert materiale er til nå et relativt lite utforsket område med unntak av noen få studier (Bernbach, 2001; Josephs., Anderson, Bernard., Fatzer & Streich, 2003; Karlsson & Kermott, 2006). Å undersøke forandring i mentaliseringsevne under terapi er imidlertid et viktig forskningsområde og krever at RF-skalaen også benyttes på ustrukturert materiale. Et forsøk på dette ble gjort av Karlsson och Kermott (2006) som sammenlignet interpersonlig terapi (IPT) og kognitiv atferdsterapi (KAT). De undersøkte hvordan RF endret seg under terapiforløpet og resultatet der viste at RF varierte mer i IPT-gruppen (økte mest i starten) enn i KAT-gruppen (som ikke viste noen signifikant endring). Det er mulig at slike undersøkelser kan peke på hvordan ulike terapifokus igangsetter ulike terapiprosesser.

Et viktig aspekt når det gjelder skåring av RF i det voksne tilknytningsintervjuet (AAI) var at for pasienter med utrygg tilknytning eller tilknytningsskader, så vil visse utfordrende spørsmål («demand»-spørsmål) som ber pasientene direkte om å fortelle hva de bl.a. føler og tenker om seg selv og sine tilknytningspersoner, midlertidig føre til særlig utfordring av og dermed svekkelse av mentaliseringsevnen, dvs. spørsmålene kan avdekke områder med mentaliseringssvikt (Fonagy et al., 1998; Hesse, 2008). Årsaken antas å være at «demand»-spørsmål, i motsetning til «permit»-spørsmål, som er mer åpne og mindre aktiverende eller provoserende, vil aktivere mer affekt, som følge av et aktivert tilknytningssystem. Eksempler på spørsmål fra AAI kan være ”hvorfør tror du at foreldrene dine gjorde dette?” eller ”tror du at de skjønnte at du følte deg avvist?”. Det er karakteristisk at slike «demand»-spørsmål spørsmål «krever» et mentaliserende svar (da særlig angående tilknytning eller interpersonlige

avvisninger), mens «permit»-spørsmålene på sin side er mer fokusert på hendelser eller mindre følelsesmessige og tilknytningsrelevante temaer.

Det som poengsettes med RF-skalaen er altså i hvilken utstrekning intervjupersonen benytter seg av og elaborer rundt mentale tilstander i svaret sitt. Refleksjon på et høyere mentaliseringsnivå innebærer å innta en tentativ holdning der man forsøker å forstå egne og andres følelser, tanker og motiv fra ulike perspektiv. Det motsatte er konkrete svar som kun innehar hendelses- og atferds-uttrykk uten beskrivelser av indre tilstander. I AAI gis det både enkeltskårer på avgrensede utsagn, samt en totalskåre som indikasjon på personens totale RF-evne. I det siste tilfelle er det personens mest typiske tendens som angis. Svarene graderes på en likert-skala der -1 er totalt fravær av mentalisering til 9 som er eksepsjonelt høy mentalisering. Normalpopulasjonens svar på AAI har vist seg å ligge rundt 5 (Fonagy et al., 1996; Pedersen, Lunn, Katznelson & Poulsen, 2012). Selv om det kun er «demand»-spørsmål som skåres for RF i AAI, men Taubner og kolleger (2000) har for øvrig vist i sin studie av 196 RF-skåringer på AAI-intervjuet at «permit»-spørsmålene bidrar til å heve pasientenes endelige RF-poengsum.

En kortfattet beskrivelse av nivåene i RF-skalaen er gis i manualen for MBT-G (Karterud, 2012). Her bedømmes skårer fra -1 til 3 som fra negativ til begrenset RF, og skårer fra 5 til 9 som fra moderat til høy RF. Beskrivelser av mentaliseringsnivået på de ulike trinnene er som i listen nedenfor:

(9) Fullstendig eller eksepsjonell. Personen viser en konsistent refleksiv holdning i alle sammenhenger og gjennomgående en eksepsjonell sofistikert RF som virker genuin, forfriskende, overraskende, kompleks og kontekstualiserende i et utviklingsmessig perspektiv.

(7) Markert. I intervjuet som helhet anvender personen en refleksiv holdning nokså konsistent. Det forekommer mange eksempler på full refleksiv funksjon som antyder en stabil psykologisk modell av sin egen og andres mentale tilstander. Det forekommer mange detaljer om tanker og følelser og implikasjoner av mentale tilstander er eksplisitt uttalt, i tillegg til et utviklingsmessig (interaksjonelt) perspektiv.

(5) Tydelig eller ordinær. Personen viser en ordinær evne til å gi mening til sine erfaringer i form av tanker og følelser. Personen har en modell for "the mind" (sin egen og andres) som kan være enkel, men er relativt sammenhengende, personlig og velintegrert.

(3) Tvilsom eller lav. Svarene veksler i kvalitet. Et mentaliserende perspektiv er tidvis til stede, men dette er ikke konsistent og fortellingen er iblandet sosiale klisjeer,

pseudomentalisering, selvsentrering, skråsikkerhet samt manglende evne til å se andres perspektiv, blandede følelser og konflikter, et manglende utviklingsperspektiv samt dårlig erkjennelse av mentale tilstanders opake karakter. Svarene kan være preget av ”splitting”, med tendens til idealisering og devaluering.

(1) Fraværende men ikke forkastet. Et mentaliserende perspektiv er fraværende hos personen, men responsen er ikke aktivt avvisende eller fiendtlig. Personen svarer gjennomgående med henvisning til konkrete hendelser og/eller sosiale eller psykologiske klisjeer som vitner om en mangelfull modell for ”the mind”. De fleste svar som ligger på dette nivået preges av tendens til forvrengning ved beskrivelser av opplevelser. Dette er forvrengninger som reflekterer forsøk på å gjenopprette en viss sammenheng i selvrepresentasjonen (selvet). Forvrengningene kan virke selvsentrerte på den måten at de er overdrevent egosentriske, selvforstørrende eller ”selvforherligende” med urealistiske og/eller nedlatende beskrivelser av andre.

(-1) Negativ. Personen opptrer fiendtlig avvisende til ”utfordrende spørsmål” og/eller svarer på en bisarr eller motsetningsfull måte: ”Hvordan kan jeg vite det, er det ikke du som er psykologen her?” ”Du prøver bare å sverte meg”.

Når det gjelder å skille «demand»-spørsmål fra «permit»-spørsmål når en skårer ustrukturert materiale slik som her, så finnes det ikke standardiserte retningslinjer for det (Karlgrén & Sandell, 2013). I den foreliggende undersøkelsen ble derfor alle terapeutintervensjoner i gruppene sammenlignet med hvordan «demand»- og «permit»-spørsmål i AAI er utformet. En konsekvens av dette var at spørsmål som fokuserte på og skapte forventninger til å involvere indre mentale intensjonelle tilstander som følelser, tanker og motiver ble kodet som «demand». Andre spørsmål som f.eks. mer rettet seg mot hendelser eller andre ting som ikke involverte intensjonelle/motivasjonelle mentale tilstander ble kodet som «permit». Eksempler på «demand»-spørsmål kunne være spørsmål som fokuserer på følelser, som f.eks. «hva føler du?», mens «permit»-spørsmål ofte er mer orientert rundt klargjøring av hendelser, som f.eks. «hva skjedde videre?». Det ble imidlertid også tillagt en del vekt på de forventningene spørsmålet hadde med tanke på hva slags svar som var etterspurt, og her spilte også konteksten spørsmålene ble gitt innenfor også inn, da det f.eks. i en MBT-gruppe vil ligge mange underforståtte forventninger til å delta/bidra i en mentaliserende diskurs eller tilnærming

til temaene. RF-skåringene i denne undersøkelsen ble drøftet i samråd med en ekspert-veileder i MBT fra Oslo universitetssykehus, avdeling for personlighetspsykiatri.

Når det gjelder behandling av RF-skårene, så ble de forsøkt systematisert bl.a. ved å sortere RF-skåringene pasientvis og kronologisk. Denne systematiseringen hadde til hensikt å se etter variasjon eller endring i RF-nivå etter som den terapeutiske dialogen utspiller seg over tid, samt eventuelt merke seg viktige tidspunkt dersom det kunne observeres markant endring. Et viktig spørsmål her var dessuten å se om det var mulig å observere hva som eventuelt fordret en slik endring (f.eks. undersøke om visse typer terapeutintervensjoner særlig ser ut til å fasilitere en evt. RF-økning mer enn andre). En metode for å f.eks. gjenkjenne intervensjoner som muligens bidrar mer til endring, kan f.eks. være å identifisere intervensjoner som inntreffer på slutten av perioder med stillstand rett før mentaliseringsnivået plutselig endrer seg. En annen måte skåringene ble systematisert på var å sammenligne RF-nivåer og -variasjon mellom gruppene.

2.3.4.4 Kvalitativ analyse

Kasusene i denne undersøkelsen ble valgt ut basert på antagelsen om at de representerte eksempler på «typiske tilfeller» av hver sin terapeutiske metode. En del av hensikten med å studere «typiske tilfeller» er ofte å undersøke hvorvidt de kunne sies å bekrefte de teoretiske redegjørelsene som er gitt for metodene, dvs. om det var sammenheng mellom teori og praksis (Patton, 1990). I denne undersøkelsen vil det være av stor betydning for sammenligningen av kasusene hvorvidt de faktisk er eksempler på de aktuelle spesifikke metodene. Dersom eksemplene f.eks. skulle vise seg å ikke være ledet i tråd med teori, så vil de være mindre egnet til å sammenligne de to gitte metodene. Motsatt sett vil sammenligningen kunne være mer interessant, jo mer antagelsen om «typiske tilfeller» styrkes. Imidlertid vil ikke teori og praksis sannsynligvis noen gang ha et en-til-en forhold og undersøkelser av denne type vil derfor alltid ha potensiale til å f.eks. oppdage ukjente relasjoner mellom variablene og dermed kunne bidra til å danne nye hypoteser om sammenhenger som igjen potensielt vil kunne bidra til videreutvikling av teori (Patton, 1990; Stakes, 1981).

Neste ledd i undersøkelsen, etter skåringsverktøyenes, ble derfor å supplere med en mer åpen lesing av video-transkripsjonene. Hensikten her var å avdekke forekomst av fenomener som syntes relevante for forskningsspørsmålene, men som så langt ikke hadde blitt fanget opp av f.eks. vurderingsskala for MBT-G eller RF-skalaen. Tilnærmingen som ble valgt var derfor å

gjøre en detaljert og holistisk analyse av innholdet som deretter gradvis ble bearbeidet til en «tykk» beskrivelse, i form av mer kondenserte narrativer som beskriver forløpet og strukturen som utspilte seg i gruppene (Guba & Lincoln, 1981; Merriam, 1988). Tilnærmingen kan beskrives som kvalitativ innholdsanalyse ("content analysis") med rasjonale fra tematisk analyse som verktøy. Denne lesingen bestrebet seg i å være både utforskende og teoristyrkt, da gruppeterapilitteratur ble konsultert som referanse i tolkningen av funnene. Fremgangsmåten kan på mange måter ligne «grounded theory», men en viktig forskjell her er at mens man i «grounded theory» konstruerer kategorier underveis i forskningsprosessen, så tok man i denne innholdsanalysen primært i bruk kategorier som er definert før data-analysen har begynt, dvs. på forhånd definert teoretiske konstrukter fra gruppepsykoterapilitteraturen (Willig, 2013). Hvilke forhåndsdefinerte kategorier som tas i bruk er imidlertid primært basert på funn i teksten. Denne lesingen innebar en bearbeiding av teksten på flere nivåer og det ble gjort en innsats med å nærme seg dataene uten for mye forutinntatte oppfattelser eller forventninger.

Tilnærmingen her var, som nevnt, delvis basert på tematisk analyse (TA) slik den blir gjort rede for av Howitt og Cramer (2007) og Braun og Clarke (2006). TA er en fleksibel tilnærming for å avdekke mønstre og temaer som organiserer og beskriver datamaterialet, og krever ikke at forskere underlegger seg et distinkt teoretisk rammeverk. I denne undersøkelsen ble metoden imidlertid benyttet først og fremst som en realistisk metode, i motsetning til en konstruksjonistisk metode. Forfatteren valgte altså å nærme seg datamaterialet med en antagelse om at det er mulig å finne mønstre som reflekterer klinisk virkelighet. Med det menes at analysen var drevet av forfatterens teoretiske interesse – at analysen var eksplisitt forsker-drevet – og at innenfor dette teoretiske rammeverket, så var de kliniske psykologiske fenomener vi møtte virkelige. Som en konsekvens av denne teoretiske innramming, så krever dette studiet en detaljert analyse av noen aspekter av datamaterialet (f.eks. terapeutintervensjonenes mulige mentaliseringsfremmende kvaliteter), til fordel for en rik beskrivelse av datamaterialet som helhet. Denne fasen dro derfor bl.a. veksler på den innledningsvise teoretiske redegjørelsen og det ble gjort et poeng ut av å fokusere på de potensielle likheter og ulikheter som teoretisk finnes mellom metodene for å se hvordan disse utartet seg i praksis.

Denne fasen av analyseprosessen forsøkte dermed å på en best mulig presis måte å beskrive og fortolke teksten i lys av relevant teori. Et begrenset antall temaer som reflekterte de tekstbaserte dataene på en adekvat måte identifisert gjennom en analytisk koding-prosess og

integrering av koder til temaer. I kodingsfasen ble dataene lest om og om igjen, der små segmenter først ble kodet med intuitive verbale beskrivelser. Kodene ble deretter modifisert fra en gjennomlesing til den neste i lys av utvikling i totalforståelsen av datamaterialet.

I denne første fasen ble det etterstrebet å tilnærme seg dataene uten fordommer og forventninger, slik at rammene for analysen kunne bli fastsatt på bakgrunn av de fremvoksende kodene og temaene («focus-determined boundaries»; Lincoln & Guba, 1985).

Deretter ble temaer som sammenfattet betydelige deler av kodene formulert, og til sist ble temaer, der det var mulig, sammenlignet relevante teoretiske konstrukturer fra gruppepsykoterapilitteraturen, da spesielt med vekt på MBT-litteratur eller mer generell gruppepsykoterapilitteratur. Analyseprosessen utviklet seg altså fra å være en ren beskrivelse av dataene organisert i narrativer («tykke beskrivelser») for å vise mønstre uten å ta hensyn til teoretiske hensyn, til en fortolkende fase der MBT-teori (og annen teori fra gruppeterapilitteraturen) tjente som et organiserende prinsipp i å sette de formulerte temaene inn i en meningssammenheng (tolkning).

I tillegg til den teoristyrte lesingen, som til nå er beskrevet, så ble det også supplert med en mer åpen og utforskende observatørinntrykk. Av fortolkende teknikker innen kvalitativ analyse, så er observatørinntrykk («observer impression») den mest vanligste (Ralph, Birks & Chapman, 2014). Som supplement, var teknikken særlig egnet i dette tilfellet, ved at dataene ble grundig gjennomlest og forskeren (observatøren) gjorde seg kjent med materialet over tid («prolonged engagement») og deretter tolket og rapporterte materialet i en strukturert form (Lincoln and Guba, 1985; Saladana & Johnny, 2012). Her ble det f.eks. vurdert hvordan man kan forstå aspekter i eller mellom gruppene som tidligere ikke har tydelig blitt adressert gjennom teori. Aktuell teori ble her på et senere tidspunkt forsøkt knyttet til funnene.

Alle bearbeidingene av dataene i denne undersøkelsen ble drøftet med en ekspert innen området. Når et funn har blitt gjort i en av gruppene, ble funnet senere også sammenlignet med motsatt gruppe for å kartlegge eventuelle likheter og forskjeller. Etter at bearbeidingene var fullført, så ble det på grunn av tekstens mangfoldighet også foretatt en utsiling og kun de funn som syntes å være mest relevante og interessante for forskningsspørsmålene blir rapportert i denne teksten.

2.3.4.5 Sammenligningsmetode

Et overordnet prinsipp i dataanalysen var å fremheve egenskapene ved gruppene på en måte som egnet seg til å sammenligne dem. Siden undersøkelsen ikke har hatt til hensikt å være en teoretisk drøftelse av metodene, så har den i stor grad latt seg styre av faktiske observerbare praktiske forhold ved de to aktuelle gruppesesjonene som forutfor analysen ble antatt å være illustrerende typiske kliniske eksempler på to relaterte gruppebehandlingsmetoder.

Nedenfor i resultatdelen presenteres de kvantitative funnene først og deretter fremheves kvalitative egenskaper og mønstre i gruppene som syntes å være interessante og relevante for denne undersøkelsen. Funnene som blir beskrevet er primært beskrivelser av egenskaper og mønstre som har blitt observert innenfor gruppene (ikke mellom) og kommenteres og tolkes i lys av teori der det er relevant. Disse blir imidlertid stilt opp «side om side» slik at sammenligning av gruppene muliggjøres og likheter eller forskjeller fremstår klart og er til tider selvforklarende. Betydningen av hva disse likhetene eller forskjellene betyr vil bli diskutert lenger ned i teksten.

I og med at gruppene på forhånd var antatt å kunne tjene som illustrerende praktiske eksempler på de aktuelle terapimetodene, så vurderes de i lys av deres teoretiske tilhørighet, men likevel i hovedsak i lys av MBT-teori, da det var denne undersøkelsens særskilte oppgave å utforske hvorvidt MBT-teori i praksis ligner eller ikke ligner på beslektede metoder. Av samme grunn rapporteres funnene fra MBT-gruppen først etterfulgt av funn fra PDG. Dette gjøres for å legge til rette for å lese resultatene fra MBT-gruppen som en mulig mal på MBT-teori i praksis, som resultatene fra PDG-gruppen kan sees i lys av.

2.4 Troverdighet

Undersøkelsen bestrebet seg å etablere troverdighet bl.a. ved å forsøke følge standardene anbefalt av Williams og Morrow (2009). Av strategier som bidro til et tilstrekkelig nivå av pålitelighet i resultatene var bl.a. det at forfatteren holdt flere møter (bl.a. over telefon) med en av terapeutene for MBT-gruppen etter å ha landet på noen av de sentrale kjernetemaene i analysen. Denne terapeuten var også veileder for den andre terapeuten i MBT, samt veileder for terapeutene i PDG-gruppen fra 2006 og kjente derfor godt til både innhold og metode i denne gruppen. Disse møtene fungerte da som et middel for «*member checking*» (Lincoln & Guba, 1985), og sørget for at terapeutene, gjennom denne veilederen, hadde mulighet til å evaluere tolkningen av datamaterialet. Disse møtene med presentasjon av datamaterialet var samtidig en

mulighet for terapeuten å motta feedback på arbeidet i gruppene. Etter å ha formidlet tilbakemelding på datamaterialet, tok møtene ofte form som en reflekterende dialog der utfallet av analysen ble «forhandlet» frem (Lincoln & Guba, 1985). Terapeuten/veilederen kunne bistå med å justere, utvikle eller bekrefte forståelsen av datamaterialet gjennom informasjon som ikke var tilgjengelig i video-materialet.

Analyseprosessen varte i 12 måneder, et tidsforløp som vitner om et forlenget engasjement (Lincoln & Guba, 1985). Det er både en fordel og et bidrag til troverdighet at datainnsamlingen i kasus-studier finner sted over en vedvarende forlenget tidsperiode (Creswell, 2003).

Forfatteren av denne teksten hadde det primære ansvaret for analysen, og hadde regelmessige diskusjoner med sin veileder («peer debriefing») om sine funn. Å være under supervisjon er antatt å bedre sikre pålitelighet (Williams & Morrow, 2009; Lincoln & Guba, 1985).

Hensikten med metodevalget var å lage en tykk beskrivelse av terapisesjonene og fremheve funn ved å peke på både innhold og kontekst i datasettet. På denne måten blir data presentert på en grundig måte, slik at mulighet for vurdering av funnene også kan overføres til leseren. I tråd med denne reservasjonen, så foreslås det likevel tentativt bestemte måter funnene kan forstås på.

I denne undersøkelsen hadde ikke forskeren direkte kontakt med pasientene og det var derfor ikke mulig å gjennomføre debriefing med deltakerne (som f.eks. «interviewer corroboration», «peer debriefing», «negative case analysis», «auditability», «bracketing», «balance»; Lincoln and Guba, 1985). Gitt det overordnede fokuset i denne studien på sammenheng mellom teori og praktisk utførelse, så ansees dette ikke å være av avgjørende betydning for troverdigheten til funnene.

3.0 RESULTATER

3.1 Antall terapeutintervensjoner

En opptelling av antall terapeutintervensjoner viser at graden av terapeutaktivitet skiller gruppene i stor grad. I MBT-gruppen fantes det 294 terapeutintervensjoner mot 130 intervensjoner i PDG-gruppen.

3.2. Vurderingsskala for mentaliseringsbasert gruppeterapi

Begge gruppene ble skåret med vurderingsskala for MBT-G for å undersøke forekomsten av bruk av intervensjoner som teoretisk sett skal kjennetegne MBT-G. Helhetlig skåring av begge gruppene viser at MBT-gruppen gir en skåre på 7 av 7 på etterlevelse og 6 av 7 på kvalitet. Med andre ord en MBT-gruppe ledet i tråd med manualen. På samme skalaen gir PDG-gruppen en helhetlig skåre på 1 av 7 for etterlevelse og 2 av 7 for kvalitet, noe som peker på at PDG-gruppen i liten grad synes å illustrere typiske intervensjonsmønstre ved MBT-G.

Tabell 1 nedenfor viser en detaljert oversikt over hvilke typer intervensjoner som ble skåret og hvordan frekvensen av disse er fordelt mellom gruppene. Forskjellene mellom gruppene synes gjennomgående å være store. Hovedtrekkene i skåringene er at MBT-gruppen bl.a. synes å vektlegge mer aktiv strukturering og hyppig engasjering av medlemmene i mentaliserende diskurser. Motsatt følger det at i den aktuelle PDG-gruppen så synes det å være få innslag av intervensjoner som benyttes i MBT-G. Hvilke type intervensjoner som i stedet dominerer i PDG-gruppen vil fremkomme nærmere av den kvalitative innholdsanalysen. Selv om det gjennomgående er store forskjeller mellom gruppene, så er det også noen unntak. De leddene som ikke skåres for forekomst, men kun for kvalitet, dvs. leddene 6, 7 og 10, finner man rikelig med eksempler på i begge gruppene uten at en av gruppene utmerker seg spesielt. Leddet som omhandler samarbeid med koterapeut (ledd 9) fremstår også som lite spesifikt for noen av disse gruppene, da det er lav frekvens av dette i begge gruppene.

Det bør nevnes at PDG-gruppens skåringer på vurderingsskala for MBT-G ikke sier noe om kvaliteten på PDG-gruppen. Det finnes egne skåringsinstrumenter som er mer egnede for PDG-gruppen («treatment adherence and therapist competence scale») som kunne gitt nyttig informasjon, men ble av ressurs hensyn ikke prioritert innenfor de tilgjengelige rammer for dette arbeidet (Lorentzen, 2014). Utskrift av den gjeldende PDG-gruppen ble imidlertid lest gjennom av en ekspert på området og vurdert til å ha et ordinært innhold og være utført med gjennomsnittlig kvalitet, og skal derfor kunne gi et realistisk bilde av PDG-behandling for pasienter med borderline lidelse. Slikt sett ansees PDG-gruppen å kunne tjene sitt formål som sammenligningsgrunnlag.

Å skåre andre typer terapigrupper med vurderingsskala for MBT-G kan gi et enkelt svar på spørsmålet om MBT-gruppeterapi er vesentlig annerledes og tilbyr noe nytt i forhold til andre metoder, slik det stilles spørsmål om innledningsvis. Skåren er derfor ikke et mål på hvorvidt

PDG-gruppen ledes slik den bør, men representerer i stedet tall som kan fortelle noe om forskjellen mellom denne metoden og MBT-G. Skårene kan derfor antas å gi en ide om hva som er likheter og forskjeller mellom gruppene, ved at den gir et mål på hvor stor andel av terapeutintervensjonene som følger MBT-prinsipper i en antatt «gjennomsnittlig» PDG-gruppe.

Tabell 1:

Intervensjoner som skåres:	Forekomst i PD-G:	Forekomst i MBT-G:
1. Håndtering av gruppens grenser.	2	5
2. Regulering av gruppens faser.	1	15
3. Initiativ til og gjennomføring av turntaking.	0	12
4. Engasjering av gruppe-medlemmene i mentalisering av hendelser.	0	13
5. Identifisering og mentalisering av hendelser i gruppen.	0	35
6. Omsorg for gruppen og hvert enkelt medlem. (skrâres ikke).	-	-
7. Håndheving av autoritet. (skrâres ikke).	-	-
8. Stimulere og bistå gruppen i diskusjoner om grupperelevante tema.	0	5
9. Samarbeid med koterapeut.	1	1
10. Engasjement, interesse og varme (skrâres ikke).	-	-
11. Utforsking, nysgjerrighet og ikke-vitende holdning.	6	25
12. Utfordring av uberettigede oppfatninger.	0	16
13. Regulering av spenningsnivå.	1	9
14. Påskjønning av god mentalisering.	0	4
15. Håndtering av pretend modus.	1	11
16. Håndtering av psykisk ekvivalens.	0	0
17. Fokus på følelser.	3	43
18. Bruk av stopp og spol tilbake.	0	0
19. Fokus på forholdet mellom terapeuter og pasienter.	1	34

3.3 Refleksiv funksjon

Alle pasientutsagn ble undersøkt med tanke på RF. Særlig utsagn etterfulgt av såkalte «utfordrende» spørsmål («demand»-spørsmål) ble tillagt vekt (i tråd med teori gjort rede for

ovenfor) og skåret for RF. For å beholde konteksten til resultatene, da denne ble ansett som viktig både på detalj- og overordnet nivå, så kommenteres utvalgte RF-vurderinger i narrativene under innholdsanalysen (se nedenfor).

Oppsummert viser resultatene at RF-nivået for de fleste pasientene holder seg noenlunde på konstant nivå, men at det i to (av tre) pasientsekvenser fra MBT-gruppen, så synes RF-nivået for den aktuelle pasienten og øke. Nivået i gruppen som helhet synes også å variere i takt med dette. Drivere for endringene synes bl.a. å være terapeutenes valg av intervensjoner, der fokus på mentale tilstander dominerer. Samlet sett synes derfor funnene å peke på at RF økte mer og oftere i MBT-sekvensene enn i PDG-sekvensene. Det er også noe variasjon og til dels økning i PDG-gruppen, men ikke like uttalt. Felles for begge gruppene viser imidlertid at forekomsten av mentaliserende diskurs i sekvensene generelt begynner på et lavt RF-nivå.

3.4 Innholdsanalysen

Resultatene fra innholdsanalysen presenteres nedenfor hovedsakelig som sammenhengende tekstkondenserte narrativer, da denne fremstillingsformen i størst grad bevarer nyansene i resultatene, samt at det blir mulig for leseren selv å gjøre seg opp en mening om funnene er rimelige. Utvalgte kommentarer og tolkninger til innholdet i narrativene, samt utvalgte RF-skåringer presenteres fortløpende som en del av teksten. Det skal komme klart frem hva som er beskrivelser av gruppeaktivitet og hva som er tolkninger. Først presenteres imidlertid noen overordnede betraktninger av gruppene.

3.4.1 Sekvenser som naturlige sammenlignbare enheter

Det ble tidlig klart at de to gruppene hadde egenskaper som gjorde de godt egnet for sammenligning. Det første som slo en ved gjennomlesing var oppdelingen av gruppesesjonene i sekvenser. Sekvensene ble ledet av terapeutene og gjorde seg til kjenne gjennom sine avgrensede fokus på spesifikke personer med spesifikke temaer. Som oftest var disse avgrensede fokus sentrert rundt en person av gangen, men noen ganger var det mer generelle spørsmål som ble behandlet, som f.eks. åpningsfasen eller avslutningen i MBT-gruppen.

Det var i begge gruppene totalt fem klart avgrensede sekvenser. I MBT-gruppen inngikk en åpningssekvens og en avslutningssekvens blant disse fem (det var ingen åpnings- eller avslutningssekvens i PDG-gruppen). Åpningssekvensen i MBT-gruppen fungerte som et

planleggingsmøte for gruppesesjonen. Hvilke pasienter som ble satt på dagsorden ble der avtalt mellom pasientene og terapeutene. Deretter fulgte tre behandlingssekvenser med hver sin hovedperson og et tilhørende aktuelt tema. De tre pasientene som ikke hadde en egen dedikert behandlingssekvens var likevel aktive i behandlingen av de andres sekvenser, enten på eget initiativ eller etter å ha blitt involvert av terapeutene. Til slutt fulgte en kort avslutningssekvens med evaluering av dagens møte og behovet videre. Når det gjelder de tre pasientene i MBT-gruppen som hadde egne dedikerte sekvenser, så strukturerte terapeutene i stor grad når disse ble trukket inn underveis og det ble eksplisitt uttrykt hvem sin «tur» det var til å snakke. F.eks. ved at T2 spør direkte om L vil begynne. Intervensjonen kommer etter åpningssekvensen, der agendaen for dagen er satt, så det er allerede bestemt at L skal på dagsorden i løpet av sesjonen. T2 sin invitasjon tydeliggjør likevel for gruppen at L skal ha fokus på seg og sitt tema akkurat her og nå.

I PDG-gruppen avdekket det at 5 av 6 personer hadde en dedikert sekvens med seg selv i sentrum, mens en person ikke hadde et slikt klart fokus. Denne siste personen deltok imidlertid mye i de andres sekvenser og det kom også frem at den personen var mer «ferdig» behandlet i den forstand at hennes avslutning allerede var planlagt i nær fremtid. Sett under ett tyder strukturen på at terapeutene tok styring for å sørge for at «alle» fikk sagt noe ved at de selv trakk inn de som ikke spontant hadde meldt seg. Det var imidlertid ikke eksplisitt kommunisert fra terapeutene i PDG-gruppen hvordan og hvorfor den gitte strukturen ble lagt, slik det ble gjort i MBT-gruppen. Det var altså ingen åpningssekvens (eller avslutningssekvens), som opererte på et meta-nivå og eksplisitt planla eller vurderte av innholdet i dagens sesjon. Deltakerne initierte i stedet oftere selv spontant til sekvenser og temaer, som det ikke ble satt spørsmål til om det skulle brukes tid på eller ikke. Et eksempel på det er når C forteller at hun er «kjempedeppa og dritsur».

Som nevnt finner vi imidlertid også eksempler på at terapeutene i PDG-gruppen trekker inn pasienter og temaer. De underliggende overveielser til å gjøre dette blir imidlertid ikke klart kommunisert, men det kan likevel være nærliggende å anta at det ligger reflekterte vurderinger til grunn hos terapeutene. Det kan muligens dreie seg om å behovet for å skape gruppedynamikk, at alle får sagt deltatt eller at temaet antas å være relevant for personen. Et eksempel er der T2 spør B om han kjenner seg igjen.

3.4.2 Avstikkere til og involvering av andre pasienter

I tillegg til hovedsekvensene, så var det i begge gruppene også flere avstikkere til andre pasienter som tok form av å være mindre sekvenser med temaer som falt inn under hovedsekvensen sitt tema. Det handlet da gjerne om at andre deltakere assosierte videre på temaet for hovedsekvensen før det igjen endte med å vende tilbake til «hovedpersonen» etterpå. Slike avstikkere kunne ha varighet i opptil 5-10 minutter. Et eksempel fra MBT-gruppen er L sin sekvens som via en terapeutintervensjon involverte S ved å spørre om hva hun tenkte om situasjonen. Noen ganger ble også hele gruppen engasjert av terapeutene til å delta i bearbeiding av et tema (mentaliserings av hendelser), om f.eks. T2 i MBT-gruppen spør hva «dere andre» tenker rundt temaet som var oppe.

Slike avstikkere så imidlertid ikke ut til å oppleves som avledninger fra hovedpersonen, men heller som en fordykning av temaet, da det ble bearbeidet fra en annen side. Det synes også være slik at andre deltakere «lånte» temaet for å bearbeide egne ting. Det fremsto uansett ikke å gå på bekostning av pasienten i fokus og skapte heller ikke uorden, da deltakerne gjerne tilkjenner deres opplevelse av «hvem sin tur det var til å snakke» og ofte selv sørget for at avstikkerne ikke ble «for» lange. Begge gruppene delte dynamikken når det gjaldt avstikkere, men det var særegent for MBT-gruppen at opplevelsen av hvem sin tur det var ble gjenstand for eksplisitt mentalisering.

Når det gjelder mer kortvarig fortløpende involvering av og fra andre pasienter, så var det et felles funn for begge gruppene at pasientene deltok aktivt i hverandres bearbeiding av temaer. Noen ganger involverte pasientene seg på eget initiativ, mens andre ganger så involverte terapeutene aktivt andre ved å henvende seg til dem. I MBT-gruppen falt dette ofte inn under det å involvere deltakerne i mentaliserende diskurs, f.eks. ved at de ble spurt direkte hva han/hun tenker om det det snakkes om eller hvor han/hun er oppe i alt det som snakkes om. Når pasientene deltok på eget initiativ, så kunne det ha alt fra støttende til klargjørende og mer konfronterende funksjoner. Involveringen kunne bestå av alt fra en person til hele gruppen.

3.4.3 Sekvenser fra MBT-gruppen

På bakgrunn av den klare inndelingen i sekvenser, så vil den resterende innholdsanalysen med hensyn til oversiktighet presenteres nedenfor i en sekvensinndelt form. Alle sekvensene blir referert, da det ble vurdert som viktig å bevare konteksten til funn som av ulike årsaker blir

trukket frem. F.eks. viser følgende analyser at det ikke bare er interessant å undersøke enkeltintervensjoners form og innhold, men også å vise hvordan intervensjoner over lengre strekk også representerer mønstre eller strategier som ikke kan fanges i beskrivelsen av utvalgte enkeltteksempler. Dette er særlig interessant da gruppene ser ut til å være ulike på dette området. Det ble også vurdert at mangfoldet av de ulike gruppeterapeutiske fenomenene som avdekkes representerer sjeldne innblikk i klinisk virkelighet og har derfor verdi i seg selv. Av plasshensyn vil imidlertid noen utvalgte sekvenser bli mer utførlig referert enn andre, da disse oppfattes som særlig egnede som illustrasjoner på egenskaper i og mellom gruppene. Den første sekvensen etter åpningsfasen i MBT-gruppen er et eksempel på en slik sekvens.

3.4.3.1 Sekvens 1 – åpningsfasen:

MBT-gruppen åpnet med en kort sekvens (5 minutter) som starter med en refleksjon rundt hendelser og temaer fra forrige gang. Hensikten syntes å være å avrunde eller følge opp tråder fra sist møte og terapeuten tok her for seg en etter en deltaker som også ble invitert til å komme med synspunkt.

Vi fant bl.a. at T2 uttrykte savn etter en pasient som sa farvel forrige gang. Deretter fulgte hun opp med en spørsmål til N om opplysninger om mageproblemer og at det hadde blitt litt ugreit mellom N og T2 sist. Sammen ble de enige om sette temaet på dagsorden. T2 nevnte deretter dilemmaet til E med å besøke sin kronisk syke og narkomane far. E svarte at hun fikk en del råd sist og fant en god løsning med å bruke farmor som sikkerhetsnett. Hun følte derfor ikke behov for å sette det på dagsorden. Videre spurte T2 om S hadde noen kommentarer til det hun tok opp sist, men S husket ingen ting av det. T2 påpekte at det skjer ofte at hun glemmer og T1 foreslo å ta hennes hukommelse som et tema. T2 meddelte deretter at pasient AG har sendt beskjed om at hun ikke kunne komme pga. skole. N spurte deretter om det skulle komme en ny deltaker og T2 bekreftet dette, men at tidspunktet ikke passet og at de derfor venter på avklaring av en annen pasient. T2 gikk så videre til A og spurte om avrundingen av terapiløpet og det blir konkludert med at det også burde bli behandlet. Etter at T2 hadde nevnt de temaene som hun ønsket å sjekke ut med gruppa, ga hun beskjed om at det også var plass til flere i fokus og så seg rundt i gruppen. T1 pekte da på L og foreslo at hun burde settes på dagsorden (underforstått at det var lenge siden sist). L svarte at hun ikke visste hva hun skulle snakke om, og sa hun bare ventet på å flytte.

Åpningssekvensen slik den her er illustrert sammenfaller i stor grad med manual for MBT-G (Karterud, 2012). I følge denne henter terapeutene ideene til temaer fra tidligere gruppesesjoner og/eller fra møter med individualterapeutene.

3.4.3.2 Sekvens 2

Den følgende sekvensen er et eksempel på hvordan mentaliseringsnivået endrer seg underveis delvis på bakgrunn av utfordrende («demand») mentaliseringsfremmende terapeutintervensjoner. Hovedaktør i denne sekvensen var L, en kvinne på ca. 40 år, som ble satt på dagsordenen av T1 under påskudd av at det hadde vært lenge siden sist hun hadde vært i sentrum og at det i seg selv var grunn til å utforske hva handlet om, tatt i betraktning at hun går i terapi. Pasienten selv virket å være uforberedt på å få fokus på seg. Hvis vi tar konteksten med i betraktningen, antas det å være klart for deltakerne at de skal i fokus med jevne mellomrom i denne type gruppe der trening på mentalisering er forventet, i hvert fall hver 3-4 gang. Spørsmålet innebærer altså at hun bes om å kjenne etter i seg selv om hun har noe hun trenger å jobbe med og tilsvare her et «demand»-spørsmål i AAI, dvs. et spørsmål som krever et mentaliserende svar. L starter å si at hun ikke vet hva hun skal snakke om:

L:-(Smiler) «Aner virkelig ikke hva jeg skal si, for å være helt ærlig. Jeg har ikke peiling, liksom. Jeg har ikke noe jeg har tenkt på eller noen hendelse eller noe sånt som jeg...

L virker ute av stand til å reflektere inn det faktum at hun sitter i en terapigruppe, men ikke har noe å ta opp. Svaret antyder at hun starter ut på et RF-nivå der mentalisering er fraværende, men ikke forkastet (ca. RF=1). T2 påpeker at det var litt sånn for henne sist hun snakket også og slik sett underforstått engasjerer L og de andre medlemmene i mentalisering av hendelsen. L avviser imidlertid «hypotesen» ved å påpeke at det var annerledes den gangen, fordi hun da satt og latet som om hun ikke hadde noe å snakke om selv om hun egentlig hadde det. Deretter følger en liten utforskning av situasjonen hjemme hos L, der det å vente på å flytte fra samboeren oppleves litt rart og vanskelig. T2 forsøker å fokusere på pasientens følelser da hun spurte om samboerens humør, men utforskningen fikk ingen klar retning.

T1 valgte så en annen tilnærming og reflekterte på et meta-nivå rundt selve situasjonen som har oppstått i gruppen:

T1: -Men sånn når du sier det, så blir det vel da opp til oss? Altså hva tenker vi omkring det at du ikke har noen spesielt å ta opp? Så da kan jo vi tenke... altså jeg tenker da liksom da to ting: «nei, kanskje du ikke har det fordi at alt er ok», men skal vi snakke om avslutning, da? Fordi hvis alt er ok, så er det ikke noen grunn til å gå her, i og for seg. For dette er jo terapi. Eller sier du at du ikke har noe og at det er det som er problemet?

Intervensjonen har flere funksjoner. På den ene siden er det en metakognitiv intervensjon, dvs. her definert som dobbel projeksjon. Med dobbel projeksjon, eller «refleksiv» projeksjon, menes det som f.eks. adresseres i spørsmål som «hva tenker du om det at X/du selv føler slik?», mens enkel projeksjon adresseres i spørsmål som «hva tror du X føler?» (Kernberg, 1975). Intervensjoner til gruppen som helhet vil f.eks. kunne være «hva tenker vi om det at du ikke har noe spesielt å ta opp?». Intervensjonen inviterer altså pasienten til å innta et metakognitivt perspektiv på seg selv og situasjonen. Samtidig ser intervensjonen ut til å regulere spenningsnivået noe opp ved at pasienten blir konfrontert med spørsmål om avslutning. Det skapes dessuten en klar kontekst for mentaliserende diskurs gjennom måten problemstillingen skisseres. Pasienten bes altså om å kjenne etter i seg selv, samtidig som hun må ta inn og forholde seg til hvordan de rundt henne kan forstå hennes atferd. Den ikke-vitende posisjonen som T1 også demonstrerer, kjennetegnes her bl.a. ved at T1 la frem to likestilte mulige forklaringer uten å ta parti, men overlot det til L å oppklare spørsmålet, som kun kunne besvares tilfredsstillende med et mentaliserende svar.

Det neste som skjedde da var at L svarte at hun ville prøve å huske hva hun hadde snakket med individualterapeuten om som hun trengte å jobbe med. Samtidig nevnte hun at de hadde snakket om avslutning mot høsten. L syntes imidlertid fortsatt ikke å være i kontakt med noe mer oppklarende i seg selv, men så ut til å ha tatt inn at omgivelsene nå krevde noe annet av henne enn det hun svarte i første omgang. Hennes svar her antyder at det kan ha vært noe vesentlig som hun ikke forholdt seg til, selv om det fortsatt er uklart om hun i det hele tatt hadde noe hun ønsket å ta opp.

T1 fulgte så opp med å legge enda press på L ved å spørre om hun kanskje skulle slutte tidligere, altså underforstått som spørsmål om hun følte seg ferdig her. Spørsmålet kan også forstås å ha «demand»-karakter i lys av konteksten og at hun måtte kjenne etter i seg selv for å

kunne svare. L sitt svar var at hun ønsket å fortsette kontakten gjennom flytteprosessen, og fortsatt litt etter det også siden det da blir en ny livssituasjon, som hun ikke vet hvordan hun vil reagere på. Hun ønsket med andre ord å ha avslutningsdatoen litt åpen frem til hun føler seg mer klar, noe hun ikke gjør nå. Svaret viser at hun her i større grad forholder seg til indre tilstander (følelser) og at hun reflekterte over hvordan hun kunne påvirkes av situasjonen hun er i og kan havne i dersom det avtales en avslutningsdato for tidlig. Svaret antyder en viss mobilisering av mentaliseringskapasitet (økning i RF).

Kort etterpå kom hun på hvilket tema individualterapeuten mente hun trengte å jobbe med. Det var at hun trengte å jobbe med å si fra hva hun føler om ting i gruppen, da hun ofte kan bli sittende å irritere seg når andre snakker. Måten hun la frem saken på (distansert) pekte imidlertid mot at hun der og da ikke helt selv kjente behovet for å ta den problemstillingen opp. Temaet stimulerte imidlertid til spontan mentalisering fra en annen deltaker i gruppen:

N: -Kan jeg spørre...(til L)? Er det sånn da at en annen sitter og forteller noe, (som) så vekker egne følelser hos deg? Eller er det mer sånn at du kan bli irritert, fordi du synes de sutrer eller at du synes de ikke gjør som de skal, eller?

Spørsmålet og avklaringen kan avspeile en økning i mentaliseringsnivået i diskursen i gruppen. L bekreftet det sistnevnte og fortsatte med å si at hun samtidig lurte på om hennes irritasjonen dekket over andre følelser hun hadde (som kanskje egentlig var kilden til irritasjonen), fordi hun ikke egentlig mener at de som «sutrer» sier noe veldig dumt. Hun mente derfor at hun egentlig burde prøve å finne ut hva som ligger bak det at hun er irritert. Hun reflekterer nå inn at hendelser i gruppen trigget følelser, men oppfattet en noe kaotisk og diffus sammenheng mellom hva som skjedde i gruppen og hva hun tar med seg inn i gruppen. Følelsene som vekkes synes vanskelige å plassere, samt at de også sannsynligvis vekket et behov for å beskytte andre mot seg selv for igjen å kunne beskytte seg selv mot reaksjoner fra andre dersom hun skulle ytret sine reaksjoner på andre. Hun synes ikke å ha et bevisst eller reflektert forhold til dette og omtaler det som at hun er «dårlig» på å si fra (som er en klisjé og tvilsom RF), og at hun dessuten var usikker på om det faktisk handlet om andre ting også.

E så ut til å ane en indre konflikt hos L og fulgte opp med å gjøre det klart for L at negative tilbakemeldinger også er ønskelig, fordi man kan lære av det og finne ut mer om seg

selv. T1 støttet E i at det er en aktiv arbeidsgruppe og påskjønnte E for sin konstruktive holdning. E oppfordrer videre med at folk ikke må være redde for å si ting og legger dermed grunnen for å ønske negative følelser og opplevelser velkomne, da både deltakere og terapeuter gir uttrykk for at slike utspill er ønsket uansett om noen skulle føle seg støtt umiddelbart, da informasjonen i utspillene kan drive gruppen fremover.

I kjølevannet av E sitt utspill følger T2 opp med mentaliserende utforskning (ikke-vitende holdning) av E sine mulige projeksjoner, dvs. T2 spør E om hun lurte på om L er redd for komme med tilbakemeldinger i og med at E kom med denne oppfordringen. Intervensjonen er en eksplisitt sirkulær (mentaliserende) refleksjon (dvs. en person lurte på hva en annen person tenker om en tredje) (Pines, 1998). E presiserer imidlertid at poenget hennes var at det er viktig for henne å få tilbakemelding dersom hun sier noe «galt» også, ikke bare når hun sier noe bra. L skyter spøkefullt inn at det kanskje er T2 selv som lurte og det blir litt latter i gruppen. Bruk av humor her synes å ha en spenningsregulerende funksjon, da det muligens ufarliggjør og skaper en mer lekende form som gjør temaet mindre angstfylt. L sier også til E at hun synes det var fint å vite hva E mener. N slenger seg på og sier seg også enig, men fortsetter spøkefullt med å si at det ikke er sikkert at hun tar det pent. På nytt blir det (spenningsregulerende) latter i gruppa.

Innspillene ser ut til å fasilitere L sin videre utforskning av hvorfor det ofte blir til at hun ikke sier noe. L tror at kanskje det er fordi hun ikke føler det er hensiktsmessig å uttrykke det hun føler, fordi hun er usikker på om en «krass» tilbakemelding fra henne kan være til noe hjelp for andre, da krassheten (sinne/irritasjon) handler om følelser i henne selv som hun ikke greier å ordne opp i. N antyder at det kanskje er lettere å rydde opp i følelsene dersom hun uttrykker dem. Utforskningen synes å føre til noe klargjøring av egen indre dynamikk, der følelsene ikke blir forstått og derfor opplevd som upassende. De blir dessuten overdrevent opplevd som krasse, noe som blir tydelig da gruppa har sett veldig lite til denne irritasjonen. Det synes nå som en tydelig kan se at L sin mentaliseringsevne i større grad har blitt aktivert og RF-nivået har økt (RF=3) siden hun ble introdusert.

T2 fokuserer videre på følelsene til L og kommenterer at hun ikke kan huske at hun har vært synlig sint i gruppa før. N trekker imidlertid frem en hendelse fra før T2 sin tid der L «arresterte» et gruppemedlem når hun sa noe dumt eller ikke uttrykte seg klart. Det var en utbredt oppfatning i gruppen at dette gruppemedlemmet «fortjente» litt irettesettelse. Dette siste

får imidlertid noe pseudomentaliserende preg da det blir presentert som at «sånn var det bare» og den utforskende holdningen forsvant litt.

T1 håndterer tilløpene til pseudomentalisering gjennom å trekke en linje tilbake til utgangspunktet da L bedyret å ikke ha noe å snakke om ved å retorisk spørre om det kanskje var noe her likevel. Utsagnet synes å også tjene til å regulere temperaturen noe opp ved å endre fokuset til å bli mer personlig ved å gjøre L «svar skyldig» («demand»-spørsmål). L svarer at det stemmer for så vidt at hun har ting å jobbe med som f.eks. komme mer i kontakt med følelsene sine og være mer sikker på følelsene sine, men at det er vanskelig å finne ut av selv. Hun legger til at hun har oppdaget at irritasjon for henne er en følelse som overtar for alle følelser, f.eks. hun bli ikke lei seg, men irritert i stedet. Utsagnet antyder en økning i RF fra utgangspunktet, men i og med at hun fremstiller det som en fast regel at irritasjon alltid dekker over noe, så kan man mistenke at tenkningen lever sitt eget liv frakoblet den umiddelbare erfaringen og dermed fortsatt i retning av pseudomentalisering.

T1 håndterer på nytt pseudomentalisering med å presisere at det bare «muligens» er noe annet irritasjonen dekker over. L bekrefter da at det er en mulighet for at hun noen ganger faktisk bare er irritert også. Hun reflekterer videre på egne opplevelser med psykologer som har sagt ting som treffer henne på en måte som gjør henne sint. Tidligere tenkte hun at irritasjonen kom av at hun bare hatet den personen, men nå i ettertid har hun begynt å tenke at den reaksjonen kom fordi det var noe i det psykologen sa som gjorde det ubehagelig for henne. I stedet for å bare rettfærdiggjøre at hun ikke likte den personen som gjorde sånn mot henne, så tenker hun nå at reaksjonen kan være urimelig.

Det ser nå ut til at en viss grad av mentaliserende funksjon er etablert og T1 velger videre å fokusere på nytt på den posisjonen L tar i forhold til gruppa og stiller spørsmål til L om hvordan «vi» (gruppen) skal gripe an dette med at L har som vane å innta en passiv rolle (metakognitiv intervensjon). Med dette bringer han fokuset mot det som skjer her og nå mellom L og gruppa. L svarer ikke direkte på spørsmålet, men henviser til at det var dette temaet individualterapeuten hennes ba L fortelle til gruppa at hun hadde problemer med for at hun og gruppa dermed skulle bli mer bevisst på det og sammen prøve å gjøre noe med det. Svaret kan imidlertid tyde på at L i mindre grad forholder seg til de mentale tilstandene hos seg selv som ligger bak hennes atferd i gruppen, da det i stor grad handler om å referere til hva individualterapeuten hennes ba henne om, altså mer fokus på hvordan ytre hendelser har ledet

henne til å ta opp dette som tema. T1 gjentar imidlertid spørsmålet sitt om hvordan «vi» skal håndtere saken. L svarer da at hun egentlig må gjøre det meste selv at individualterapeuten foreslo at hun bl.a. av og til kan sjekke inn. L legger imidlertid raskt til at hun ikke synes hun kan drive å holde på sånn hele tiden og antyder at hun ikke er helt alliert med forslaget. Hun foreslår i stedet at gruppa kan spørre henne og legger dermed i stedet ansvaret på dem.

N kaster seg inn i dialogen og spør om det oppleves lettere å skulle si ting nå som alle er klar over problemet, og om det blir lettere å bryte inn dersom hun får aksept fra gruppa om å gjøre det (spontan mentalisering). L svarer bekreftende, men synes fortsatt å forholde seg til saken på en relativt distansert og uengasjert måte. Det følelsesmessige engasjementet synes svært lavt med tanke på den antatte aktiveringen hun ville kjent på dersom hun skulle bevege seg ut av den trygge passive posisjonen.

T1 velger da å skru opp temperaturen ved å gjøre utforskningen av temaet mer konkret og personlig ved å spørre om når det var hun faktisk ble irritert (fokus på følelser) i gruppa sist. L svarer spøkefullt unnvikende at hun blir irritert hver gang. Stemningen i gruppa er god og det blir mye latter. T1 holder fokuset og snevrer inn ytterligere med å spørre hvem hun ble irritert på sist. L svarer nå (fortsatt unnvikende) at hun er dårlig til å skille mellom hva som skjedde sist og hva som har skjedd tidligere. Etter å ha tenkt seg om kommer hun frem til at hun ikke ble så irritert sist, men at hun ble irritert gangen før. På spørsmål om på hvem svarer L først spøkefullt og unnvikende igjen om at det var mange hun ble irritert. Gruppa ler på nytt. Det kommer imidlertid frem at hun hadde blitt irritert på T1 da de snakket om det at N hadde vært borte. L starter litt unnvikende og sier det var litt «forskjellige irritasjoner» men at det ikke var noe mer bak det. Hun fortsetter imidlertid med at hun syntes N hang litt sånn i løse lufta og ble fortvila over at hun ikke fikk noen tilbakemelding. L sier hun også ble irritert over at N ble stilt til veggs og at spørsmålene ble så inngående. Hun sier hun ofte kan bli irritert når ting trekker ut så lenge og hun ikke skjønner hva terapeutene vil frem til. L forsvarer likevel terapeutene ved å peke på at de av og til kommer frem til noe likevel og at hun da tar feil. Hun legger til at T1 av og til snakker med så rolig stemme at hun faller ut, noe hun føler skyld for.

Etter å ha snakket litt mer blir L mer nølende og N, som synes å ane noe, ber henne «komme med det». L letter da til slutt på sløret og sier at hun reagerer når f.eks. E sier at hun ikke kommer seg opp og når N sa at hun var sliten. Hun klarer ikke å ha så veldig mye sympati for dem. L sier hun blir delt mellom å tenke «se deg til helvete og bare gjør det du skal» på den

ene siden, men på den andre siden vet hun at de ikke sitter der og later som. L sier hun tror irritasjonen springer ut av at det var veldig mye syting hjemme da moren ofte var sånn som «ikke klarte», «ikke kunne» etc. L sier hun har litt lav terskel for slike ting og at det er fordi det minner henne om ting med sin mor. L legger spøkefullt til en anekdote om en terapeut hun hadde som lignet på sin mor. T1 følger det siste opp med å utforske forholdet mellom pasient og terapeuter ved å spørre om hun synes T2 (som er kvinne) ligner på moren hennes. Det hele får en lett humoristisk karakter og L parerer med «nei, ikke du heller» til T1 (som er en mann). Humoren og den lette stemningen synes å være et spenningsregulerende element i bearbeidningen av et relativt krevende tema.

Muligens gjør den lette stemningen det enklere for L som deretter spør N direkte om hun syntes det var kjipt å høre det hun sa. N må tenke seg om og L konkluderer da prematurt med at N synes det og sier hun synes det ble vanskelig å takle. Dette utløser muligens «brannslukking» fra N som skynder seg med å si at hun synes det er greit, men at det selvfølgelig vekker følelser i henne, fordi hun får skyldfølelse når det er noe hun ikke klarer. L fortsetter da med å si at det er derfor hun hadde tenkt å ikke si det, som igjen blir møtt med at «det er helt greit at du sier det» fra N. Slik forhandles det litt frem og tilbake og man kan se at L bidrar til å utløse forsikringer fra andre om at det var greit å si det hun sa. Med andre ord kan man anta en mulig mentaliseringssvikt av hendelsen som innebærer forventninger om anklager fra andre. Forventningen bekreftes imidlertid ikke, men L lar seg ikke synlig overbevise. N fortsetter imidlertid med at det er noe i det L sier, men at det er fordi hun enten er dårlig eller sliten. N fastholder likevel at hun selv må tåle at andre kan mener ting om henne. L skynder seg å moderere sine utsagn ved å si at hun er delt mellom det at samtidig som det er vanskelig å forstå, så tror hun ikke at N juger. N beroliger L med å si at hun verken blir lei seg eller sint når L sier det hun sier. L sier hun blir irritert på seg selv og synes å oppleve skyldfølelse. N beroliger igjen med å si at hun ikke er redd for det eller at det er feil av L å si det hun sa. N påpeker deretter at L må akseptere at hun har de følelsene hun har, men at hun kan spørre seg hva som ligger bak de.

Etter å ha hørt litt på utvekslingen mellom L og N påpeker T1 at det var tydelig på L at dette ikke var helt enkelt å si og at det vekket noe i L. L bekrefter at hun blir dritstessa og at hun vil ta det tilbake og sier med en spøkefull tone at det gjør vondt. T1 spør deretter direkte om hva det er som foregår i henne, altså et «demand»-spørsmål. L svarer at hun føler at hun har gjort N vondt. T1 utvider refleksjonen over hendelsen ved å si hva han selv tenker rundt det:

T1:-ja, du gjorde henne kanskje litt vondt, men å gjøre andre litt vondt og frustrere andre litt, det må man kanskje? Det var ikke verre enn at du tålte det (ser på N)). Altså du brøt ikke sammen.

T1 utfordrer her mulige uberettigede oppfatninger L kan ha om konsekvensene av å si fra om ting. T2 spør dessuten hva de andre i gruppa tenker og involverer dem til mentalisering av hendelsen. L utdyper ved å si at hun hele livet har valgt heller å gjøre seg selv vondt enn å gjøre andre vondt, da hun har store problemer med å gjøre andre vondt. F.eks. sier hun heller at ting er greit eller blir med på ting (som hun ikke egentlig vil) for å skåne andre. Hun sier dette er noe hun egentlig har lyst til å jobbe med og viser her en utvikling i bevisstgjøringen av egne utfordringer. Hennes egen passivitet som hun ikke stilte spørsmål til innledningsvis blir nå problematisert og forstått ut fra mentale tilstander på en til tider tydelig måte (RF=3-5).

T1 tar opp tråden til T2 og spør på nytt hvordan de andre i gruppen reagerte på hendelsen. T2 nyanserer ved å spørre hva de tenker rundt det å være så åpen. E repeterer det hun sa tidligere om at det hun synes det er greit og at hun skjønner at folk tenker sånn siden hun også tenker sånn om seg selv (det at hun bare burde komme seg opp å gjøre det hun skal). T1 holder fokuset på følelser og spør E direkte om det med at N syntes det var ubehagelig. N sier da at det ikke var så ubehagelig og at L hadde sagt det på en veldig fin måte. N understreker at det ikke er sånn at hun skulle ønske L ikke sa det. T2 følger opp ikke-vitende med spørsmål som fasiliterer N sin utbrodering av at det er ting hun egentlig vet om seg selv og forteller at hun blir sint på seg selv fordi hun ikke får til å gjøre det hun skal. Noen vansker med mat er greit, men i forhold til jobb, så føler hun at hun burde greid mer. Hun sier hun imidlertid svinger litt i hvor streng hun er mot seg selv og at hun selv også er kritisk til andre, samt at hun tror de fleste av og til tenker at det bare er å «ta seg sammen».

T1 trekker så inn et S, som til nå ikke har vært engasjert i dette, og spør hva hun tenkte om situasjonen. S sier at hun blir irritert når hun hører folk be henne skjerpe seg, men innrømmer at hun også tenker sånn selv av og til og kan bli «dritirritert» over folk som er «så jævla hjelpesløse». T2 spør da om S ble irritert på L i sted. S bekrefter at hun ble litt irritert og anslår irritasjonen til en treer da T1 ber henne tallfeste på en skala fra 0 til 10 (S sier først spøkefullt at det var en tier). Hun legger til at hun har hørt det mange ganger før, men at hun er veldig delt. S

forteller også om moren sin, som hun oppfatter som fryktelig hjelpeløs og stakkarlig, at sier hun har lyst til å be henne skjerpe seg. Samtidig kan hun tenke om seg selv at hun er akkurat lik moren sin og at hun hater å høre «skjerp deg» fra andre, fordi det er egentlig ikke så lett å skjerpe seg. N sier hun kjenner seg igjen i den delte følelsen S beskriver og sier at det noen ganger har opplevdes svært urettferdig å høre det, fordi hun har vært svært dårlig og ikke hatt noen mulighet til å gjøre noe. Hun skjønner imidlertid at man utenfra lett kan tenke slik og at det noen ganger også er berettiget.

Tilbake til L, så sier hun at hun også opplever det som delt, men at irritasjonen kommer selv om hun kan se det fra begge sider. S skyter inn at dersom L kun hadde sagt «skjerp deg», så hadde hun gått opp i en ellever. T1 spør da spøkefullt (til S) om det er da hun kaster ting på samboeren sin. L skynder seg med å si at hun ikke mente det sånn, men at hun mente det mer som noe hun har tenkt av og til og at det gir henne dårlig samvittighet. N tilfører at hun også har tenkt sånn flere ganger om folk her. L sier at når hun tenker sånn, så føler hun seg veldig lite forståelsesfull etterpå. T2 utfordrer mulige uberettigede oppfatninger og påpeker at det er ganske stor kvalitetsmessig forskjell på å si «skjerp deg» og det L har lagt det frem.

T1 trekker også inn P, som til nå har vært passiv, og spør henne hvor hun er oppe i alt dette. P sier hun er enig i alt. Gruppen ler. Utsagnet kan tyde på at hun er lite i kontakt med sine egne følelser rundt temaet og forholder seg i pretend-modus med muligens uberettigede oppfatninger. Både T1 og L speiler henne på det at hun er enig i alt. P svarer at hun visste hun kom til å få spørsmålet, men mener at hun faktisk er enig i alt. L konkretiserer med å spørre om hun mener at hun er enig i å være delt, slik andre har beskrevet det. P bekrefter langt på vei, men trekker også frem et punkt om at «vi» (gruppa) ikke er enige om at «vi» (gruppa) har blitt vant til T1 og de konsentrerte øynene hans. T1 spør tilbake om det er P som påstår det og kommenterer spøkefullt at han har glatta ut øyenbrynene. P svarer at hun bare hadde lyst til å si det, men at det ikke er nødvendig å snakke om det i tre kvarter, da hun mener det ble stadfestet sist at T1 er skummel. Igjen synes P å demonstrere pseudomentalisering og uberettigede oppfatninger og T1 følger opp med å speile P sitt ikke-mentaliserende utsagn ved å peke på det om en «vedtatt sannhet». P modererer seg med å si at det heller bare virker sånn og at det er fordi T1 grubler, og tilføyer at det også er bra selv om det tar tid. P sier hun kan bli irritert, hvis det er for mye dveling. T2 følger opp fokuset på følelsen med å spørre P om hun greier å si fra når hun er irritert. P mener hun greide det, men T2 påpeker at hun ikke sa det så eksplisitt. P parerer med å

si at «hun blir da ikke så irritert». Deretter minnes hun et tidligere gruppemedlem som brukte et kvarter på å gjenta det hun sa, noe hun syntes var ganske frustrerende (L sier seg enig).

T1 spør L oppsummerende om det i hvert fall for henne er et viktig tema dette med at hun får et ubehag når hun tror hun har såret eller vært en belastning for andre. L bekrefter med å si at hun vanligvis er veldig, veldig forsiktig, fordi det har vært noe av det hun har vært redd for av alt. Her i gruppa har hun imidlertid opplevd at det går bedre og at hun derfor har begynt å spørre seg selv hva det egentlig er hun er redd for skal skje. Følelsen gir imidlertid en opplevelse av at verden skal gå under, selv om hun syntes det gikk bedre nå. T1 kommenterer at dette åpenbart må være slitsomt. L bekrefter og sier at hun tidligere trengte beskyttelsen det ga, men ikke nå lenger. T1 spør utforskende om hun vet hvorfor det har blitt sånn og L forklarer det med at det var så mye krangling og skriking da hun vokste opp og at hun antageligvis tok en megler-rolle og følte ansvar for alle parter. Hun tør ikke engang å såre folk hun ikke kjenner. Hun sier hun ikke forstår det helt, for med ansvaret for andres følelser hører det også med til historien at hun ikke takler andres ubehag. Da tar hun heller og sørger for at andre kan gjøre det ubehagelig for henne ved å tillate de å være sinte eller lei seg på grunn av L. T1 spør hva ubehaget heter. L sier hun ikke vet helt hva det er, men at i stedet for å gjøre ting for å unngå det eller få det bort, bl.a. ta ting tilbake eller være sammen med folk hun ikke vil være sammen med, så må hun må lære seg å kjenne på det og skjønne at verden ikke går under når hun har det ubehagelig (selv om det var sånn før). T1 henvender seg så til gruppa for å spørre hva de tror ubehaget heter. E svarer dårlig samvittighet som kommer veldig lett og L bekrefter at det er det hun har.

T1 trekker så inn A, som i likhet med de andre han har trukket inn også har forholdt seg passive, og spør henne hva hun tenker den følelsen kan være. A svarer at hun ikke vet hva det kan bety, da hun har glemt den følelsen (har ikke lenger den følelsen). T2 spør om det betyr at når A er irritert, så sier hun fra og er etter det helt ferdig med det. A svarer kategorisk «ja, helt ferdig». T1 spør om det også gjelder dersom hun har skadet noen, men A svarer at hun ikke tror hun har skadet noen. T1 utfordrer så A videre og spør om det virkelig aldri skjer at hun skader noen, og A moderer seg da litt ved å si at det kanskje kan hende likevel. Hun legger til at hun har en leveregel om at hun skal stå for alt hun sier, men at hun ikke kan stå til ansvar for hvordan andre reagerer. Utsagnet kan tenkes å referere til en virkelighet som til en viss grad er frakoblet eget følelsesliv og heller mot «pretend modus». T2 velger å imøtekomme dette med å reflektere litt høyt rundt hvordan hun opplever utsagnene til A og sier at hun først tenkte at det var en grei

kjøreregel, men lurer på om det muligens kanskje innebærer at hun ikke tar helt innover seg virkningene av det hun gjør og spør hun prøver å holde den erfaringen unna. N skyter imidlertid inn at hun synes det høres ut som ansvarsfraskrivelse, men A protesterer på dette og sier at hvis hun gjør noe eller sier noe som gjør at andre føler hun er «kjempeslem», så er det motparten sin oppgave å fortelle henne det slik at hun kan komme med en evt. forklaring/oppklaring. Fraværet av følelser er fortsatt slående og T1 forsøker fokusere mer på det gjennom å spørre om hun aldri har dårlig samvittighet («demand»-spørsmål). A repeterer at hun hadde det mye før, men har lagt det fra seg, da hun ikke kan gå rundt å ha dårlig samvittighet for alt hun sier og gjør eller ikke er med på. A synes muligens å ha en uberettiget oppfatning om at man bare kan velge bort følelser eksistens og T1 forsøker håndtere oppfatningene ved å skyte inn at han heller ikke sier at hun skal ha dårlig samvittighet, men at han undrer seg litt over det at hun har vanskeligheter med å kjenne igjen følelsen. A gjentar igjen at hun har vanskelig for å kjenne igjen følelsen, fordi hun ikke lenger går rundt og tenker at hun skal ha dårlig samvittighet. Involvingen av A ender for øyeblikket her og A sine oppfatninger blir stående som litt selvmotsigende, da hun tydeligvis vet hva dårlig samvittighet er, men insisterer på at hun ikke kjenner slike følelser selv.

T1 går tilbake til L igjen og kommenterer litt spørrende at det nå har blitt sagt at det er dårlig samvittighet L føler på. L bekrefter at det er det og at hun har dette veldig mye veldig ofte, men at det også er en slags blanding med noe annet. L sier hun ikke tåler at andre har det vondt og særlig ikke på grunn av henne. Da må hun gjøre noe med det. Hun sier det stammer fra tiden hun var liten, fordi da gråt moren hele tiden og hun følte hun måtte fikse det. Hun sier også at hun ikke kan fortsette sånn som voksen selv om det kanskje var en løsning som barn, da det slår tilbake på henne selv. T1 vedholder fokuset på følelser og spør om det sitter inne i marginen. L svarer at hvis hun tenker etter, så har hun bare vært i ett forhold i livet som hun egentlig har ønsket selv å være i. Det har med andre ord vært mange ganger der hun har opplevd det som plikt å «stille» for andre dersom de har likt henne eller vært glad i henne. Hun har vært altfor tilpassningsdyktig og ikke har visst hva som egentlig er henne selv, da hun mange ganger har trodd at hun har kunnet gjengjelde følelsene andre har hatt for henne. T1 foreslår at hun kanskje skulle vært litt mer kantete og ikke gli så sømløst inn. L svarer at hun har blitt bedre på det og er i hvert fall mer klar over problemet. T1 spør deretter om det forholdet som hun hadde ønsket å være i og L svarer at det forholdet dessverre var skikkelig krise og mye frem og tilbake på grunn av at han var narkoman, men hun var i hvert fall skikkelig forelsket. Han er dessverre død nå. P

påpeker at L nå har blitt mye bedre i og med at hun gjør slutt med «han der sinnataggen». L bekrefter at hun føler seg sterkere og mer klar over problemet, men at hun føler hun har mye igjen å øve på, særlig når ubehaget kommer. Da blir det veldig vanskelig å bo med ham, bl.a. fordi hun får akutt trang til å bare si «jeg elsker deg» for å fikse ubehaget og gjøre at han får det bedre. Hun er veldig redd for at hun skal gjøre det, da det ikke er noen løsning. RF synes nå være mer markert (5-7) og viser klar endring fra utgangspunktet.

T1 regulerer her gruppens faser med å foreslå å gå videre, men stopper og spør L om hvordan hun opplevde innhankingen (hadde «egentlig» ikke noe å ta opp). Fokuset er på forholdet mellom terapeut og pasient og L sier hun syntes det var bra. T1 spør om hun f.o.m. neste gang vil hanke seg inn mer selv. L svarer at hun skal prøve og tror det vil bli lettere nå.

Oppsummert kan vi si at sekvensen med L har bestått av en rekke intervensjoner som særlig har fokusert på følelser (opplevelsen av og forståelsen av følelsene hos L som tilstander som påvirker hennes atferd). Refleksjonene hennes har beveget seg fra å være veldig vage og diffuse til mye mer nyanserte og koherente narrativer med mer forståelse av dynamikken bak uttrykket hennes. RF-nivået synes å gradvis ha økt som følge av terapeutintervensjonenes evne til å holde fokus på mentale tilstander, bl.a. ved hjelp av «demand»-spørsmål, samt terapeutenes og gruppas evne til å regulere temperaturen til et passelig nivå for meningsfull bearbeidelse. RF-analysen viser en klar utvikling i RF-nivået (starter på 1 og øker til 5-7).

3.4.3.3 Sekvens 3:

I denne sekvensen finner det også sted endring i mentaliseringsnivået, men endringen er mindre tydelig enn i sekvens 2. Imidlertid er pasienten i denne gruppe en av de mer erfarne og sekvensen blir et eksempel på gruppefaktoren «installering av håp» (Yalom & Lesczc, 2005). I denne sekvensen er fokuset på A, en kvinne på ca. 40 år, diagnostisert med BPD. Temaet for sekvensen er tidspunkt for avslutning og det starter med at T1 tar initiativ til gjennomføring av turtaking og spør A om de skal høre litt på avslutningstankene hennes. A samtykker og T2 tar opp igjen en tråd fra forrige møte om at A hadde nevnt at hun hadde snakket om det med individualterapeuten sin. A forteller at det har blitt nevnt et par ganger det at hun er ganske «ferdig mentalisert» oppe i hodet og at det nå bare gjenstår å gjøre ting i handling. Det å være «ferdig mentalisert» kan her muligens vitne om pseudomentalisering og muligens vitne om en noe distanserende og passiv måte å forholde seg til gruppa, som potensielt kan stå i veien for at

A eventuelt kan ta tak i sine utfordringer på en konstruktiv måte. Tilsynelatende for å utforske graden av realitetsorientering i utsagnet, så velger T1 å skru opp temperaturen litt ved å spørre om det er slik at hun nå er kurert. T1 spørker dessuten litt om at gruppa og behandlingsopplegget er en slags fabrikk man kommer inn i og etter en gjennomgang, så kommer man ut kurert, slik at andre kan ta over den ledige plassen («værsågod neste»). Gruppa ler og T1 spør om A synes han spørker fælt. A svarer at han må få lov til å spøke så mye han vil, men at hun ikke vet hva mer hun kan si. Hun tilføyer likevel at hennes eneste taktikk er å gjøre alt man kan og når mønstrene er gode nok, så er det ikke så mye mer hun får gjort.

T1 holder på utgangstemaet og fortsetter med å spørre hva slags tanker hun har gjort seg omkring tidspunktet for avslutningen. A ser for seg til våren eller sommeren (gruppemøtet var i januar), da hun har hørt at det kanskje er dumt å bare avslutte nå og at det var bedre om det gikk litt tid. Imidlertid sier hun at det har vært stabilt så lenge nå og det som har vært ubehagelig har ikke vært mer ubehagelig enn at det går å få gjort noe med. T1 ber henne bli enda mer konkret og spør om hun kanskje mener til påske, men A svarer at hun ikke aner. T1 konfronterer henne da med at det jo var hun som nevnte våren. A henviser da til at det var individualterapeuten hennes som hadde sagt våren. Svaret til A tyder på en oppfatning av at det er terapeutene som «vet» best og at A melder seg ut av vurderingen. Det er med andre ord en svært lite mentaliserende posisjon (RF=1). T1 utfordrer oppfatningen og presiserer at en ting er jo hva individualterapeuten sier, men en annen ting er jo hva hun selv tenker, da det er viktig at A gjør dette spørsmålet til sitt eget slik at hun kan komme frem til en løsning som føles riktig for henne. Intervensjonen har en «demand»-karakter, da den «tvinger» pasienten til å forholde seg til mentale tilstander. A svarer at hun synes det føles riktig ut og er muligens her over på et begynnende mentaliserende nivå, om enn klisjémessig. T1 spør på nytt om når. A svarer våren og T1 spør på nytt når våren er. A konkretiserer da med å svare «mai, kanskje».

T1 summerer dette til å bli om tre-fire måneder og henvender seg til gruppen om hva de andre tenker om det (engasjerer gruppa i mentalisering av hendelser). L svarer at det høres bra ut, hvis det er sånn som hun sier. E sier hun gleder seg til hun kommer i samme situasjon og alt er greit og hun kan klare det meste. På spørsmål fra T1 om hvor lenge hun har vært her svarer A halvannet år. T1 trekker også inn S og spør henne direkte hva hun tenker. S svarer at hun ikke vet hva hun skal tenke, da A ikke har vært så mye frempå det siste halvåret, men at dersom der er så bra som hun sier, så er det jo fint. Samlet sett tyder tilbakemeldingene fra de andre på at de

opplever manglende innsikt i hvor A befinner seg i prosessen og at det derfor kan være litt overraskende og vanskelig å forstå at ting er så greit som A sier det er. En forklaring kan være at A muligens kan ha vært noe lukket når det gjelder prosessen hun har vært gjennom på veien til bedring, noe som til en viss grad bekreftes ved at hun bare svarer på det hun blir spurt om fremfor å bruke gruppen aktivt.

T1 velger også i sitt neste spørsmål en «demand»-tilnærming ved å adressere konkret A sine egne behov gjennom å spørre hva hun tenker vil være viktig for henne de siste tre-fire månedene. A svarer igjen karakteristisk unnnvikende med at hun bør snakke med individualterapeuten sin, fordi hun rett og slett ikke har «snøring». Igjen er mentalisering fraværende (RF=1). T1 utfordrer oppfatningen ved å spørre henne hvorfor hun må snakke med individualterapeuten og ikke gruppen. A svarer at hun ikke vet, men fortsetter med å si at for hver gang hun er her, så har hun ikke noe annet å komme med enn det motsatte av mye av det folk sier. Det blir latter i gruppen (spenningsregulerende). A fortsetter med å betro seg at hun ofte blir litt irritert på gruppa. T2 følger opp fokuset på følelser og utfordrer henne på det med irritasjonen ved å spørre om det også er andre følelser, slik det viste seg være for L. A bekrefter at det ikke nødvendigvis er irritasjon hele veien, men at det er mer det at hun ikke føler hun har noe å bidra med, da hun ikke sitter i problemstillinger og tror hun hun har det så bra som hun kan ha det. Denne avklaringen av A sin opplevelse i gruppen peker på økt RF-nivå i diskursen.

Fra sidelinjen følger deretter et innspill fra P om A tør å slippe «kompisen» sin inn på seg. L engasjerer seg også og sier hun tror det. A kommenterer at det mer er et spørsmål om handling og at det ikke går på hodet og avslører her sin oppfatning av hva man kan bruke gruppen til (kun «hode», ikke handlinger). Oppfatningen demonstrer muligens en ikke-mentaliserende holdning, der mentale tilstander ikke regnes som relevante for handlinger eller for forståelsen av disse. P fortsetter med å spørre om A tror hun er på vei til å gjøre ham til en kjæreste og A svarer da ja. L sier hun også tror det. A velger å ikke følge opp interessen rundt hennes mulige kjæreste og fortsetter i stedet med å si at det ikke kommer negative tanker eller konklusjoner om henne selv eller noe annet, men at det er mer positivt. Igjen kan man mistenke utsagnene til A for å være noe pseudomentaliserende og muligens frakoblet et mer sannsynlig reelt mønster av underliggende affekt som i større grad varierer i tråd med dagens hendelser. På den annen side er det all grunn til å tro at utsagnet er uttrykk for en opplevd bedring.

T1 skrur igjen opp temperaturen med å på nytt legge press på A ved å spørre om hun da kanskje skal slutte tidligere. A svarer at det godt kan hende. T1 opplyser videre om at vanlig sluttid er to måneder fra man bestemmer seg for det og forklarer det med at avslutningen ikke skal bli for brå, men at man skal få litt tid på seg å forberede seg. A fortsetter med å si at jobb er stabilt og ting egentlig er sånn de skal være, og at det har vært slik lenge. A antyder her en mulig selvmotsigende praksis i det at hun over lengre tid ser ut til å ha møtt i gruppa uten selv å kjenne behov for det. Hun problematiserer heller ikke at hun til en viss grad overlater det til andre å ta stilling til hva hun bør foreta seg. Motsetningen i henne ser altså ut til å være at hun i lenger tid har fulgt «ekspertenes» råd uten selv å oppleve noe som helst behov for det. Denne «pretend»-modus-posisjonen synes å være sterkt forankret i pasienten og utgjør en klar mentaliseringsutfordring. T1 utfordrer A sin «pretend»-modus med å spørre hvorfor «vi skal tvære det», når A opplever det så tydelig hva hun selv har behov for. Intervensjonen legger føringer på A om å selv knytte sammen opplevelse og handling (bygge vertikal mentaliseringskapasitet), dvs. ikke bare tenke noe, men ta konsekvensene av sine oppfatninger. A svarer igjen at hun ikke vet og henviser på nytt til eksterne hendelser ved å referere til hva individualterapeuten sin har sagt om at hun ikke måtte ta noen «bråhastede» konklusjoner. T1 fortsetter å presse med å kommentere at det har han allerede hørt og legger da underforstått igjen en forventning til A om at hun også må ta stilling til dette selv. Så lenge A unnlater å ta stilling til dette selv er det vanskelig å vite helt sikkert om hun ønsker å avslutte eller om hun bare overlater avgjørelsen til andre fordi hun selv synes det er et vanskelig spørsmål og valg.

Den videre utforskningen av dette blir midlertidig avbrutt av P som plutselig kom på at hun måtte finne ut noe om avslutningstidspunkt for sin egen del, da hun hadde fått spørsmål om det fra NAV. T2 stiller seg undrende til at P satt og tenkte på det akkurat nå. P svarer at det bare var en assosiasjon der, men at hun også tenker at ting går på skinner for A, da A ikke lenger tenker negativt og at de tidligere problemene hennes har gått over. Det virker da som en god ide å komme seg videre.

T1 tar opp tråden med A igjen og spør om de skal si det slik at hun slutter om to måneder. Intervensjonen demonstrerer terapeutens autoritet gjennom å legge til rette for at avgjørelser kan tas her i gruppa. A ler og svarer at hun skal formidle det til individualterapeuten sin.

T1 trekker så inn N til å delta i mentalisering av hendelsen og spør hva hun tenker om A sin avslutning. N svarer at hun ikke har lyst til å si noe, noe som L responderer på med

bekymring for om N er lei seg for noe L sa tidligere. N beroliger L og avkrefter at det har noe å gjøre med det. T1 spør da om det har å gjøre med A sitt tema, men N svarer at hun ikke tror hun har noe positivt å tilføre. T1 følger da opp litt spøkefullt med å spørre om hun har noe destruktivt å melde og slik sett synes å forsøke å regulere spenningsnivået slik at det blir litt mindre farlig. N gjentar imidlertid det at hun ikke har lyst til å gå inn på det. T1 følger da opp med å unnskyldte at det han sa var litt flåsete, men samtidig å henvise til gruppas ideal om å også forsøke uttrykke ubehagelige tanker og følelser også. Intervensjonen tyder på at T1 forsøker oppfordre N til å være åpen bl.a. ved å løse eventuelle problemer i relasjonen mellom pasient og terapeut. L skyter imidlertid inn et direkte spørsmål til N om hun føler at A ikke er ferdig (spontan mentalisering i form av sirkulær refleksjon, dvs. hva en pasient tenker om hva en annen tenker om en tredje). N svarer at hun opplever seg selv og A som veldig forskjellige, men at A må leve livet sitt slik hun ønsker, da N ikke har noe med det, og at dersom det er bra for A, så ønsker hun A lykke til. L spør deretter S om hva hun tenker på og S svarer at hun også lurer på hva N egentlig vil si. N svarer at hun ikke har noe mer å si. T2 følger opp S sin nysgjerrighet og speiler den tilbake at S hadde en følelse av at det var noe N ville si. S svarer at hun det heller var noe hun selv satt og tenkte, men som heller ikke hun vil si.

T1 kommenterer på det som skjer i gruppen og at det er klart det vil være forskjellige oppfatninger rundt avslutningsspørsmålet til A, f.eks. om det er en god eller dårlig ide eller om hun skulle vært her lenger etc. I stedet for å utforske videre hva gruppene tenker velger imidlertid T1 å dele sine egne tanker rundt det (demonstrere en mentaliserende holdning). Tankene til T1 går ut på at han etter å ha hørt A sine tanker rundt avslutning, så tenker T1 at A synes å ha kommet til veis ende her og at det ikke er noen grunn til å gå her hvis man bare skal «trå vannet». T1 foreslår derfor at A slutter av om to måneder fra nå og spør A hvordan det føles. A svarer kort at det føles helt greit.

T2 kommenterer videre på det som akkurat hendte i gruppa om at mange hadde tanker om A sin avslutning (mentalisering av hendelse i gruppa), med at det kan hende mange også blir sittende å tenke på sin egen avslutning. T2 peker da på P og N som mulige kandidater for slike tanker. N avviser at det var det hun tenkte på.

T2 retter så oppmerksomheten tilbake på A spør henne hvordan det føles å snakke med gruppa om en slik tanke som hun har hatt en stund («demand»-spørsmål). A svarer at det ikke er noen tanker rundt det, da det bare er en opplysning, men legger likevel til at hun kjenner at det er

veldig på tide at hun blir ferdig med ting. Mentalisering er i første del av svaret karakteristisk fraværende, før hun så kobler på mentale tilstander som ligger til grunn for avgjørelsen, med andre ord noe bevegelse i RF. T2 validerer følelsen med å kommentere at hun ser glad ut, og slik sett samtidig inviterer til å nyansere. A sier hun er veldig fornøyd med ting og at mye av strategien hennes har funket. T2 kommenterer at gruppa gjerne vil høre mer om den strategien og refererer til A sine utfordringer som ikke bare har omhandlet det å takle motgang, men også det å takle konstruktive opplevelser. A forklarer sin «suksess» med at hun har barn. Igjen kan det synes som A beveger seg ut av det erfaringsnære og henfaller til klisjeer. T2 forsøker håndtere A sin «pretend»-modus ved å «feie» den forklaringen til side med å si at A har sagt det før. Temaet kan da utforskes på et mer mentaliserende nivå. A forteller da at man faktisk må tenke annerledes og minnes en person som sa det til henne for tre-fire år siden. Hun husker da at bannet og sverta og kalte personen masse rart. For hvis det var så enkelt å forandre tankegang, så hadde hun ikke sittet i den situasjonen hun var i på Blakstad da. Og så, etter hvert som tiden har gått, så er det faktisk det hun har gjort – å forandre tankegang. Hun forteller at for hver gang hun har tenkt negativt og stygge tanker, så har hun prøvd å gjøre det motsatte. RF-nivået her ligger omtrent på 3. T2 fortsetter med å spørre om det er slik at hun har opplevd å ha et valg i situasjoner der hun følte hun før bare hadde et mønster. A bekrefter og kommenterer at man stort sett alltid har et valg. T2 spør om det også er hennes opplevelse å alltid ha et valg. L skyter inn at det nok er A sin opplevelse nå etter å ha jobbet mye med det, men at det spørres om hun hadde den opplevelsen tidligere. A sier det stemmer at hun tidligere bare fulgte et mønster som trykket henne lenger og lenger ned og til slutt følte seg totalt verdiløs og ikke-fungerende. Sier hun landa på Blakstad og fikk masse forskjellig behandling både som innlagt og etterpå, og etter hvert havnet her. Alt hun har vært gjennom har imidlertid gitt henne den åpenbaringen av at «det sitter i hodet» og at det har funket for henne å tenke slik. På spørsmål fra E om hun har greid å omprogrammere seg selv, så svarer A at hun f.eks. fortsatt sliter med sjalusi og at det er som om hver eneste celle i kroppen bare drar i henne, men at hun likevel kan velge å sitte i det eller velge å gjøre noe annet.

Interessen som på dette tidspunkt oppstår rundt hvilke strategier og løsninger A har benyttet seg av vitner om at stemningen i gruppa endrer seg fra lett skepsis til overbevisning og A synes å få en posisjon som et forbilde som gir håp til de andre deltakerne. P spør halvveis spøkefullt om det er håp for de i gruppa som ikke har barn og gruppa ler. A svarer at det har vært

hennes greie det at hun har noe hun må opp til hver dag og som hun må være sine fulle fem til. Hvis hun hadde fulgt den negative tankegangen sin, så hadde hun bare ønsket å gå og legge seg og at noen andre tar ansvaret, men det har ikke vært aktuelt. Hun forteller videre at hun har brukt mye eksponering for å komme dit hun er i dag og sett flere av lidelsene sine blekne hen (sosial angst, PTSD, etc.). E spør nysgjerrig om det er slik at A har utsatt seg for masse ubehageligheter, noe A bekrefter. Hun tilføyer også at hun har kommet frem til at hun ikke lenger kan gå rundt å ha dårlig samvittighet (som hun hadde mye før) for å av og til si nei til ungene, familie, og andre ting, for hvis ikke så sliter hun seg ut (slik hun gjorde før). P spør hvor «aha»-opplevelsen kom fra og A forteller at den kom etter hvert av at hun etter hvert begynte å gjøre det motsatte av det negative og skadelige hun pleide å gjøre, og da ga det alltid fremgang. T1 kommenterer at han synes det høres veldig bra ut og med det påskjønner A sin evne til å mentalisere, som i hennes siste utsagn kommer mer og mer frem. E følger opp med å si at det er veldig godt å høre på. T1 sier seg enig og med det kommenterer forholdet mellom pasient og terapeut. E fortsetter med å si at det gir et klart mål. Stemningen i gruppen synes nå bære preg av optimisme og man får igjen assosiasjoner til Yaloms terapeutiske prinsipper om installering av håp, som en helende faktor (Yalom & Leszcz, 2005). Det er engasjement og A og T1 snakker i munnen på hverandre. T1 (som snakket til E) unnskylder da at han avbrøt A og lar A få ordet. A, som nå har fått et publikum, fortsetter å forklare at det rett og slett handler om å vri rundt tankegangen sin, selv om hun sier hun vet det kan høres ut som kritikk. Hun gjentar at det i hvert fall har hjulpet henne å gjøre det motsatte av det hun har lyst å gjøre, f.eks. hvis man er dødssliten og tenker at man ikke kommer seg opp av senga og føler at det ikke er noe vits, så stå opp og prøv likevel. Mentaliseringsnivået her peker nå mot en tydelig evne til å gi mening til sine erfaringer med en klarere modell for «the mind» (RF opp imot 5).

Etter A har sagt sitt tar T1 opp tråden med E og spør henne hva hun tenker på, før han sier spørrende «løp hjem og tren?» og med det bruken en lett konfronterende humor, som kan tenkes å fungere aktiverende og oppfordrende på engasjementet. E kommenterer at hun kjenner igjen hvordan folk snakker når de er i slutfasen og at hun da tenker at dette må jo være et opplegg som faktisk fungerer. Dessuten sier hun at hun er veldig for det med eksponering og bare gjøre masse ubehagelige ting, noe hun sier hun har gjort en del selv, men at hun bare må gjøre det enda mer. A kommenterer at man også må ha litt tålmodighet, selv om man kunne

ønske man var frisk i morgen. E sier til slutt at det er greit å vite at det fungerer for noen, for da fungerer det kanskje for henne også.

T1 initierer det som blir til en kort avstikker til S med å kommentere at hun gjorde et notat i boka si. Flere ler. Intervensjonen kan sees på som en invitasjon til å mentalisere og utforske en betydningsfull hendelse i gruppen. L sier hun så det også og spør hva S skrev. S sier hun skrev «gjøre det motsatte!» og at hun vil prøve på det. Hun legger imidlertid til at hun ikke har lyst til å bli spurt hver gang hun skriver i boka si. T1 fokuserer på følelser og forholdet mellom pasient og terapeut og spør om S syntes det var irriterende og om han var litt påtrengende. Med det følger han også opp et gruppetema som ble behandlet i L sin sekvens og S bekrefter at hun syntes T1 var irriterende. T1 velger imidlertid ikke å utforske temaet videre, men velger heller å returnere til dagsorden og regulerer gruppens faser ved å si at S står på dagsorden og spør om det er greit for A å avrunde hennes sekvens med en avtale om at A er på vei inn i sin to siste måneder.

En oppsummering av variasjon i RF-nivå i denne sekvensen synes å peke på at A startet på et ikke-mentaliserende nivå (RF=1) og beveget seg deretter noe opp (muligens RF=3-5), men at stort innslag av psuedomentalisering gjør det vanskelig å fastslå det reelle nivået ved sekvensslutt.

3.4.3.4 Sekvens 4:

Hovedperson i den fjerde sekvensen er S, en kvinne med BPD i slutten av 20-årene. Teamet hennes er at hun glemmer lett og synes det er vanskelig å huske ting fra gang til gang. Denne sekvensen illustrerer et eksempel på en situasjon der temaet til hovedpersonen synes å være fastlåst og hvordan gruppa da kan innta en hjelpende mentaliserende rolle både på terapeutenes og sine egne initiativ (spontan mentalisering). Sekvensen inneholder også eksempler på gruppediskusjoner og bruk av humor.

T1 tar initiativ til turtaking og bringer S i fokus etter å ha avrundet forrige sekvens. Han tenker videre høyt at problemet må være plagsomt, men at det samtidig er et interessant fenomen, og spør så S om det går an å si noe mer om det. I og med at spørsmålet kommer i den gitte konteksten med at temaet er satt på dagsordenen i en MBT-gruppe, så kan spørsmålet underforstått kreve et mentaliserende svar og tilsvare derfor et visst «demand»-preg. S svarer imidlertid avvisende med å spørre retorisk tilbake hva hun kan si om det. Sannsynligvis for å

oppklare spør T1 da om S spør ham om hva S kan si om det og med det fokuserer på hva som skjer i utvekslingen mellom pasient og terapeut. S bekrefter at hun spør T1. T1 velger da å betone sin ikke-vitende posisjon ved å la S få vite at svarene ikke er gitt «utenfra» (selv om man er ekspert på psykoterapi) derav behovet for å spørre den det gjelder. Den ikke-vitende posisjonen som benyttes i MBT har ofte til hensikt å stimulere pasientens egen nysgjerrighet på hvilke mentale tilstander som kan ligge bak en hendelse eller et fenomen. S svarer til slutt at det skjer veldig lite.

T2 melder seg også inn med en nysgjerrig undrende holdning til S sitt problem og spør bl.a. om hukommelsen er like dårlig hele tiden eller om det er verst i visse situasjoner. S svarer at hun har vært til «kognitiv testing» og sjekka om hun er dum, fordi hun synes selv det er rart.

T1 velger deretter å invitere inn gruppa til å mentalisere om hendelsen ved å spørre hvilke tanker de har om det at S husker dårlig fra det som skjer i gruppen. E sier hun tenker det er vanlig og hun selv har store huller i hukommelsen sin, særlig fra tunge perioder. Hun tenker at hjernen beskytter seg fra visse minner. L sier seg også enig i at det er vanlig å ikke huske. T2 henvender seg da direkte til L og spør om hun mener at hun altså opplever det på samme vis som S. Spørsmålet kan tenkes å kreve («demand»-karakter) en mentaliserende nyansering i forståelsen av fenomenet og «tvinger» frem en utvikling fra et pseudomentaliserende ståsted der alle bare sier klisjémessig at de er enige. Intervensjonen synes å ha en effekt da L nyanserer ved å vise at det faktisk er annerledes for henne, da hun mener for så vidt at hun husker en del fra gang til gang. Likevel har hun masse hun ikke husker og tror det har å gjøre med strategier og mønstre hun har lagt seg opp en gang i tiden, som hun nå ønsker å kvitte seg med (men det er ikke så lett). Nyanseringen som skjer hos L synes å vekke nysgjerrighet hos L ved at hun deretter spør om det er slik for S også at hun har trengt å glemme ting, som strategi tidligere i livet, og som derfor har blitt en generalisert strategi. Spørsmålet fra L blir ikke besvart. S kommenterer imidlertid at hun bruker for mye tid på å bekymre seg og at hun stort sett husker veldig lite fra ting som skjer mer enn to dager siden. P spør om hun husker dårlig fordi hun synes det er kjempeinteressant. S tror ikke det er det, men har ingen alternativ forklaring. L spør videre om det er først og fremst «korttidshukommelsen» som er rammet eller om hun kan huske ting fra barndommen. S bekrefter det første og sier det startet for 5-6 år siden i forbindelse med noe som skjedde. T1 merker seg et ansiktsuttrykk og spør hva det handlet om. P kommenterer at det

skjedde noe med en mann som omtales som «jævelen» (sannsynligvis refererer dette til en voldtekthendelse som blir omtalt lenger ned). S bekrefter.

T2 velger på dette tidspunktet å ikke følge opp det som foregår mellom S, L og P, men heller gå tilbake til noe S hadde sagt for to ganger siden om at hun hadde falt av. Hun henvender seg dessuten til gruppa og spør om de andre husker det. L har innvendinger til temabyttet og spør hvorfor T2 tar tak i det. T2 forklarer det med at selv om S opplevde å falle av mot slutten, så hadde hun fulgt med i starten, fordi hun hadde noe hun skulle ta opp. S bekrefter at hun husker det og T2 fortsetter å si at det kanskje kan ha litt med temaet å gjøre. På spørsmål om S husker hva temaet var, så svarer hun retorisk avvisende («spør du om jeg husker det?»). Igjen er S på grensen til negativt mentaliserende, men T2 spør igjen om hun likevel husker noe etter hun har referert litt det hun selv husker. L bryter inn og gjentar protesten om at hun synes temaet blir på siden og at de akkurat var inne på et viktigere tema med det som skjedde for fem år siden. T2 svarer med å spørre L om hun synes T2 sporer veldig av nå og med det viser at hun er opptatt av relasjonen mellom terapeut og pasient. L svarer bekræftende og T2 svarer at hun synes det var fint L sa det og dermed påskjønner L for hennes oppmerksomhet på mentale tilstander hos seg selv og at hun valgte å dele de. E følger opp med å spørre om L ble irritert, noe som fører til at gruppa ler. T2 roser E for hennes gode observasjon (som har et spontant mentaliserende fokus). L bekrefter at hun ble litt irritert, da hun ikke skjønnte hvorfor T2 «endret» fokuset. N skyter imidlertid inn at hun er litt enig med T2 om at det er en sammenheng med det å klare å fokusere for å få med seg ting og hukommelsen etterpå. L lar seg nå overbevise og takker N for innspillet.

P fortsetter imidlertid i sitt tidligere spor og spør om de sa noe om hukommelse og forsvarsmekanismer på voldtektsenteret. S sier hun ikke husker hva de eventuelt sa. T2 trekker en tråd til en tidligere hendelse i gruppen der hun skrev ned det med å gjøre det motsatte og foreslår at hun nå også gjør det motsatte, nemlig huske – i betydningen å fokusere for å huske. E tar imidlertid ordet og forteller at hun også har slitt med hukommelsesvansker, da særlig når hun har vært inne i en «boble», og forteller at den forrige psykiateren hennes mente at det var noe som kunne trenes opp. L fortsetter i en støttende tone at det må være «dødsirriterende» å ha det slik og at S opplever kanskje å ikke få så mye ut av ting. S bekrefter og kommenterer at det er derfor hun har boka som hun skriver i.

T2 tar opp tråden sin fra tidligere og på nytt engasjerer til mentalisering gjennom å spørre om det har blitt et fast mønster det å glemme ting, men likevel av og til greie å fokusere i hvert

fall på samtalen. Mer spesifikt spør hun om S greier å kjenne på hva det var som gjorde at hun greide å følge med de gangene hun greide det. T2 kommenterer også på forholdet mellom hun selv og S at det var dette hun var nysgjerrig på i stedet, men at det da ble litt uklart. S svarer at hun tror det kan hjelpe når hun blir engasjert og føler at hun har noe å bidra med. L skyter deretter inn et spørsmål om S har dissosiative lidelser, men S avfeier og uttaler videre at hun synes dette blir litt sånn tørrprat og at hun ikke vet hva hun skal si. Det blir tydelig nå at det ikke er S som driver frem refleksjonen, da hun heller synes å stille seg på siden eller i opposisjon til dette temaet. T1 velger da å konfrontere S med det paradoksale i at samtidig med at hun opplever det som tørrprat, så er det et emne som er veldig viktig for henne. Intervensjonen signaliserer med autoritet også noe om hva gruppen er til for og hvilket verdigrunnlag som gjelder. Før S rekker å kommentere noe, så hopper dialogen imidlertid videre med N som spør om hun merker tilsvarende problemer i studiene. S sier da at det var vanskelig i starten, men at det etter hvert gikk bedre og hun husket mer enn hun trodde. T2 bryter ut med at det var interessant, men kommenterer ikke direkte på den manglende undringen hos S over hva som utgjør forskjellene i hukommelsesevner her og der.

I kontrast til S, så synes de andre gruppe medlemmene være generelt svært engasjert i temaet bl.a. ved at L forsøker videre å utforske hvorvidt ting er helt borte eller om de ligger der, bare hun blir litt pressa på det eller satt på sporet av det. S svarer at ting som regel kommer frem etter at hun blir satt på sporet av det. L konkluderer da med at det handler om at det er vanskelig å hente frem ting. E deler deretter en erfaring hun har gjort seg med at det hjelper å gå gjennom ting i hodet sitt etter at hun har opplevd noe som hun må huske, f.eks. fra terapi eller annet. Et par minutter i bilen med å hente ting ut og sette de på noen knagger har gjort det lettere for henne å finne det frem igjen senere. S svarer at hun antageligvis burde gjort noe sånt etter gruppen, men at hun ofte har andre ting hun skal og bare går rett til det og glemmer alt. A foreslår da om hun f.eks. bare kunne konsentrert seg om det hun skal jobbe med og ikke bry seg om hva som har skjedd ellers i gruppa. N og L protesterer litt mot det å ikke bry seg om hva som har skjedd i gruppa med å si at hun trenger å huske ting som har berørt henne eller hvis hun har lært noe fra andre. Gruppa ser tidvis ut til å innta en hjelpende rolle og N og L fortsetter med å oppfordre S til å skrive med fem korte setninger rett etter gruppa. S svarer at hun har tenkt på det, men at det ikke har blitt til det. Det er på dette tidspunktet påfallende ubalanse i engasjement mellom S og resten av gruppen.

T1 velger her å undre seg over det S sier om at det «ikke har blitt til det» og spør hva som ligger i det. Før han lar S svare, så legger han selv frem et mulig scenario om at hun innerst inne kanskje ikke har bestemt seg eller tatt et indre grep. Han fortsetter videre å illustrere med det å ha et alkoholproblem og gå i behandling uten at det endrer drikkemønsteret noe særlig. Gjerne har det da sammenheng med at man innerst inne ikke har tatt noen beslutning om at dette her orker «jeg» ikke mer og nå vil «jeg» gjøre noe annet, og at det er «meg» og «mitt» ansvar å gjøre noe med for å komme på sporet for eksempel gjennom andre som samtalepartnere. Selv om intervensjonen ikke direkte er et spørsmål, så får intervensjonen en «demand»-karakter. Før S rekker å svare, så spør L imidlertid spøkefullt om S føler T1 ber henne skjerpe seg. T1 ler med, men spør L om hun faktisk mener å høre det selv. Intervensjonen fokuserer på forholdet mellom T1 og L, og gir mulighet for å sjekke ut om den intervensjonen overfor S kan ha ført til uklarheter eller uheldige oppfatninger. L svarer at hun oppfatter litt at T1 ber S skjerpe seg, men er mest opptatt av at S kanskje gjør det. S benekter å ha følt det slik. T2 kommenterer at hun opplevde det som at S heller konsentrerte seg enn at hun skulle tatt det ille opp og slik sett identifiserer og mentaliserer en hendelse. L sier hun var litt usikker hva det var hun så og T2 kommenterer da at hun og L sannsynligvis opplevde det litt forskjellig.

Intervensjonen til T1 vekker A sin interesse og A følger opp med å si at det handler om at man må gå litt inn i seg selv og spørre seg hvordan man vil ha det – spørre seg om man vil leve i fortiden eller gjøre det som trengs for å få det bedre. P protesterer på A da hun mener dette med S handler mer om hjernen, men får ikke utbrodert mer før N legger til at det å finne den «ordentlige» viljen er vanskelig og at det derfor blir vanskelig å få til endring selv om man har lyst. A og N sitt engasjement her synes å eksemplifisere at (det spontane) mentaliseringsnivået i gruppen generelt har økt på tross av at S fortsatt ikke engasjerer seg mye. T2 sender ballen tilbake til P og engasjerer henne til å si mer om det hun begynte på å si. P forteller da at hun har gått mye på medisiner over en 15-års periode og at det har gått mye opp og ned. Hun har derfor lurt på om det har vært noe fysisk galt med hjernen siden hun har hatt problemer med å konsentrere seg eller komme seg ut av feil spor, samt at hun har en schizofren bror og sier hun kommer jo fra samme «genhaug». Evne-testen viste imidlertid at det ikke var noe galt, men hun sier at hun har hatt lyst til å bytte ut hjernen sin noen ganger, fordi den ikke greier å skjerpe seg. T2 svarer at hørtes ut som noe ved henne plager henne og lurer på om dette har med tankemønstre, følelser eller holdninger å gjøre. P mener det har å gjøre med noe i henne som

motarbeider henne selv. Selv om det har gått bedre, så er hun ikke der A er og kan si «bye, bye!». Hun føler hun har dårlig hukommelse og at dårlige mønstre tar over for ofte. P stopper imidlertid opp og unnskylder at det kom en lang monolog. T2 velger å rette fokus på ordbruken til P og kommenterer at bl.a. ordet «genhaug» er litt nytt for henne. T2 forsøker her muligens her å håndtere mulig pretend-modus for å få P til å forholde seg mer erfaringsnært og spør videre om hun legger merke til ordbruken selv. P avkrefter. E skyter inn at hun skjønner hva P mener og at ordet ligger tett opp til det engelske «gene pool». T1 skyter inn at han synes P har et fargerikt språk, men at han synes hun uttrykker seg litt negativt om seg selv, og velger dermed å utfordre P sine «uberettigede» oppfatninger om seg selv. T1 fortsetter empatisk med å si at han skulle ønske hun hadde litt mer selvrespekt, noen ganger. P kommenterer ikke det T1 sier til henne, men blir i stedet veldig opptatt av at de ikke skulle snakke om henne, men om S og hukommelsen hennes. T1 ler litt og T2 prøver å si noe om at dette var også en viktig sak, men avbrytes av P som spøkefullt sier «ikke prøv deg nå». T1 retter oppmerksomheten mot relasjonen mellom P og seg selv og spør om han sa noe galt. P benekter det, men sier hun har sagt fra før at hun ønsker å komme med innspill uten at T1 skal «snik»-overføre oppmerksomheten på henne. A involverer seg og kommenterer at hun også synes det gjør det litt vanskelig å komme med innspill, fordi det tar fokuset vekk fra der det skal være, noe som gjør at A ikke kommer med så mye innspill.

T2 skyter inn at hun synes å se at A sier det hun sier med et lite smil og forsøker muligens endre fokuset over på følelser og unngå å havne i pretend-modus. A svarer at hun egentlig prøver å formulere seg slik at hun ikke høres så kvass ut. L utfordrer A og spør om det er sånn at A ikke vil si noe, fordi hun da tar tid fra andre. A svarer at hun ikke skjønner problemet. P kaster seg på og forklarer med at det kan bli skummelt å komme med innspill, da man plutselig får all oppmerksomheten på seg og den som egentlig hadde ordet blir glemt.

T1 utfordrer den oppfatningen og skyter inn at han ikke har glemt hvem som hadde ordet. Utsagnet demonstrerer også autoritet ved å vise til at han som leder har kontroll på situasjonen. P avkrefter at hun trodde T1 hadde glemt det og fortsetter med å peke på at det som begynte med at hun fikk oppmerksomheten lett kunne utarte seg til å ta mye plass. T1 fortsetter med å utfordre den muligens uberettigede oppfatningen om at P tar for mye plass ved å si at han syntes det var en god anledning for å rette fokus på P. T1 fokuserer også på relasjonen mellom pasient og terapeut ved å spørre direkte P om hun syntes det var dårlig gjort at han rettet oppmerksomheten

mot henne. P sier hun synes det var veldig bra, da hun vet at hun har noe å jobbe med, men at hun var redd for at det skulle komme en lang sekvens med masse spørsmål som plutselig spiste opp tiden til S. Hun uttrykker dette spøkefullt bl.a. gjennom frasen «det går ikke i dag, unge mann», og P og T1 ler sammen. P uttrykker også lettelse over at A var enig med henne. T1 fortsetter å si at han er uenig og uttrykker med dette sin holdning til hvordan relasjonene mellom pasienter og terapeuter kan være. P innrømmer at litt kommentarer er greit, men at det har en tendens til å komme veldig mye, noe som tar veldig mye mer tid enn det oppleves som greit når man bare skulle komme med et lite innspill. T1 fortsetter med å si at han ikke er enig og skal til å forklare hvorfor, men blir avbrutt av P som peker på at S kan føle seg forbigått og oversett. T1 følger opp med å spørre S direkte om hun føler seg slik P frykter. Intervensjonen bidrar til å identifisere og mentalisere hendelsen som omhandler at P velger å handle ut fra et hensyn til hva hun tror S føler. Ved å spørre S direkte, så demonstrerer T1 både at man ikke kan vite hva andre tenker og samtidig en måte å gå frem på for å oppnå større klarhet gjennom handling. S svarer at hun ikke føler seg oversett og T1 følger spøkefullt opp med å si «ædda bædda» til P. Ertingen mellom P og T1 kan tenkes å fungere spenningsregulerende ved at den omgjør noe som potensielt kunne ført til en uheldig konfrontasjon (med at P tok feil) til noe som det blir lett og hyggelig stemning rundt. P svarer i samme tone tilbake med «takk for den!». T1 lar imidlertid ikke hendelsen ligge som noe de spøkte bort, men kommenterer at S var enig med ham og underforstått spør P om hva hun tenker om det. Intervensjonen ber spesifikt P om å mentalisere hendelsen samtidig som T1 tar hensyn til relasjonen mellom pasienten og terapeut ved å gi P sjansen til å kommentere. P fortsetter imidlertid i den spøkefulle tonen og sier at hun ikke finner seg i det.

T2 engasjerer seg i samtalen og kommenterer at hun sitter og tenker på alle innspillene som man kan få lyst til å komme med underveis, og synes her å stimulere til en diskusjon i gruppen om hvor grensene skal gå for hvor mye involvering som er ønskelig. P har imidlertid ikke blitt helt overbevist av T1 og henvender seg på nytt til S og sier at S bare sa hun ikke følte seg oversett for å slippe å få fokus på seg selv. S svarer da at hun ikke følte seg oversett fordi hendelsen ble påpekt og tatt opp, men at dersom 20 minutter hadde gått uten at noen hadde sagt noe om det, så ville hun følt seg forbigått. P tar svaret som en bekræftelse av sitt ståsted og sier «point exactly!». T2 protesterer på det med å si at P vel i utgangspunktet var mer redd for å få fokuset på seg selv enn å ta det bort fra S, og utfordrer dermed P sine oppfatninger ved å peke på

at det hun oppfattet ubehagelig muligens var et noe mer personlig tema. Før P rekker svare kommenterer A med å si at hun stusser over hvorfor man tenker sånn og føler seg skuffa. P svarer A med å si at hun synes det er logisk at man tenker slik da det var S som hadde fokus på seg og et helt bestemt tema på agendaen som skulle utforskes. Dessuten kunne det tenkes at S egentlig hadde noe å kommentere, men at hun etter en lang utlegning fra andre deltakere kanskje ville glemt hva hun egentlig ville si.

T1 deltar i normdiskusjonen og sier at det kan godt tenkes at dette er mulig, men at han likevel synes man bør kunne tillate slike små snutter for å unngå at terapien blir kjedelig og lite liv over den. P kommenterer at hun synes snutter er greit, men at det er lange innlegg hun ønsker å unngå. A slutter seg til P. Flere i gruppen ler, noe som muligens skyldes at man finner engasjementet i uenigheten litt komisk. P fortsetter med å understreke poenget sitt med at dette også lå i det at S syntes det var greit med innspill, så lenge det ikke tok 20-30 minutter, fordi da ville hun følt seg oversett. T2 peker inviterer til mentalisering ved å kommentere at dersom det skjedde, så ville det blitt en gylden anledning for S å si noe om det. Før P får sagt noe på det, så skyter N imidlertid inn at det er nå akkurat det som har skjedd, fordi det ikke er noe særlig mer tid igjen. T2 svarer at S da må få mer tid neste gang og legger på denne måten inn temaet på agendaen neste gang. T2 følger opp med å spørre om N ble irritert nå, et spørsmål som både fokuserer på følelser og relasjonen mellom pasient og terapeut. Før N svarer utbryter P med latter at de har brukt 20 minutter. N svarer at hun ikke er irritert, men at hun tenkte på det A hadde sagt om at hun ikke skjønnte hvorfor folk følte seg forbigått. A svarer da at hun ikke ville følt seg forbigått i en slik sammenheng, fordi hun ikke har den tankegangen og fordi det var et engasjerende tema. N svarer at hun verken er enig eller uenig med det A sier, men at det heller kommer an på hva man sitter inne med i situasjonen. Hun tror likevel at dersom det var hun som avbrøt, så ville hun nok vært redd for at de andre følte seg forbigått.

T2 regulerer gruppens faser ved å påpeke at de nå er ved avslutningen og signaliserer dermed at det må gis plass til det. P kommenterer spøkefullt da at de nå har snakket i ti minutter om at de krangler. Gruppen ler. T2 oppsummerer sekvensen og ser på S og sier at de har snakket om det at hun er litt blank i hukommelsen av og til, men at hun samtidig er bevisst på det og har fått det sjekket. T2 legger til at det også er et spørsmål om hvordan hun evt. kan fokusere mer. T1 engasjerer til mentalisering med spørsmålet om hva gruppen tenker om S kommer til å huske noe av det som de har snakket om til neste gang. L sier hun tror S vil huske ting. T1 følger opp

med å spørre hvorfor hun tror det og inviterer underforstått med dette L til å reflektere rundt hvilke mentale tilstander som evt. kan ligge til grunn for det. L svarer at hun ikke egentlig vet, men hun bare føler det på seg. N skyter inn at hun synes det ser ut som at S har konsentrert seg mer i dag og underforstått peker på en mulig sammenheng med hukommelse og det å være oppmerksom underveis. S Synes å protestere litt på N sin teori, da hun kommenterer at problemet hennes ikke bare er det å huske hva som skjedde forrige uke, men selv for ti minutter siden får hun problemer, slik at hun på en måte detter ut av det det snakkes om. L spør om hukommelsen likevel kan komme tilbake dersom hun blir minnet om det i mellomtiden. S svarer at det som regel er helt borte. T1 runder av S sin sekvens med å si at det blir interessant å se hvor mye S kommer til å huske neste gang av det som ble snakket om i dag. Intervensjonen synes også å legge litt press på S og dermed øke spenningsnivået, noe som kan gjøre hendelsen følelsesmessig meningsfullt. S kommenterer «vi får se».

Oppsummering av pasientens utvikling i RF i løpet av sekvensen peker mot at pasienten her synes å starte ikke-mentaliserende og at dette ikke endrer seg nevneverdig i løpet av sekvensen. Imidlertid kompenseres det tilsynelatende manglende engasjementet hos S av at de andre gruppedeltakerne blir mer aktive og at mentaliseringsfunksjonen generelt ser ut til å være mer aktivert hos flere (om enn på lavt nivå). Sekvensen beveger seg også til tider over i mentalisering av viktige gruppefenomener som gjelder fordeling av oppmerksomhet og form.

3.4.3.5 Sekvens 5 - avslutningssekvensen:

Etter den avrundende kommentaren fra T1 til S om at «det blir spennende å se neste gang», fortsetter T1 med så spørre gruppen hvilke andre ting som blir spennende neste gang. Med den den intervensjonen markerer han at sekvensen til S er over og at gruppen nå er inne i sluttfasen. Spørsmålet demonstrerer også T1 sin grunnleggende ikke-vitende holdning som understreker betydningen av at deltakerne selv bidrar. T1 henvender seg deretter til A og spør om hun kommer til å angre på at det bare er to måneder igjen og legger her opp en mulighet for at A kan forholde seg til de følelser hun har i forbindelse med henne avslutning. Før A får mulighet til å svare, så skyter imidlertid T2 inn at hun hadde lovt å kommentere noe som angikk N, men at hun beklageligvis ikke har rukket å gjøre det. T2 sier hun følte at det ble noe litt ugreit mellom T2 og N sist, bl.a. fordi T2 hadde stoppet N litt, og hun ønsket derfor bare å si litt om det. Fokuset her er dermed på forholdet mellom pasient og terapeut. N uttrykker imidlertid at det ikke

er noe å snakke om og at hun ikke har tenkt på det. N fortsetter likevel med å si at hun opplever T2 som to vidt forskjellige personer alene som individualterapeut og som gruppeterapeut, altså at hun veksler mellom å være myk og forsiktig («dillete») i gruppen og mer krass og tøff på tomannshånd. Stemningen i gruppa er lett og L og A spøker med å spørre om T2 kan være schizofren. T2 innrømmer at det kan stemme og ber N holde fast på tanken som en invitasjon til å ta det opp igjen senere. N signaliserer at hun synes det går helt fint og trenger ikke snakke mer om det. Tiden er ute og T1 avslutter det hele med å si takk for i dag.

Den siste sekvensen i MBT-gruppen kommer helt på slutten i de to siste minuttene av gruppen. Avslutningssekvensen skille seg ut fra de andre da den henvender seg til gruppedeltakerne og ber om synspunkter og forslag til planleggingen av neste gruppemøte. Tiden synes imidlertid å bli noe knapp for formålet. Oppsummert, så ble det tid til alle temaene som ble satt på dagsorden i åpningssekvensen, unntatt temaet til N, men det avklares til en viss grad i denne avslutningssekvensen.

3.4.4 Sekvenser fra PDG-gruppen

I PDG-gruppen finner vi ingen tilsvarende strukturert åpningssekvens slik vi har i MBT-gruppen. I stedet kan det synes som at det ble gitt et slags non-verbalt signal om «vær så god» til deltakerne i kraft av at terapeutene setter seg ned og ser seg rundt. Gruppen gikk etter dette automatisk i gang ved at en av deltakerne tok ordet og innledet en sekvens først med en praktisk saksopplysning om at hun måtte gå tidligere, men fortsetter raskt videre med et emosjonelt utfordrende tema som ble behandlet. Gruppen starter dessuten med en tom stol som fylles etter hvert av F som kommer 15 minutter forsinket. Utsagn fra transskriptet tyder på at dette kan være en av de første gruppesesjonene etter sommerferien.

3.4.4.1 Sekvens 1:

Første person ut i PDG-gruppen er C, en kvinne i 30-årene, diagnostisert med BPD. Tema for sekvensen er at hun er deprimert og at det kom uventet på henne (noe hun opplever irriterende). Sekvensen får et avbrudd av sekvens 2, men blir så tatt opp igjen senere i sesjonen. Av hensyn til struktur i analysen, så vil denne oppdelte sekvensen behandles her under ett. Sekvensen beskriver bl.a. måter å håndtere pseudomentalisering, samt hvordan andre pasienter benytter terapeut-lignende intervensjoner.

Etter først å ha gitt beskjed om at hun må gå tidligere (tannlegen), så forteller C at hun er «kjempedeppa og dritsur - og med full pump i magen». På dette møtes C med en utforskende, nysgjerrig, ikke-vitende holdning fra T2 med spørsmål om hva «full pump i magen» betyr. Denne type intervensjon, som vi ser mye av i PDG-gruppen, faller inn under det som også kalles klargjøring («clarification») i psykodynamisk gruppeterapeutiske begreper og omhandler det å utforske sammen med pasienten, implikasjonene av pasientens utsagn og stille spørsmål ved det som fremstår selvmotsigende, uklart eller fragmentert (Kernberg, 1984). C oppklarer uttrykket med stolhet fra hard styrketrening dagen før og fortsetter med å fortelle om nedstemthet som kom som «lyn fra klar himmel» og at det var første gang hun har vært ordentlig deppa etter at hun begynte med Lamyctal. Hun legger imidlertid til at hun var litt sånn sist også, men at det da samtidig var snakk om ferie, som hun ble oppstemt av. Etter å kort ha lagt frem sin agenda, så sier hun deretter at hun ser at E har noe å fortelle (E sitter og smiler), men at hun bare må få ut «gørra» først. E signaliserer «vær så god» og C fortsetter med å si at hun har vært så bortskjemt med Lamyctalen.

D involverer seg og spør hva slags depresjon det er snakk om. Selv om spørsmålet ikke kommer fra terapeutene, så kan det sees på som et «demand»-lignende spørsmål i AAI, da det fokuserer på følelser og ber om en form for nyansering av den følelsesmessige opplevelsen C har, dvs. at C må kjenne etter i seg selv for å kunne svare på spørsmålet. C svarer: «Nei, bare deppa» som tilsvarende et lavt RF-nivå, muligens ikke-mentaliserende. D fortsetter med å kommentere at C får tårer i øynene. C bekrefter det, men går ikke inn på det og går i stedet over til å snakke om at hun har vært bortskjemt siden Lamyctal har fungert så fint. T2 kommenterer at siden C har opplevd å føle seg bortskjemt, så tyder det på at Lamyctalen virker. Hun legger imidlertid til at virkningen likevel ikke skal være slik at den tar fra henne muligheten til å deppe eller bli sint eller frustrert. C er enig det, men trekker frem at hun denne gangen ikke fikk noen forvarsel med å bli gradvis mer nedstemt slik hun har fått før. Det sa bare «schmekk» og så var hun rett i kjelleren. T2 spør deretter om hva det var som skjedde i forbindelse med nedturen. Spørsmålet søker klargjøring av hendelsesforløpet og tilsvarende en utforskende, nysgjerrig, ikke-vitende holdning i MBT. C svarer at hun ikke vet og at det bare var «vanlig» tristhet, som ble forsterket. T2 utfordrer denne mulige pseudomentaliseringen ved å kommentere at C svarer litt fort. C innrømmer det, men mener det er fordi det er sant. Hun minnes dessuten andre spørsmål hun tidligere har fått fra T2 om det det hun føler kan være tristhet fremfor depresjon. Hun sier

videre at hun kjenner de klassiske signalene på «deppingen» og tror den sikkert hadde vært mye dypere uten Lamyctalen. Det eneste stedet hun har lyst til å gå nå er på trening, dvs. hun orker bl.a. ikke gå i butikken og ta buss. T2 fokuserer på følelsene til C og kommenterer at hun synes C denne gangen virker mer sint enn trist. C svarer igjen raskt med å spørre retorisk om det ene utelukker det andre. C synes her fortsatt å befinne seg i en pseudomentaliserende modus i forhold til sine følelser, men beveger seg litt videre ved å innrømme at hun er irritert over at det er sånn akkurat nå, selv om hun vet at det går over. C nevner også at hun ikke liker det at hun ikke vil gå i butikken eller tar buss.

T1 fortsetter klargjøringen og spør med en ikke-vitende holdning om C ser noen sammenheng med ting som har skjedd i den perioden der hun har fått det sånn. C svarer at hun tror det kanskje kan ha noe med å skulle tilbake til hverdagen. T1 fortsetter med å spørre ikke-vitende om det gjelder å skulle forholde seg til utfordringer hun må ta tak i. C svarer at det kan det godt være, fordi hun følte virkelig hun hadde ferie når det var ferie. T1 forsøker utforske videre med å spørre om hun da følte at hun hadde fri fra seg selv, men C blir utålmodig og svarer at de nå må la E få snakke siden hun ser så glad ut. E ler og spør om C er sikker på at hun er ferdig. T2 svarer for C at hun ikke er ferdig, men at det er veldig spennende å få høre hvordan det går med E. Med denne intervensjonen settes C sin sekvens på vent og tråden tas opp igjen senere i gruppen. For å gjøre presentasjonen av innholdet i gruppen mer oversiktlig beskrives resten av sekvensen til C her.

Etter et avbrudd med sekvens 2 og 3, samt halve sekvens 4 sitt forløp, så vender T2 seg tilbake mot C og kommenterer at C sitt tema hadde også litt av den kraften som A hadde (se sekvens 4). C svarer at hun kjenner seg igjen i spørsmålet om hvor lenge man skal orke holde på og at hun ble frustrert, fordi det kom så fort. T2 fortsetter og spør på nytt om det har skjedd noe i det ytre eller indre liv som hun kanskje ikke greier å sette fingeren på. C svarer at hun har forsøkt å finne ut av det, men ikke lykkes. Det eneste hun kan komme på er at hun hadde bursdag for fjorten dager siden og den skulle vært feiret, men at hun ikke orket noe mer en kun noen få venner på besøk. Hun orket heller ikke tanken på sin nevø på seks som skravler i ett kjørt akkurat som resten av familien. Siden hun ikke orket å dra hjem, så hadde moren foreslått at de kom innom, men det hadde ikke følt noe lettere. T1 spør om det var et ønske å markere bursdagen for seg selv, på tross av at det ble for ubehagelig å gjøre en familieting ut av det, men C svarer at hun ikke vet.

C nevner i stedet at hun velger å kommunisere med SMS med «Petter», fordi hun må holde seg unna han. D spør om C ser «Petter» på treninga og C svarer at det er litt opp og ned. Hun skal møte ham i dag og ta benpress sammen, fordi hun må ha hjelp og noen som heier. Hun sier likevel at hun egentlig ikke har lyst til å ta benpress og at dersom det hadde vært opp til henne, så hadde hun gått og lagt seg. D spør om det å ta benpress er et bedre alternativ enn å legge seg ned og C bekrefter og sier at hvis hun ikke gjør det, så blir hele «programmet» forsinket. D fortsetter med å referere til at C også har vært inne på å begynne med å jobbe innenfor kropp eller trening. C svarer at hun skal på et møte (NAV?) i desember, men at slik hun har forstått det, så har hun ikke lov til å gjøre noe det første året. Hun sier hun likevel forsøker å få til en viss regelmessighet og normalitet med å stå opp om morgenen og gjøre noe produktivt, men føler hun lett blir fanget i tanker om alt hun skulle ha gjort. T1 spør om det har å gjøre med at hun ikke er kvitt de gamle refleksene. C bekrefter, men sier hun har holdt de litt i sjakk med medisin, men at hun sover litt lite for tiden. T1 fortsetter med å kommentere at det hender at pasienter, slik som C som er i avslutningsfasen, kan få revitalisert gamle dårlige reflekser når de står overfor egen avslutning, og at det ikke gjør ting lettere. C innrømmer at det kan hende det er noe som skjer ubevisst, fordi det ikke er noe hun tenker på.

T2 skyter inn at hun tenker at C ofte kommer med raske svar når noen spør C om ting de ikke helt forstår, en intervensjon som man i MBT kunne forstått som å være rettet mot å utfordre «pretend»-modus. C innvender at denne gangen vet hun virkelig ikke og at hun prøver å tenke ut hva det kan være. C fortsetter med å si at det kan være en faktor det T1 nevner, samt at hun kanskje synes det er litt slitsomt med forhold. Hun sier hun prøver å være ærlig og øver seg på å være både konstruktiv og si fra dersom hun føler seg såret eller lei seg (eller glad). Kjæresten sier han er kjempeglad for at hun er så ærlig, men at han ikke er vant med at damer er sånn. Han sier han mer er vant med at de samler opp ting i fjorten dager og så slenger det ut. C sier det også er en påkjenning for henne, så det kan ha noe med det å gjøre. RF synes å øke noe i denne refleksjonen til C, som synes å være utløst av en intervensjon som direkte utfordret C sin psuedomentalisering. T2 kommenterer at hun tror at hun finner svar i seg selv og handlingene hennes. C svarer at hun tror kanskje det er derfor svarene kommer så fort og spør videre retorisk om det da bare er slik at hun må holde ut og at det er slik det er i terapi. T1 svarer at det virker som om det er mange ting C antyder kan være tema. Til slutt sier C at det er vel det med nærhet

igjen, som har vært tema mange ganger tidligere og fortsetter spøkefullt at hun nå må ha «nærhet» til tannlegen sin. Gruppen ønsker henne lykke til i det hun går.

Oppsummert om RF synes det som at C sitt eksplisitte RF-nivå peker mot at mentalisering er stort sett fraværende, men til tider tangerer et minimum av aktiv mentalisering (RF=3).

3.4.4.2 Sekvens 2:

I neste sekvens treffer vi E, som er en nyutdannet kvinnelig sykepleierstudent i midten av 20-årene. Hennes tema er at det har skjedd en rekke (positive) ting i livet (bl.a. bestått eksamen og fått jobb) som peker mot spørsmålet om avrunding av terapien. Denne sekvensen er primært støttende og anerkjennende i formen med mye aktivitet fra de andre deltakerne, bl.a. med terapilignende intervensjoner.

Sekvensen initieres ved at gruppen synes å være enstemmig opptatt av å høre hvordan det går med E og før C er ferdig med sin sekvens intervensjoner T2 med å si at det ville vært spennende å høre hvordan det gikk med E. E kan fortelle at hun både har stått på siste eksamen og fått jobb (sykepleier). Gruppen og terapeutene gratulerer og påskjønner E både med verbale og non-verbale støtteerklæringer. Deretter blir det en rekke spørsmål om detaljene rundt hendelsene og det fremkommer at hun har fått 50 % turnus-stilling på et sykehus med mulighet for ekstravakter. E forteller at hun var litt spent, fordi jobbtilbudet hun fikk var med betingelse om at hun sto på eksamen (som hun var sikker på hun ville stryke på).

T2 spør om økonomien blir bedre for henne og om hun bare søkte 50 %. E svarer at hun søkte 50 %, fordi det var det som var utlyst og at hun tror det skal lønne seg å jobbe, men at hun skal ringe NAV i morgen. E fortsetter med å si at hun ville være åpen med arbeidsgiver om at hun går i behandling og er på attføring da de spurte hvorfor hun søkte 50 % som nyutdanna, så hun slapp å tenke på det videre.

E kommenterer videre at det har gått fort og at hun også synes det er litt skummelt da det er lenge siden hun har vært i praksis som har vært relevant for denne jobben. Hun har imidlertid bare vært ærlig når de har spurt henne om faglige ting og fått høre at det skulle gå greit da hun. T2 fokuserer på følelsene E har i forhold til det å få jobb og kommenterer at det ser ut som om bekymringene til E har stått til skamme. D påpeker på at arbeidsgiver har et ansvar for å vurdere E som kvalifisert og synes hun tegner et positivt bilde av arbeidsgiver. E svarer at hun synes at

både arbeidsgiver og en avdelingssykepleier hun snakket med virker veldig hyggelige, men at det var veldig skummelt å være på intervju og snakke om seg selv.

På dette tidspunktet kommer F inn og setter seg ned. Hun er 15 minutter forsinket og bærer med seg handleposer. Etter litt omstilling så tar D tak i det siste E sa og spør hva det var hun tenkte var skummelt. Igjen ser vi et eksempel på at en av deltakerne tar en slags terapeutrolle som drivere i klargjøringen av emosjonelle temaer. Spørsmålet tilsvarer en intervensjon med fokus på mentalisering av følelser og har en viss «demand»-karakter. E svarer at det å ikke vite hvem intervjuerne var og det å bli spurt om gode og dårlige sider var litt vanskelig siden hun føler seg «best» på dårlige sider. Svaret tilsvarer muligens RF mellom 3-5. D fortsetter med å spørre hva E oppga som sine gode sider. E ler av spørsmålet og spør retorisk om hun ikke nå har snakket nok for i dag. T2 stopper opp og spør om D har stilt E det samme spørsmålet før. D avkrefter og slik sett kan intervensjonen til T2 sees på som en konfrontering, dvs. en påpekning av at visse aspekter av hva pasienten har sagt fremstår kontradiktoriske eller forvirrende på den som lytter (ofte grunnet defensiv unngåelse) og derfor begrenser lytterens forståelse (Kernberg, 1984). E bekrefter at hun ikke har sagt noe om dette og fortsetter da med å si at hun svarte ting som hun har fått positiv tilbakemelding på før, som f.eks. at hun er et rolig og behagelig vesen og kan være beroligende på pasienter.

T2 velger deretter å trekke F inn i samtalen med å spørre om hun fikk med seg nyhetene om E. I denne intervensjonen viser T2 omsorg for gruppemedlemmet slik at hun kan følge med og ikke føler seg utenfor. E forteller da F nyhetene på nytt og får gratulasjon fra F. F fortsetter med spørsmål rundt hendelsen og E forteller om omstendighetene rundt ansettelsen igjen til F. F viser både interesse og støtte.

T2 kommenterer til E at det har skjedd utrolig mye i det siste. E er enig i det og legger til at hun er spent på fortsettelsen når hun begynner i jobben. T2 følger opp med å spørre når hun ser for seg at hun vil avrunde behandlingen i gruppen. E sier hun hadde tenkt å spørre terapeutene om det. Etter å ha kikket på T2, som svarer bekræftende, så legger hun til at det kanskje er hun selv som må sette dato. T2 svarer at hun i hvert fall tenkte at det var viktig at E hadde gruppen i denne fasen og så avrunde når hun kom godt i gang med jobben. T2 sier hun så for seg at E hadde det inneværende semesteret. E kommenterer at det var det hun hadde sett for seg selv også og T2 oppfordrer deretter om at E kan se det litt på det selv hvordan det går.

I kjølevannet av prat om avslutning kommer det frem at D allerede har fått en avslutningsdato (september) og det blir da spørsmål i gruppen om det kommer inn noen nye. T2 opplyser at det ikke vil komme noen med en gang. Hun tilføyer også at en av deltakerne som ikke er tilstede her i dag har permisjon på litt ubestemt tid i påvente av hjelp til å få litt mer struktur i livet sitt fra bydelen. Det er derfor mulig at det må en ny vurdering til for se om hun skal komme tilbake. På spørsmål fra F kommer det også frem at den aktuelle pasienten egentlig skulle vært innlagt, men skrev seg ut før anbefalt tid. F ber T2 hilse.

Oppsummert sett er det i denne sekvensen få mentaliseringsfokuserende intervensjoner og muligens som følge av det er det svært sporadisk tegn på eksplisitt mentalisering.

3.4.4.3 Sekvens 3:

I tredje sekvens møter vi F, som er en kvinne med BPD på ca. 30 år. Temaet er utfordringer med økonomisk avhengighet til foreldrene. Sekvensen inneholder bl.a. eksempler på spontan mentalisering av hendelser i gruppen fra andre deltakere enn hovedpersonen og terapeuters omsorg for å inkludere andre deltakere i samtalen.

Sekvensen starter med at T2 retter oppmerksomheten mot F og kommenterer at hun ser ut til å ha «storhandlet». F bekrefter og T2 spør deretter utforskende og ikke-vitende om det er lystfølelse eller impuls som ligger bak atferden. F forteller at hun og søsteren har arvet noen penger fra mormoren, og siden hun ikke har hatt penger til å kjøpe noe til seg selv på lenge, så tok hun seg råd til det nå. F forteller også at hun må spare noen av pengene siden hun ikke lenger vil få månedlige tilskudd fra foreldrene sine etter nyttår. Det stresser henne en del, da hun aldri synes å få pengene til å strekke til. Hun forsikrer om at hun ikke er utakknemlig, men at det er et problem at pengene forsvinner. Det hjelper imidlertid på humøret å få fornyet seg litt med å kjøpe noe nytt og klippet håret.

C bryter inn med at hun synes F var veldig stilig og at hun la merke til det når F kom. F takker. Før dette temaet får mulighet til å utvikle seg noe mer, så spør D om F har fått vært til nevropsykologisk testing. F svarer at hun skal det neste torsdag og kan fortelle mer da.

F fortsetter sin sekvens med at det er mye stress for tiden, bl.a. med et nytt manus hun må lese som er veldig langt og tungt. Samtidig er det kort tid på å levere det tilbake med kommentarer/korreksjoner for å få penger i tide. Hun begynner dessuten å bli irritert på forlaget pga. forsinkelser, da det gjør det helt umulig med fortløpende regninger hun må betale. D spør

om det er mulig å gjøre noen avtaler med dem. F svarer at de pleier å være greie med forskudd og at det ikke egentlig er deres skyld at ting blir forsinket, da det er både oversetter, språkvasker og førstekorrektur som er forsinket. Det er likevel frustrerende, og når hun ikke vet hvem hun skal være sinna på, så bare går hun og freser for seg selv, fordi det går utover henne. Det har vært forsinkelser hele våren og sommeren. D støtter henne i at situasjonen er vanskelig. F sier at det hadde vært så mye bedre å kunne fått penger fortløpende, men da måtte hun ha registrert seg som næringsdrivende og sendt fakturaer, men det vil hun helst slippe.

Midt i den noe retningsløse assosieringen rundt jobb og økonomi, så bryter C inn og spør F om hun kan spørre om noe. Utvekslingen som følger er et eksempel på en spontan deltakerinitiert mentaliserende diskurs. C gir F tilbakemelding på at hun opplevde at F ble «rar» i blikket i stedet når hun ga F kompliment. Dette tolket C som at F trakk seg og C opplevde at reaksjonen sto i tydelig kontrast til F sin væremåte nå som hun snakker om praktiske ting, for da er hun veldig med. Intervensjonen fra C med sin tentative karakter har «demand»-egenskaper, da det fokuserer på mentale tilstander og fordrer en klargjøring av «indre forhold» hos F. F innrømmer at det kanskje var noe som skjedde, men tilføyer raskt at hun satt pris på komplimentet og at hun trodde at hun greide å ta det imot. C spør om F ble skremt, men F protesterer på det og mener heller at det var sjenert. D kommenterer at hun også tenkte på sjenert, fordi hun mener hun så at F ble glad i øynene. F understreker på nytt at hun synes det er veldig koselig å få kompliment og uttrykker forbauselse over C sin observasjon, da hun trodde hun hadde lært seg til å si takk og at det skulle være synlig på henne. E spør om F tar komplimentet innover seg og F svarer at hun tror hun gjør det. «Demand»-egenskapene ved C sitt opprinnelige spørsmål kan sies å bli synlige her, da spørsmålet ikke blir tilfredsstillende besvart uten et mentaliserende svar.

T2 tar tak i hendelsen og gjentar/speiler det F sier om at hun sier hun har lært seg å si takk og synes her å utfordre F videre til å reflektere over og klargjøre hva som nettopp skjedde. F blir litt nølende, men fortsetter med å si at hun har blitt veldig flink til selv å gi komplimenter og nevner at mange har tendens til å bli helt «forstyrret» og satt ut av det. Hun synes selv det er litt ubehagelig når det skjer, selv om hun vet at folk setter pris på komplimenter, så derfor prøver hun selv å si takk og vise at hun setter pris på det når folk sier slike ting. Også fordi det er hyggelig for den som gir komplimenter. F fortsetter deretter med at hun vet at folk ikke sier pene ting for å plage andre og at heller ikke hun ønsker å plage andre ved å gi dem, men sier det

likevel er veldig få som greier å ta imot de. T2 fortsetter sin klargjøring av hendelsen og spør denne gangen C med en ikke-vitende holdning hva hun tenkte med spørsmålet og hvordan hun reagerte på svaret hun fikk fra F. C svarer at hun tenkte at det kanskje var vanskelig for F å få komplimentet, da temaet med kropp, utseende og det å ikke ville vise seg frem har vært oppe tidligere. C gjentar til F at hun synes F var «innmari» stilig og sommerlig når hun kom i dag, og at hun synes F har vært stilig før også. C tenker videre at F tok imot komplimentet, men ble litt tilbaketrasket og sjenert, kanskje også litt redd. T2 vender seg til C igjen og spør utforskende med fokus på følelser om hun opplevde at hun hadde utsatt F for noe eller om hun hadde gjort noe galt. C bekrefter at hun følte litt på det, fordi de er i gruppe sammen. F protesterer og sier at hun ikke tenker slik i det hele tatt, selv om hun innrømmer å ha et anstrengt forhold til kroppen sin. F tilføyer imidlertid at hun føler seg mye mer vel etter å ha fått kjøpt seg litt nye klær og klippet seg. C sier at hun ikke tar det opp for å problematisere, men fordi F har uttrykt problemer med det å vise seg frem tidligere, og at nå gjør hun jo akkurat det. F svarer at hun har vært i bedre humør i det siste og at det kan ha sammenheng med at hun har vært og handlet, da hun gjerne blir glad av det (ler). Den siste del av utvekslingen her peker mot at «demand»-spørsmålet til C nå har blitt mer tilfredsstillende besvart og at mentaliseringsnivået derfor ser ut til å ha økt noe gjennom bearbeidingen av dette temaet.

F velger imidlertid å la det bli liggende å går raskt tilbake til temaet om økonomi som hun startet på og forteller om en vanskelig situasjon da moren spurte om F ville ha alle pengene med en gang eller om hun ville at de skulle porsjoneres ut. F svarte umiddelbart at hun kunne godt få de litt spredt utover, men at hun ønsket en større sum først. Moren spurte imidlertid da om hun F ble fornærmet over spørsmålet. F svarte nei der og da, fordi hun ikke hadde tenkt over det, men innrømmer i ettertid at hun kanskje ble litt fornærmet likevel. Følelsen av å måtte forklare seg når hun skal be om penger som hun allerede har fått gjorde at det ikke helt føles som pengene var hennes egne. D skyter inn at det er litt som å bli behandlet som et barn, men at det også er litt lurt. F er enig med D at det er lurt, da pengene brenner i lomma, men hun tror likevel ikke hun hadde brukt mer enn hun burde dersom hun fikk alt på en gang. Hun følte imidlertid at hun måtte rettferdiggjøre det at hun ville ha et større beløp og hadde derfor lyst til å spørre moren om hun hadde spurt søsteren om det samme (søsteren fikk alt samtidig). F sier hun egentlig synes at foreldrene ikke trenger å vite hva hun skal med pengene, da de jo allerede er hennes.

T2 kommenterer at F har en utfordring med å disponere pengene fremover. F forteller at hun til nå har fått en fast sum fra foreldrene i måneden som hun har brukt til å betale ned studielån, men at nå er usikker på om tør å spørre om hun fortsatt kan få det. Foreldrene har sagt at hun skulle få de månedlige beløpene frem til nyttår, men F føler det nå ville være frekt og utakknemlig å be om dem i fortsettelsen. Hun trenger imidlertid pengene sårt, men føler at hun skylder foreldrene så mye nå at det begynner å bli pinlig for en som er voksen og burde greie seg selv. D sier hun kjenner seg igjen, ikke på det økonomiske, men på andre områder der hun blir avhengig av andre og mulighetene blir låst. D opplever det som en svakhet hos seg selv å ikke greie ting selv. F kommenterer at hun føler at hun skylder andre noe og at takknemlighetsgjelden gjør at hun får dårlig samvittighet som en vond klump inne i seg. D fortsetter med at det er så lett å la ulempene få havne i fokus i stedet for å se om det finnes andre håndterlige muligheter som ikke innebærer at foreldrene får porsjoneringsjobben, fordi dersom foreldrene skal ha porsjoneringsjobben, så blir det da bare F sin jobb å være takknemlig. F er delvis enig med D, men mener at problemet er at hun må forklare hva pengene skal brukes til dersom hun skal få mer enn det månedlige beløpet. F legger også til at hun sikkert hadde fått penger til å kjøpe seg ny seng, fordi det er fornuftig da hun ikke vil få månedlige beløp lenger.

T2 henvender seg til D og spør ikke-vitende om hun tenkte på muligheten for å få alle pengene F har krav på for deretter å stå for porsjoneringen selv. D bekrefter og fortsetter med å fortelle om sine egne erfaringer i forholdet til partneren hun hadde tidligere når det gjaldt praktiske ting. De tingene hun ikke greide å gjøre selv gjorde at hun ble avhengig av hjelp fra andre og da ble det bare surr og alt ble på andres premisser. D snakker videre om at det ikke er likeverd mellom partene når man er mottaker av hjelp og etter litt frem og tilbake kommer D til at det er følelsen av ubalanse hun ønsket å endre.

T2 henvender seg på nytt til F og spør om det er slik at F frykter at hun vil bruke opp pengene dersom hun får alt på en gang og ikke fortsetter å la moren porsjonere de ut. F svarer at hun prøver å være ansvarsfull og har ikke hatt noen inkassokrav eller sånt, men at hun likevel har hatt problemer med penger som bl.a. faren hennes måtte hjelpe henne ordne opp i. Hvis hun hadde fått alt med en gang, så tror hun hun hadde ringt Lånekassen og spurt om hun kunne betale ned lån med hele summen, slik at hun var sikker på å få gjort det i hvert fall. C melder seg inn og sier hun også kjenner seg igjen, da hun fikk noe penger etterbetalt fra en forsikring, som hun følte brant i lommen. F kommenterer at hun ikke hadde tenkt å kjøpe seg seng for ti tusen, men

innser at hun gjerne kunne brukt store summer på å kjøpe mange små ting som DVD-filmer og klær, men aldri mye penger på en stor ting. Da måtte hun hatt veldig mye penger. Hun fortsetter med at hun burde latt være å kjøpe alle DVD-filmene og heller kjøpt noe hun trengte. C skyter inn at hun tror det kan være IKEA-effekten som påvirker. Når alt er så billig, så kjøper man til gjengjeld veldig mye. Det blir latter i gruppen og F kjenner seg igjen i beskrivelsen. F fortsetter med å si at hun skulle ønske hun gjorde mer slik som gutter ofte gjør, dvs. f.eks. kjøpe stereoanlegg til ti tusen eller at hun burde kjøpt seg en skikkelig dyr seng når hun bodde hjemme hos foreldrene og hadde litt bedre råd. Å kjøpe sånne fornuftige ting har hun aldri greid.

T2 vender oppmerksomheten mot den eneste mannlige deltakeren i gruppen og spør B om han kjenner seg igjen i beskrivelsen, da han sitter og «småsmiler». Intervensjonen viser terapeutens omsorg for å inkludere enkeltmedlemmene i samtalen. Spørsmålet er åpent og utforskende med ikke-vitende holdning. B svarer at han aldri har kjøpt stereoanlegg til ti tusen o.l., men at alle pengene i stedet har gått til filmer, bøker og musikk, slik som hos F. B sier han også kjenner seg igjen i det med å spørre etter penger hjemme hos foreldrene og forteller at han også har en del penger som er hans, som ble overført til morens konto når han bodde hjemme i tilfelle han ble nødt til å oppsøke sosialkontoret. Å gå til moren og spørre etter de pengene nå har likevel blitt vanskelig, selv om han har fått vite at det bare er å spørre. Han har dessuten fått vite at han også skulle fått penger da de hjalp broren med bilkjøp. Da han bor i sentrum, så har han ikke behov for å kjøpe seg bil og synes da det blir vanskelig å be om pengene til ting han trenger mer, f.eks. en ny datamaskin. D spør hva som kan skje hvis han spør om pengene og B svarer kort at han antageligvis får dem. D modifierer spørsmålet sitt til hva som skjer når han tenker på å spørre. Igjen ser vi D få en slags terapeut-rolle og spørsmålet kan dessuten sees på som adressert til mentale tilstander og slik sett får en slags «demand»-karakter. B svarer ikke direkte på spørsmålet og sier i stedet at han klarer seg bra med det han har nå, men at det er en sikkerhetsfølelse å vite at han har pengene liggende hjemme. F kommenterer at han er fornuftig som tenker på å ha pengene til senere og sier hun er imponert over spareprinsippet. B innvender imidlertid at det også betyr at han sparer seg til fant, dvs. at han ikke bruker penger på ting han kanskje egentlig kunne trenge. Han fortsetter med at selv om han ikke egentlig liker å gå rundt å handle så mye, så dreier det seg om muligheten til å kunne bruke pengene til noe som var mer nyttig eller være sikker på å ha nok til alle utgifter.

Oppsummert så er det lite terapeutstyrt fokusering på mentale tilstander, men likevel en del spontane bidrag fra de andre deltakerne. RF-nivået synes til en viss grad å være stimulert av denne aktiviteten og ligger mellom 1-3.

3.4.4.4 Sekvens 4:

I denne sekvensen møter vi A, ung kvinne med BPD i tidlig 20-årene. Ut fra samtalen kommer det frem at hun er ny i gruppen (sitt andre møte). Temaet hennes er opplevelsen av at livet er «dritt». Sekvensen inneholder eksempler på psykisk ekvivalens og hvordan bl.a. de andre gruppe medlemmene håndterer det ved å innta en «containing»-funksjon (Bion, 1962).

En kort stillhet følger B sitt siste utsagn i sekvens 3 og A tar ordet på eget initiativ. Hun sier at hun bare vil si en ting og det er at alt er bare dritt. T2 spør undrende om hun tenker på det temaet som nettopp var oppe, men A avkrefter og sier det gjelder livet hennes der alt bare er problemer. Hun er tydelig berørt av temaet og dekker ansiktet med hendene. D ser etter papirtørkler og T1 går og henter. T2 spør om hun kan si noe mer, men A sier hun ikke greier det da hun bare begynner å grine. T2 kommenterer da med fokus på den følelsesmessige tilstanden til A at det er lang erfaring i gruppen med å både gråte og si noe. T1 kommer tilbake med papirtørkler. A sier takk og fortsetter med å si at alt fra den minste bagatell til det største er bare problemer. Det synes å ha gått litt i svart for A og mentaliseringsevnen synes være svekket (psykisk ekvivalens). Hun sier hun er så lei av å være seg selv og ikke orker det lenger.

T2 fortsetter med å spørre om A har fortalt gruppa hva hun driver med for noe ellers i livet og synes å regulere temperaturen noe ned ved å flytte fokuset litt. A svarer at hun akkurat har begynt på en design- og håndverkslinje og sier hun var ganske dårlig form når hun gikk dit i forgårs. Der hadde de fått en oppgave om å sette sammen farger, men hun fikk ikke til det og alt ble bare stygt. Underveis hadde det dessuten vært en jente der som irriterte henne voldsomt med pratingen sin. A var så irritert at hun hadde lyst til å rive i stykker alt. Dagen etter orket hun ikke stå opp og gå på skolen. Hun avlyste også et møte med en venninne, men gikk likevel etter hvert til byen og gjorde mange destruktive ting som å spise masse «ekkel» kjøttmat (hun er vegetarianer). Deretter når hun kom hjem og hadde tenkt å ta seg sammen for å tegne litt, så kom naboenta på døra å måtte låne telefonen, fordi hun skulle være utro og da bruker hun telefonen til A. Deretter kom en annen «nabokjerring» og hun opplevde å bli «fanget» av nabodamen og hennes skravling. Senere, kl. ett på natten kom den første naboenta tilbake igjen og ville at A

skulle høre på hennes behov for å snakke. A sier hun blir sittende og ikke greier å si at hun må gå, selv om hun skal opp tidlig dagen etter. A sier hun egentlig har nok med sine egne problemer og har ikke overskudd til å høre på andres. D spør A om hvem denne venninnen hun egentlig skulle møte er, men A avfeier det med at det bare er ett av hennes mange problemer og gjentar at hun ikke orket treffe henne. A fortsetter med at hun ikke føler hun får forklart ting rett, og sier hun opplever livet som helt meningsløst og at hun ikke har lyst til å leve. Hun er lei av seg selv og lei av å gjøre destruktive ting, men gjør det fordi det er den eneste måten hun kan få ut frustrasjonen sin på. Etterpå føler hun seg imidlertid bare ekkel og skitten.

F involverer seg i A sin fortelling og sier hun kjenner seg veldig igjen i det, selv om hun ikke er der akkurat nå. Hun fortsetter med å si at hun vet at det ikke finnes noe å si som hjelper, men sier hun kjenner seg igjen i følelsen av meningsløshet og at det ikke er noe å leve for, samt at hun er lei av seg selv, alt og alle, og ikke greier å engasjere seg i noe. Initiativet til F, som også etter hvert sprer seg til flere deltakere, markerer at gruppen inntar en «containing»-funksjon der emosjonell informasjon «holdes» av andre på en måte som muligens kan hjelpe hovedpersonenes til å gjenopprette sin evne til å reflektere over sin situasjon (Bion, 1962). A svarer imidlertid at hun synes det hele er kaotisk og at livet bare føles som dritt. Hun legger til at det var dritt når hun bodde i Norge sist og dritt nå som hun er tilbake. Ting har egentlig bare blitt verre og verre. Hele livet har det vært sånn og det tar aldri slutt. Hun erkjenner at det sies at ting ordner seg med tiden, men opplever at det bare ikke fungerer sånn for henne, da hun ikke får til å endre noe. A ser her ut til å befinne seg på et prementalistisk nivå (psykisk ekvivalens).

T2 vender seg mot C, da hun muligens fornemmet at C hadde noe på hjertet og spør utforskende hva hun tenker på. C svarer at hun også kjenner seg igjen i det der med å ta tiden til hjelp og at hun synes det er helt «høl i huet». C sammenligner følelsen med å ville kaste opp, men å samtidig ikke få det til. C påskjønner imidlertid A for kraften i uttrykket sitt, i og med at det bare er andre gang hun er her. Hun mener det sier noe om hvor frustrerende situasjonen oppleves. Igjen ser vi en støttende og speilende «containing»-funksjon. F fortsetter å kommentere på det at ting tar tid og uttrykker at det er så frustrerende at man kan få lyst til å slå noen. D legger spøkefullt til at det neste man får høre er at det er en livslang prosess. Flere i gruppen ler og uttrykker medfølelse for frustrasjonen. Humoren virker spenningsregulerende.

C henvender seg på nytt til A og spør om det var slik at hun bodde i Spania. A bekrefter og C fortsetter med å spørre om det var klimaet hun refererte til i kommentarene om at det var

dritt her i Norge. A svarer at det var bedre der, fordi, selv om det skjedde mange ting som bl.a. at hun ble syk, så hadde hun i det minste noen som var glad i henne. Her i Norge har hun ingen og fortsetter med å si at hun blir så trett av å være ensom og at hun ikke kan leve uten kjærlighet. F spør etter familie eller venner, men A svarer at hun har ingen verken i Spania eller Norge nå. T2 ser på klokka og regulerer spenningsnivået ved å be A puste dypt inn og at de skal ta fokuset litt vekk fra henne, fordi C skal snart gå og T2 ønsker lage en avrunding for C. Intervensjonen er også en håndtering av gruppens grenser når det gjelder C sin tidlige avskjed.

Etter pausen i A sin sekvens, for å avrunde C sin tidligere avbrutte sekvens (sekvens 1), så henvender T2 seg tilbake til A og sier at hun har tenkt på det hun fortalte om naboene sine og synes at det er litt uheldig å ha slike relasjoner, som bokstavelig talt overskrider dørterskelen hennes i tide og utide, og at de ikke er i stand til å være sensitive for hvor A er akkurat nå. T1 sier seg enig og tilføyer at de ikke respekterer grensene hennes. A svarer at det ikke er hennes største problem. T2 fortsetter imidlertid med å konfrontere A med at når hun forteller om den jenta i klassen som irriterer så synes det å være et tilsvarende tema med at hun lar folk komme inn på seg mot sin egen vilje uten å sette grenser, eller at hun kanskje ikke vet hvor hun skal sette grensen. Intervensjonen (konfrontasjon) retter seg mot A sine indre mentale tilstander og usikkerhet i forhold til grensesetting som får følelsesmessige konsekvenser (Kernberg, 1984). A bekrefter at hun ikke vet hvordan man setter grenser. Deretter setter T1 ord på en indre konflikt hos A om at hun på den ene siden ønsker mer kontakt med andre, mens på den andre siden det motsatte. A svarer at hun aldri noen gang i livet har følt nærhet til noen. Den eneste gangen hun følte noe var med han hun var sammen med. Det var en spesiell kommunikasjon, som hun sier hun «selvfølgelig» ødela. Hun føler seg nå bare helt utenfor alt og alle.

T2 balanserer svart-/hvitt-posisjonen (psykisk ekvivalens) til A ved å si at det hørtes ut som hun klarte å opprettholde avtalen sin med en venninne hun traff på dagavdelingen og refererer til at hun nettopp har truffet henne og skal hilse. T2 spør deretter om hun kjenner seg igjen i henne og tilføyer at det nesten høres ut som det er et slags bånd mellom dem. A, som til nå flere ganger ikke har svart direkte på T2 sine fremstøt, unnlater nå helt å svare direkte på T2 sitt spørsmål og fortsetter i stedet med noe kaotisk (psykisk ekvivalens) med å si at hun bare er så drittlei og at hun ikke engang får beskrevet det. Hun tror ikke noen kan forstå det, da det ikke er noen ting i livet hennes om er bra. Igjen omtales alt som bare dritt og det er også dritt der hun bor. Det tærer på og hun skjønner ikke hvordan hun kunne bli plassert der, da hun ikke føler hun

hører hjemme der. Bakgrunnen var at hun ble overtalt og lovet at det skulle være bra, men så viste det seg å være dritt.

T2 forsøker etablere et mer konstruktivt dialogisk spor og spør om prosjektet hun holdt på med på skolen. Igjen feier hun T2 sine innspill vekk og sier at hun ikke har krefter til å holde på med noe og tenker at hun aldri skulle ha kommet tilbake til Norge, og at det ville vært bedre og levd på gata i Spania.

D skyter imidlertid inn empatisk og sier at hun synes det i hvert fall er godt for henne å høre henne snakke her. T2 snur seg mot D og spør utforskende hva hun mente med det. D utdyper med at hun tidligere hadde problem med å snakke om seg selv. A kommenterer at hun nok er redd for å bare bli sittende å høre på alle andre uten å ha en stemme selv. D påskjønner A for å på tross av det prøve likevel og at hun synes det fint å se evnene hennes. T2 ser på D og spør om hun fornemmer en kraft hos A. D bekrefter det, men sier at kraften også er sjenert og fortvilet, og trenger trøst. A unnskylder seg deretter og sier at det ikke var meningen å tillegge D noe, som hun ikke greier å sette ord på, og foreslår raskt at de kanskje kan snakke om noe annet. T2 spør utforskende om hva det var som ikke var meningen, men får ikke noe svar. D kommenterer at det er helt greit, hvis A ble irritert på henne eller andre ting.

T2 fortsetter med sitt fokus, men inntar deretter en mer strukturerende rolle og kommenterer at hun tenker det blir viktig slik som hun har det nå å finne en kraft i seg selv til å holde de avtalene hun har. A lurte på hva T2 mener og spør om hun tenker på terapien. T2 sier hun tenkte på dagene generelt og tendensen A har til å isolere seg selv i sin mørke hule og at hun ikke gir seg selv anledning til at noe skjer rundt henne. F spør direkte om A var på skolen i dag og påskjønner A når hun får høre at hun var det. T2 kommer deretter med en tolkning av klærne til A (svarte klær med tigmotiv på genseren) og kommenterer at hun oppfatter det som at tigeransiktet (på genseren) representerer en slags kraft i A. Hun trekker også inn en parallell til F som også fikk kommentarer på klærne sine og nevner at klær sender en slags beskjed. Hun foreslår deretter at tigeransiktet kanskje står for noe i A. Intervensjonen retter seg mot forholdet mellom terapeut og pasient. A innrømmer at hun ser det, men at hun synes det er vanskelig å tro på at det skal bli noen forandring. Hun legger dessuten til at hun kommer hit med et håp om at det skal bli bra, men at det bare er helt uutholdelig for tiden. Dessuten føler hun at hun blir behandlet som en taper i samfunnet, bl.a. med referanse til der hun har blitt plassert å bo. En episode fra en venninnes bursdagsselskap der var alle så frie og selvstendige trekkes frem som en

kontrast til situasjonen når hun etterpå kommer hjem til leiligheten sin og det står to politibiler og et vakselskap.

Etter å ha sittet og hørt på A, melder F seg empatisk på igjen med en «containing»-tilnærming og kommenterer at hun føler behov for å si at hun får så vondt av å høre på A, men at hun ikke vet hva hun skal si. Hun sier imidlertid at hun tror A tar feil når hun sier at hun ikke tror noen skjønner, men vet at det ikke er så stor trøst i det. Av egen erfaring sier hun at hun selv blir fortvila og lei seg når ingen sier noe og føler samtidig raskt at hun prater hele tiden. Likevel har hun lyst til å bare si at hun hører på A og føler med henne. A virker oppmerksom på F og takker for støtten. F tilføyer deretter at hun faktisk tror hun vet ganske godt hvordan A har det.

T2 kommenterer spørrende om flukttankene (påpekning av forsvar) til A om at hun ikke egentlig skulle ha kommet tilbake til Norge. A gjentar her bare at selv om hun hadde problemer i Spania også, så var det i hvert fall noe som var bra. Hun bodde bra, det var fint rundt henne og hun kjente folk. I Norge er ting bare dritt og problemer. Hun forsøker å si noe videre, men gir opp og sier at hun ikke skjønner noen ting. F spør deretter hva det var som gjorde at hun tenkte på å komme tilbake og A svarer at det ble problemer med jobb og bosted pga. at hun kom i krangel med noen folk, og så gjorde kjæresten det slutt og hun ble plutselig overlatt til seg selv. Dessuten brukte hun også en del dop på den tiden og lot seg overtale av venninnen sin at ting var så bra i Norge. Hadde hun visst at hun ville blitt plassert der hun bor nå, så ville hun aldri reist tilbake, fordi det har vært de to verste årene i livet hennes. Imidlertid er det vanskelig å dra tilbake til Spania igjen og situasjonen er dermed helt låst. T1 spør hvorfor det er vanskelig å dra tilbake og A svarer at det er fordi hun ikke har lyst til å jobbe med hva som helst og vil ikke møte folkene der nede. Hun sier hun føler seg som ingen og føler hun ikke har noen ting i Spania lenger heller. På spørsmål fra D om hva det var hun hadde, så utdyper A at fordi hun har sagt til folkene der at hun skulle til Norge for å få seg utdanning, så føler hun ikke det er mulig å komme tilbake tomhendt. Hun sier det er planen om utdanning som holder henne i Norge, men er redd hun ikke har krefter til gjennomføre studiene og vet ikke hva hun vil bli. T1 påskjønner A ved å si at det er ålreit å si det slik man føler det. A avslører da flere av problemene sine med bl.a. gjeld hos lånekassen og at hun er i en skilsmisseprosess som går tregt pga. ektemannen i Spania.

T1 kommenterer så på en omsorgsfull måte overfor A at han sier seg enig i T2 (samarbeid mellom koterapeuter) om at det ikke er lett for andre å vite hvordan man skal respondere til det A

sier, men at det viktigste A har gjort i dag er å fortelle om hvordan hun har det. Det er der hun er og der hun begynner i gruppen. Han fortsetter med å si at det å fortelle om situasjonen sin hjelper andre til å skjønne litt hvordan hun har det og hvem hun er. Han sier likevel at han skjønner at det er frustrerende, fordi man ikke får så mye respons i begynnelsen, pga. at man ikke kjenner henne så godt ennå. A kommenterer at det er vel bare sånn det er og fortsetter med å si at hun ikke forventer å få råd eller lignende. T1 kommenterer at det A jobber med er å få tak i seg selv og ressursene sine. A svarer ja, men sier at hun bare ikke vet hva det er og at hun aldri har visst det. Hun sier hun egentlig ikke har noen tro på seg selv. D kommenterer deretter at A fikk noe respons, bl.a. fra F. F svarer at det ikke alltid er slik at man trenger respons, da det noen ganger bare er behov for å snakke. T1 fastholder på sitt og sier at det alltid er viktig uansett hvor forferdelig man har det, at noen responderer ved å f.eks. fortelle om noe lignende eller kjenne seg igjen i situasjonen. F kommenterer at hun føler at hun nesten alltid har ting å si og kan derfor føle at hun prater for mye og heller burde holde kjeft. T1 gjentar at man her i gruppen ikke får lov til å bli sittende alene med ting uten at det gir gjengklang med noe eller hos noen. Med dette rundes sekvensen til A av.

RF i denne sekvensen synes være lav og pasienten synes å operere en del i psykisk ekvivalens («alt er bare dritt», hater medelever, naboer og Norge). I lys av det, synes terapeutene til tider å legge ambisjonsnivået for dialogen noe høyt av og til, og de andre gruppemedlemmene ser bl.a. ut til å matche begrensningene i refleksjonsnivået og de emosjonelle utfordringene noe bedre gjennom en mer rommende og mindre krav til refleksjon gjennom eksemplene på «containing» og at gruppa er i stand til å holde A sine vanskelige følelser med medfølelse og aksept. Uten at det kommer eksplisitt frem, så er det mulig at dette gjør det lettere for A å kunne tenke og føler samtidig og at sekvensen slik sett likevel kan tenkes å skape grobunn for grunnleggende mentaliseringsevne. Samtidig med dette, om at gruppen behandler individet, så er det også eksempler på mer tydelig struktur fra terapeutene.

3.4.4.5 Sekvens 5:

Den siste sekvensen er svært kort, men er et godt eksempel på hvordan terapeutene i PDG-gruppen aktivt velger fokus og trekker inn pasienter. Hovedaktør er B, en mannlig pasient med BPD på ca. 30 år. Temaet omhandler det å bli anspent i gruppa og greie å slappe av etterpå.

Sekvensen blir initiert ved at T2 helt på tampen av sesjonen ser på B og kommenterer at han hadde sagt noe sist om at det skulle bli godt å komme hjem etter gruppa. T2 spør derfor hvordan han hadde det etter gruppa sist. Intervensjon regulerer fokuset over på et nytt medlem etter A sin sekvens. B svarer at han klarte å slappe av en liten stund og sier at han generelt har det slik at han slapper av litt mellom slagene før han igjen begynner å grue seg og bli anspent på nytt til det neste som står på lista. T2 spør deretter hvordan det har gått her i gruppa i dag og gir B mulighet til å kommentere på sitt forhold til gruppen og terapeutene. B svarer at det har gått litt bedre, men at han merker han fortsatt er anspent. T2 kommenterer på det at det er lov å være anspent. B svarer at han tror nok han kommer til å være det ganske lenge og T1 runder deretter av med å si at de må gi seg.

Denne sekvensen er gruppesesjonens siste sekvens og tjener dermed også som en slags avrundning av gruppa. Selv om temaet som er oppe kan gjelde flere, så er det ingen invitasjon her til de andre deltakerne å si noe avslutningsvis om temaet før det rundes av.

4.0 DISKUSJON

Som det ble presisert i innledningen, så er det dette arbeidet sitt mål å undersøke hvordan MBT-G for pasienter med borderline lidelse fremstår i praksis i en rutinemessig klinisk setting. Særlig vekt og interesse har blitt lagt i å undersøke terapeutintervensjoner og deres innvirkning på pasientenes responser i lys av MBT-relevant teori. For å klargjøre bedre hva som eventuelt er definerende eller særegent med praktisk utførelse av MBT-G, så ble MBT-gruppen sammenlignet med et klinisk eksempel på mer tradisjonell psykodynamisk gruppepsykoterapi for tilsvarende pasientgruppe. Da undersøkelsesmetoden som er benyttet i denne oppgaven har potensiale til å produsere en utømmelig mengde informasjon, så har det vært et mål å skille ut funn med størst relevans for forskningsspørsmålene. Funnene nedenfor er derfor forsøkt prioritert og strukturert på bakgrunn av dette. Til slutt vil undersøkelsens begrensninger diskuteres.

4.1 Terapeutintervensjoner og pasientresponser

4.1.1 Intervensjonstetthet og fokus på mentale tilstander

En relativt høy intervensjonstetthet i MBT-gruppen (over dobbelt så mange som i PDG-gruppen) sammen med funnene fra vurderingsskala for MBT-G peker mot at det i MBT-gruppen

konsekvent ble betydelig mer fokusert på mentale tilstander. Det er altså funnet relativt mye høyere frekvens av det som teoretisk sett antas å være mentaliseringsfremmende intervensjoner (MBT-intervensjoner) i MBT-gruppen til sammenligning med PDG-gruppen.

En gjennomgående måte dette gjorde seg gjeldende på var *det konstante fokuset på følelser* i MBT-gruppen. I PDG-gruppen er fokuset på følelser mye mindre markert og fokuset er mer på klargjøring av tanker, hendelser og handling.

Siden affekt i seg selv ofte er uerkjente fysiologiske tilstander, så representerer det å snakke om følelser en måte å integrere disse kroppslige motivasjonelle hendelsene i bevisstheten og språket (Bateman & Fonagy, 2006). Når affektene erkjennes, så kan man forholde seg til de på mer konstruktive måter og evt. gi de adekvate uttrykk. Denne prosessen regnes i seg selv for å være impuls- og emosjonsregulerende, og er et utbredt behandlingsmål i borderline-behandling (Paris, 2010). I og med at følelser dessuten berører de grunnleggende handlingsmotiverende komponentene i oss (Gaulin & McBurney, 2003), så vil et markert fokus på følelser føre til at ens tenkning og forståelse også involverer våre intensjoner og reaksjoner der egne og andres følelser tas i betraktning. En slik kobling kan styrke evnen til å regulere følelser ved at de blir gitt kontekster, at menneskelig atferd blir tilskrevet intensjoner og mening, at “uskrevne regler” forstås bedre, og at en dypere forståelse av oss selv og andre formes (Allen, 2006, Skårderud & Sommerfeldt, 2008).

I MBT forsvarer fokuset på følelser videre med at det oftest er under aktivisering av affekt at mentaliseringsevnen svekkes, da gjerne gradvis (jo mer affekt, jo større svekkelse av mentaliseringsevnen) (Bateman & Fonagy, 2006). Det kan derfor argumenteres med at det særlig er under påvirkning av affekt at det er behov for å styrke mentaliseringsevnen, da disse pasienters mentaliseringssvikt og karakteristiske mønstre i affektaktivisering ofte henger sammen, dvs. for mye affekt gir psykisk ekvivalens og for lite affekt gir «pretend»-modus (Bateman & Fonagy, 2004). Affekt aktivert i terapi vil derfor også kunne påvirke mentaliseringsevnen og dermed åpne et vindu for hensiktsmessig mentaliseringstrening. For å optimalisere treningen, så vil imidlertid regulering av spenningsnivået (verken for mye eller for lite affekt) være viktig for å kunne integrere tanker med følelser (Karterud, 2012; Skårderud & Sommerfeldt, 2008). Slik aktiv spenningsregulering er utbredt i MBT-gruppen.

Bildet som tegner seg er altså at MBT-gruppen, i mye større grad enn PDG-gruppen, preges både av mer aktive terapeuter generelt, samt at deres intervensjoner til stadighet leder

deltakerne inn på å reflektere over de mentale tilstandene (særlig følelser) hos seg selv og hos andre. Dette kan sies å være hovedfunnet i denne undersøkelsen.

Årsakene til forskjeller i intervensjonstetthet kan selvfølgelig skyldes egenskaper ved terapeutenes personlighet (da gruppene hadde forskjellige terapeuter), men forskjellen synes også godt å sammenfalle med teoretiske forskjeller mellom metodene. Mens MBT-teori legger opp til en tett og nysgjerrig, utforskende terapeutholdning, med masse fokus på oppklarings spørsmål rundt mentale tilstander av typen «hva tenker/tenkte du om det at...» o.l. som har til hensikt å stimulere og trene opp eksplisitt mentalisering hos pasienten, så har ikke PDG-teori slik trening som målsetting, men er generelt mer fokusert mot at pasientenes defensive samhandlingsmønstre skal kunne få manifesteres ved hjelp av ikke-dirigert utforskning og deretter enten klargjøres (som i støtterettet terapi) eller tolkes/oversettes (som i mer ekspressiv gruppeterapi) med mål om å oppnå ny innsikt (Karterud, 2012; Lorentzen, 2014). I psykodynamisk gruppeterapiteori vil høy terapeutaktivitet dessuten kunne bli sett på som forstyrrelse av en «open-ended»-prosess, som bør få utfolde seg uten for mye inngripen eller forhåndsdefinerte mål (Foulkes, 1964).

Når det gjelder det at MBT-G sees som en treningsarena for mentalisering, så er det nærliggende å forstå den relativt høye aktiviteten av intervensjoner som en intervensjon i seg selv i lys av en mulig hypotese om MBT-G som en arena for «mengdetrening» i mentalisering, dvs. at den høye intervensjonstettheten øker frekvensen av mentaliseringserfaringene.

4.1.2 Sammenhenger mellom terapeutintervensjoner og pasientaktivitet

Kasusforskning slik som den foreliggende undersøkelsen, kan tilføre behandlingsforskningen detaljrik innsikt i forholdet mellom terapeutenes intervensjoner og pasientenes responser. I denne undersøkelsen blir dette forsøkt oppnådd gjennom å avdekke mønstre i dialogen som synes å fordre konstruktiv endring i pasientens perspektiver eller RF-nivå underveis i sekvensene. Trender eller variasjoner i utslag her, kan peke mot viktige hendelser i den forutgående og parallelle terapeutaktiviteten, som innebærer at visse typer intervensjoner kan fremme mentalisering mer enn andre intervensjoner (Bernbach, 2001; Josephs, Anderson, Bernard, Fatzer & Streich, 2003; Karlsson & Kermott, 2006). Slike funn kan danne hypoteser om mulige kausale årsakssammenhenger.

4.1.3 Økning i RF

I de to gruppene som er undersøkt her, så synes det å være først og fremst i MBT-gruppen at vi finner variasjon og trender av en viss styrke, der RF synes å øke betydelig underveis i sekvensene. Ofte er det hovedpersonen som øker sitt RF-nivå (2 av 3 tilfeller), men det gjelder også gruppa som helhet. I PDG-gruppen finner vi RF-utslag noe mer sporadisk og fluktueringene synes ikke i samme grad å være knyttet til terapeutaktiviteten, men heller mer som spontan pasientaktivitet, og dermed fremstår noe mer tilfeldig.

I og med at MBT representerer en form for trening i mentalisering, så er kanskje ikke det spesielt oppsiktsvekkende at vi ser denne forskjellen mellom gruppene. Likevel har det ikke tidligere blitt gjort undersøkelser som har studert akkurat dette innen gruppeterapi og et slikt funn vil derfor langt fra være trivielt, da det kan være med å støtte grunnleggende antagelser om virkningsmekanismer i MBT-G. Man kan selvfølgelig ikke generalisere slutninger fra kaseustudier, men motsatt sett ville et fravær av slike sammenhenger alternativt kunne reist tvil rundt MBT-intervensjonenes egnethet til å stimulere frem mentaliserende kapasiteter hos pasienter i gruppebehandling.

Oppsummert om RF-variasjon, så kan man si at i denne undersøkelsen var relevant å spørre om innslagene av relativ økning i RF i pasientenes responser vi ser i MBT-gruppen er tegn på eller kan si noe om terapeutene lykkes med sitt prosjekt om å trene pasientenes mentalisering. Teoretisk sett, så burde det jo være en slik sammenheng, men spørsmålet lar seg selvfølgelig ikke konkluderes i en slik utforskende studie. Motsatt kunne man imidlertid tenkt seg at lengre sekvenser uten tegn til økt RF, muligens kan være et tegn på at prosessen står litt fastlåst (eller at ting tar lengre tid). Uansett vil det være grunn til å tro at stillstand (dvs. ikke observerbar økning i RF i dialogen) kan sees som et signal til terapeutene til å muligens revurdere fremgangsmåten.

4.1.4 «Demand»-intervensjonenes rolle i å stimulere til økt RF

Dersom man ser nærmere på hvilke typer intervensjoner som ser ut til å stimulere økt RF-nivå i pasientenes eksplisitte mentalisering i den aktuelle undersøkelsen, så ser det ut til at intervensjoner som synes å ha et mer utfordrende preg, dvs. spørsmål med «demand»-karakter, i tråd med AAI, kan spille en sentral rolle her. Den sentrale egenskapen ved disse intervensjonene er at de i større grad synes å «kreve» et mentaliserende svar fra pasienten, i motsetning til mer

åpne («permit») spørsmål. Oppsummert kan det altså synes som om at dette «kravet» som en egenskap ved terapeutintervensjonene kan spille en viktig rolle i utviklingen i dialogenes refleksjonsnivå.

Det bør kanskje nevnes at det å legge «krav» i intervensjonene i borderline-behandling ikke klinger helt harmonisk, da man kanskje kan se for seg protester og splitting-tilstander som resultat (Paris, 2010). Imidlertid ligger det ikke nødvendigvis noe annet i det med «krav om mentaliserende svar» enn at pasienten bes om å svare litt mer avgrenset og fokusert enn med andre mer åpne spørsmål. Det er altså ikke snakk om at man f.eks. krever at pasientene skal snakke om noe de ikke vil snakke om. Det handler mer om hvordan svare.

Slike intervensjoner synes i MBT-gruppen dessuten ofte å forekomme etter perioder der samtalen har gått litt i stå, dvs. der gruppen ikke synes å komme videre eller går i sirkler, og ser ut til å løse opp i noe av det fastlåste. Det synes med andre ord som at det er noe med disse spørsmålene som evner å få diskursen til å utvikle seg videre. Muligens kan det være at «demand»-spørsmål har sterkere føringer og er tydeligere på å lede pasienten inn på et mer mentaliserende tankesett. Føringene kan muligens ligge i at spørsmålstillingen blir spisset og så spesifikk at det blir «umulig» å ikke svare på det det spørres om. Spørsmålenes konkrete fokus på mentale intensjonelle tilstander gjør det mer påfallende «feilaktig» å ikke forholde seg til mentale tilstander i svaret. Med «permit»-spørsmål er dette helt annerledes og pasienten som blir spurt om noe kan lettere svare på mer vanemessige måter uten involvering av mentale tilstander.

Et viktig aspekt ved tilfellene med «demand»-spørsmål i MBT-gruppen er at disse spørsmålene ikke nødvendigvis blir besvart tilfredsstillende med det første. Når dette skjer synes det å bli et slags tomrom som terapeutene, men også de andre gruppedeltakere, blir engasjert i å forsøke hjelpe pasienten med å fylle. Det kan virke som at gruppa som helhet ofte kan oppleve at noe mangler og bidrar da aktivt til å finne ut av det. For terapeutene kan man mer si at det handler om å holde fokuset på temaet, eller sagt på en annen måte, å holde pasienten på fokuset. Terapeutene kan også benytte avstikkere til andre deltakere for å komme videre ved å engasjere flere (et engasjement som også kommer flere til gode).

Etter hvert som dialogen utvikler seg, så synes det da å bygge seg opp en viss mengde utforskede og reflekterte perspektiver rundt temaet både fra terapeuter og medpasienter som etter hvert synes å utgjøre et økt potensial til å rokke ved fastlåst pre-mentalitetisk vanetenkning (primært pseudomentalisering eller annen mentalisering på lavt nivå i den foreliggende MBT-

gruppen). Ofte ender det da gjerne med at den aktuelle pasienten litt senere i sekvensen oppnår en utvidet og mer sofistisert mentalisering av situasjonen, hendelsen eller problemet. Poenget her er altså at endringskraften ikke nødvendigvis ligger alene i «demand»-spørsmålene sine utforming, men at de fungerer som startpunkter eller igangsettere for det som ser ut til å være viktige endringsprosesser. Gjennom «demand»-spørsmålene sin evne til å avdekke «problemet» (ved at pasienten avslører mentaliseringsutfordringer), så definerer de dessuten et område som bør få prioritet i behandlingen der og da.

Sekvensen til L i MBT-gruppen kan illustrere fenomenet, der T1 starter med å si spørrende til L at hun står på dagsordenen. Spørsmålet er som nevnt et «demand»-spørsmål, da det underforstått (pga. konteksten) «krever» at pasienten svarer mentaliserende, da hun er med i en MBT-gruppe der trening på mentalisering er forventet. Hun bes dermed direkte om å kjenne etter i seg selv om hun har noe hun trenger å jobbe med, dvs. om hun kan koble seg på egne intensjonelle mentale tilstander. Som vi ser av svarene og utvekslingen som følger, så har spørsmålet lagd en slags ramme for temaet, og legger et visst press på L til å svare innenfor en definert kontekst. Hun svarer imidlertid først svarer ikke-mentaliserende og unnlater å forholde seg til mentale tilstander i sitt svar, men blir i det følgende igjen og igjen ledet tilbake til dette utgangsspørsmålet, siden det da blir stående utilfredsstillende besvart. Terapeutene sørger med andre ord for at spørsmålet holdes hengende i lufta på tross av svaret hennes om at hun ikke har noe å ta opp. Muligens merker pasienten etter hvert selv at noe ikke stemmer, men er først likevel ikke i stand til å sette fingeren på det og begynner derfor å «lete» etter årsaker. Etter litt frem og tilbake uten at det har blitt noe klarere hva L gjør i gruppen, så kommer T1 på banen igjen og spør nesten retorisk om hva gruppen skal tenke om at hun ikke har noe å ta opp. Igjen er det snakk om et spørsmål med «demand»-karakter, da det «krever» et svar som angår mentale tilstander til både pasienten og gruppa. Intervensjonen er også en metakognitiv intervensjon (som definert ovenfor), noe som innebærer at den aktiverer (hos både pasient og gruppa) en mer spesifikk del mentaliseringsfunksjonen (Karterud, 2012). Denne spesifikke aktiveringen bidrar dermed til å behandle utgangstemaet for sekvensen fra en litt annen vinkel. Den bearbeidingen som kommer ut av dette kan da bli et ledd i oppbyggingen av et slikt endringspotensial som ble hypotetisert overfor. T1 velger dessuten selv å eksplisitt utbrodere forslagsvise mentaliserende svar på hva gruppen eventuelt kan tenke om det, men konkluderer ikke og lar det bli stående som et spørsmål til L for å oppklare. Pasienten må med andre ord bygge kapasitet selv, men det kan

tenkes at det blir lettere når en blir gitt så tydelige rammer. Etter denne intervensjonen synes det dessuten å fremkomme en viss endring i pasientens anstrengelse og det kan virke som om hun enten på grunn av opplevd press fra gruppen eller «press» fra en indre kognitiv dissonans, blir motivert til å forsøke «fylle gapet» mellom egne eller gruppens forventninger og sine egne svar så langt. Med andre ord, så har det oppstått et behov hos pasienten til å finne de «manglende brikkene» og mulighetene for at en slags konstruksjon av økt mentaliseringskapasitet blir igangsatt. Forsøkene på å «fylle gapet» ser imidlertid ikke ut til å være pseudomentalisering, som det kunne vært dersom denne «konstruksjonen» oppsto frakoblet f.eks. følelseslivet, da terapeutene syntes å være oppmerksomme på å avverge slike tilløp. Sekvensen til L fortsetter videre på samme måte og ender etter hvert opp med en dramatisk økning eksplisitt mentalisering av det opprinnelige temaet.

4.1.5 Utvikling av MBT: «demand»-karakter i MBT-intervensjoner

Som vi ser av den aktuelle undersøkelsen, kan det synes som at spørsmål med «demand»-karakter innehar en særlig evne til å lede dialogen inn mot mentaliserende diskurs. Dersom dette er tilfelle, dvs. dersom denne påstanden kan etterprøves, så vil det være hensiktsmessig å utforme intervensjoner der «krav» om mentaliserende svar blir tydelig og førende. Særlig kan dette være nyttig dersom dialogen synes å stå stille eller gå i sirkler. Man kunne kanskje i utgangspunktet anta at alle MBT-intervensjoner har et visst «demand»-preg over seg, men at graden vil nok variere mye. Muligens vil f.eks. intervensjoner som utfordrer uberettigede oppfatninger, håndterer pseudomentalisering eller har fokus på følelser ofte vil innta «demand»-karakter, men det er usikkert om potensialet er tatt helt ut da dette ikke er problematisert i litteraturen. Det vil derfor kunne være et spennende felt for videre forskning og undersøke effekten av «demand»-spørsmål mer grundig.

Imidlertid er det (som nevnt over) ikke helt avklart hva «demand»-spørsmål kan representere utenfor AAI, noe som vil være ønskelig med tanke på operasjonalisering av RF i ustrukturert materiale. Det er sagt at «demand»-spørsmål krever et mentaliserende svar, og det vil derfor være nærliggende å se på hva som er kjernen i det. På mange måter kan det sies å omhandle intensjon, da det å forstå egne og andres intensjoner er en forutsetning for å forstå egne og andres handlinger. Intensjoner vil imidlertid ikke være nok alene, da forståelse av de mentale tilstandene som ligger til grunn for intensjonene er nødvendig for å skape mening. Sagt

på en annen måte, så synes denne koblingen kunne være sentral i en mulig operasjonalisering av RF til bruk i ustrukturert materiale, og «demand»-spørsmål vil da kunne forstås som spørsmål som ber pasienten å reflektere over egne og andres intensjoner, forklart ut fra mentale tilstander. Et «demand»-spørsmål blir da et spørsmål som «krever» at man utvikler en dypere forståelse enn man kanskje i utgangspunktet hadde. Slik sett kan det derfor ta tid før «demand»-spørsmålet blir besvart, men at det i stedet setter i gang en prosess i gruppen som sammen arbeider mot en mer helhetlig forståelse. «Demand»-spørsmål kan dermed muligens da sees som spørsmål som man potensielt kan endre seg på eller vokse på. «Demand»-spørsmål krever derfor også at terapeutene følger opp og holder gruppen på sporet frem til et høyere mentaliseringsnivå er oppnådd.

Et annet område for videre utforskning kunne dessuten være å undersøke om spørsmål av «demand»-karakter også i ustrukturert materiale slik som terapi, kan ha spesielt gode forutsetninger for å avdekke sårbare områder for mentaliseringssvikt raskere og med større klarhet, slik det har i AAI (Fonagy et al., 1996). I så fall ville igjen en bevisst bruk av slike intervensjoner potensielt være særlig egnet til å lede fokuset mot «sakens kjerne» og raskere kunne etablere en hensiktsmessig behandlingsposisjon for å bygge opp mentaliseringskapasitet hos pasienten, da problemområder effektivt blir identifisert. Når slik svikt avdekkes, så vil det videre være et signal terapeutene om å holde fokuset, samtidig som det innføres eventuelle spenningsregulerende tiltak. Deretter forsøker man enten direkte som terapeut eller ved hjelp av gruppa å forsøke hjelpe pasienten til å utvide sin refleksive funksjon innenfor det aktuelle temaet som behandles (Bateman & Fonagy, 2004). Slike fortløpende analyser kan gi signaler om hvilke intervensjoner som driver mentaliseringsnivået fremover og slik sett kunne gi meningsfull feedback til terapeuter og den kliniske praksisen slik at man kan forsterke det som ser ut til å drive denne prosessen.

4.1.6 Støtte til krevende («effortful») mentalisering

Generelt ligger utgangsnivået for RF generelt svært lavt (ikke-mentaliserende) når pasientene starter ut med sin problemstilling, da de ofte ikke forholder seg på et mentaliserende nivå i dialogen. Ofte refereres det mer til hendelser og handlinger, enn f.eks. til følelser og intensjoner. Dette er dessuten relativt likt for begge gruppene. Som vi har sett, så øker RF-nivået etter hvert i begge gruppene noe, men at det synes å være tydelig at det ikke er automatikk i

mentaliserende diskurser, noe som peker mot et stort behov for at terapeutene tar ansvar og styrer prosessen mot spesifikke samtaleformer med fokus på mentalisering.

Dersom man ser det generelt lave utgangsnivået i mentalisering i MBT-gruppen i lys av pasientene i MBT-gruppen også går i MBT-individualterapi og har blitt drillet i mentaliseringsteori gjennom et psykoedukasjonelt forkurs (MBT-P) med eksplisitt fokus på utvikling av egen evne til mentalisering, samt at det sannsynligvis gjentatte ganger har vært eksplisitt forklart at behandlingen består i å trene på mentalisering, så tegner det seg et bilde av at spontan mentalisering sitter relativt langt inne for denne gruppen pasienter. Grunnen til dette er sannsynligvis at (ekspisitt og implisitt) mentalisering krever mentale ressurser å gjennomføre og skyves lett til side av mer vanemessig prementalistisk og automatisk tenkning hos pasienter med BPF (Bateman & Fonagy, 2004). Generelt gjelder kanskje det at jo høyere nivå av mentalisering, jo mer mentale ressurser kreves av personen. Lav RF-funksjon er derfor ofte uttrykk for automatisert tankegang og finner sted enten på grunn av manglende motivasjon eller fordi systemet er overbelastet, f.eks. av for mye aktivert affekt. Motsatt vil «mentalisering» ved for lite aktivering av affekt (f.eks. ved «pretend»-modus) være til liten nytte da den ikke settes i kontakt med vanskelige følelser, som pasienten har behov for å kunne regulere (Bateman & Fonagy, 2004).

Analysen av L sin sekvens synes å kaste lys over det at eksplisitt mentalisering krever en viss anstrengelse («effort») og at det kan være krevende for pasientene å initiere og/eller holde en mentaliserende refleksjon gående over tid (Bateman & Fonagy, 2006). Takket være at terapeutene evner å holde fokuset på mentale tilstander eller å holde pasienten på «sporet», så ser det ut til at det ikke «glipper» for L og at hun til etter hvert ender opp på et høyere mentaliseringsnivå i første omgang gjennom bl.a. å formulere en rasjonale for sin tilstedeværelse i gruppen ved å henvise til at hun trenger å jobbe med å si i fra om ting, f.eks. når hun blir irritert. Her kunne det dessuten være fristende å spekulere om problemstillingen delvis allerede hadde manifestert seg (iscenesatt) før hun selv formulerte det verbalt, ved at hun i utgangspunktet svarte unnvikende og passivt («jeg aner ikke hva jeg skal snakke om»). På mange måter er det akkurat det samme som «å ikke si fra om ting». Imidlertid så blir ikke dette adressert av MBT-terapeutene med konfrontasjon eller tolkning, slik man kanskje kunne sett i en PDG-gruppe. Fremgangsmåten i MBT-gruppen synes heller å være gjennomgående klar på å bygge opp pasientens egen kapasitet til å reflektere rundt det som skjer selv, altså at man aktivt unngår

situasjoner der pasienten må forholde seg til «ekspert»-observasjoner utenfra. Dette gjøres bl.a. for å unngå at pasienten tilsidesetter sine egne erfaringer til fordel for perspektiver utenfra, eller for å unngå at pasienten opplever det som kritikk og dermed kan trigge opposisjon og emosjonell ubalanse.

En tilnærming terapeutene i MBT-gruppen benytter for å motvirke tendensen til vanemessig/automatisk ikke-mentaliserende diskurs (som er mindre anstrengende) ser ut til å være bruk av teknikker med visse føringer. I sekvensen til L ser vi dette bl.a. ved hjelp av «demand»-spørsmål som snevrer inn rammen for svaralternativene, men også ved å regulere spenningsnivået opp, som f.eks. når T1 foreslår at L muligens skulle slutte tidligere siden hun ikke hadde noe å ta opp. Føringene ble her lagt på L i en situasjon der hun tilsynelatende svarte relativt frakoblet og uengasjert, altså en posisjon som i liten grad er egnet til mentalisering, da det er lite kontakt med følelser og motivasjoner (evt. bortsett fra motivasjon for unnvikelse). En slik justering av spenningsnivå vil ofte være nødvendig for å unngå pseudomentalisering, som av og til på gatespråket kan kalles «bullshit».

Et annet aspekt som også legger sterke føringer på pasienten er selve intervensjonshyppigheten, som ved sin stadig veiledning av pasienten i retning av en mer mentaliserende fungering kan forstås som forsøk på å holde pasienten mest mulig i et optimalt vindu for læring. Når pasienten først blir holdt i dette vinduet, så oppstår det samtidig muligheter for «mengdetrening» (se ovenfor) innenfor et område som den aktuelle pasienten kan ha vanskelig for å initiere eller vedholde på egen hånd.

Selv om det i MBT-gruppen er tegn på at også gruppas mentaliseringsnivå generelt øker i utviklingen av sekvensene, så kan det muligens tenkes at uten terapeutenes hyppige inngripen, så ville gruppen muligens raskere og oftere beveget seg over i en mer pseudomentaliserende diskurs eller eventuelt mer kaotisk (psykisk ekvivalens) retning.

For videre forskning kunne det i denne sammenhengen ha vært svært interessant og sammenlignet BPF-pasienter med pasienter med andre lidelser enn BPF, som ikke antas å lide av mentaliseringsvansker i samme grad, for å se om de ville hatt like stort behov for terapeuters stadige fasilitering av et mentaliserende fokus eller om de muligens som gruppe ville kunne stått mer for mentaliseringsarbeidet selv, dvs. vært mer selvgående.

Tatt i betraktning det generelt lave utgangsnivået i mentalisering vi finner selv i MBT-gruppen, så peker det med andre ord mot at hyppig mentaliseringsfokuserende og

spenningsregulerende (til optimalt nivå) terapeutaktivitet vil være særdeles viktig å betone på tross av at pasientene allerede har fått en grundig innføring i hva effektivt mentaliseringstrening innebærer. Om det lave utgangsnivået i den aktuelle gruppen som er undersøkt, skyldes manglende evne eller motivasjon vites ikke, men det kan hypotetiseres at behovet for høy terapeutaktivitet muligens ville vært enda høyere om ikke pasientene hadde hatt et slikt forkurs.

I og med at pasientene i MBT-gruppen ved starten på sine sekvenser til dels nesten synes å ha «glemt» eller ikke greier å se muligheten for en mentaliserende innfallsvinkel til sine temaer, så kunne det kanskje argumenteres for at, på tross av tidligere grundig psykoedukasjon, så kan det være nødvendig å på nytt tydelig gjenta i hver gruppesesjon hensikten med gruppen og hva man skal trene på der. Altså å gjennomføre en slags kortfattet repetisjon fra MBT-P for å lede deltakerne inn på rett «mindset» allerede før gruppen starter. Imidlertid må dette behovet sees opp mot muligheten for at en slik repetisjon kan gi gruppesesjonen et for stort preg av å være undervisning (med de medfølgende problemer om å forholde seg til autoritetspersoner/eksperter etc.) som raskt kan fremprovosere og aktivere motstand og konflikt, som paradoksalt fører til prementalistiske funksjonsmåter og vil derfor være kontraproduktive. Alternativt kan det medføre større innslag av tilpasning («compliance») og øke innslaget av intetsigende pseudomentaliserende diskurser. Likevel synes det å være et viktig og berettiget å stille spørsmålet om hvorfor pasientene på tross av et større antall forskjellige MBT-møter fortsatt ikke er i stand til å på en mer selv-dreven måte arbeide aktivt med å utvikle/øve opp sin kompetanse og ferdighet innen mentalisering. Det at selv i en gruppe med eksemplarisk MBT-G-«adherence» (se resultater), så starter uten unntak alle deltakerne sine sekvenser på et ikke-mentaliserende nivå, og bruker enten lang tid før de kommer seg over på et mer mentaliserende spor eller ikke kommer dit i hele tatt, peker mot et behov for å vurdere gjøre noen grep her. Inntrykket balanseres imidlertid noe av at RF-nivået i gruppen (MBT-gruppen) som helhet imidlertid ser ut til øke utover i sesjonen og av og til til og med ligger foran personen som er i fokus (jmf. S sin sekvens i MBT-gruppen).

Til sammenligning så finner vi ikke i PDG-gruppen terapeutaktivitet som er definert av stadige intervensjoner med hensikt til å lede gruppen mot en mentaliseringsfremmende dialog og PDG-gruppen synes dermed å utspille en helt annen dynamikk og gruppeprosess. Man kan muligens si at i PDG-gruppen er prosessen mer å la gruppen utfolde seg spontant (da det er mindre inngripen), dvs. la de spontane uttrykk av temaer og interaksjonsmønstre, som i

utgangspunktet er av ubevisst karakter, gjøre seg gjeldende og synlig, for deretter å gjøre de til gjenstand for klarifikasjon og tolkning (Lorentzen, 2014). Altså er det mer snakk om å forstå som en undersøkelse eller avdekking av ubevisste mønstre, heller enn som trening. *Det blir dermed to helt forskjellige terapiprosesser.* Dette funnet synes å representere en viktig avklaring i forskjellene mellom de to metodene.

4.1.7 Terapeutaktivitet og RF i PDG-gruppen

Som vi har sett, så var det størst økning i RF i MBT-gruppen. Til sammenligning ser vi en mer sporadisk variasjon i PDG-gruppen hos noen av deltakerne. Denne variasjonen synes dessuten å være mer spontan, f.eks. gjerne gjennom pasienter som henvender seg til hverandre og er interessert i mentale tilstander, og er derfor ikke like mye knyttet opp mot terapeutaktiviteten slik vi så i MBT-gruppen. Selv om det også i PDG-gruppen benyttes intervensjoner som ligger i MBT skalaen, dvs. er antatt å være potensielt mentaliseringsfremmende, så synes det ikke som at bruken av disse inngår som en strategi for å lede pasienten inn i en mentaliserende diskurs, da de kommer for sporadisk og *fokuset på mentale tilstander følges heller ikke nevneverdig opp videre i dialogen.* Med andre ord så ser vi at intervensjoner som setter fokus på mentale tilstander ikke følges opp videre, stopper opp eller lukkes for fort. Muligens er heller ikke verken tettheten av mentaliseringsfremmende intervensjoner (intervensjoner som brukes i MBT) eller kanskje til og med intervensjonstettheten i seg selv, høy nok til å aktivt lede pasientene inn på lengre strekk med mentaliserende diskurser, da (som nevnt tidligere) en slik diskurs krever en god del anstrengelse og motivasjon, samt ytre strukturering for å oppnå. Et eksempel på hvordan den mentaliserende diskursen stopper opp og ikke fasiliteres videre av terapeutene er f.eks. da C spontant mentaliserer og spør F hva som lå i reaksjonen hun ga etter å ha fått et kompliment. I stedet for å komme til bunns i å forstå de bakenforliggende mentale tilstander som førte til hennes reaksjon, så ender det i stedet opp til å bli en mer generell utforskning av det å ta imot komplimenter, bl.a. ved at F kun kort henviser til at hun har et anstrengt forhold til kroppen sin uten at det går noe nærmere inn på det.

Det var dessuten få av intervensjonene i PDG-gruppen som ble identifisert av vurderingsskala for MBT-G som syntes å være tilstrekkelig utfordrende til å kunne regnes for å «kreve» mentaliserende svar («demand»-karakter). Dette er selvfølgelig ikke overraskende for og heller ikke kritikkverdig av PDG-gruppen, men skyldes mer sannsynlig at selv de

intervensjonene som tilsynelatende har samme fokus som det man har i MBT-G, i stedet kun ligner på hverandre i overflaten eller bare tilfeldigvis overlapper hverandre, heller enn at de er del av sammenfallende terapeutiske mål. Det er med andre ord mer sannsynlig at den overlappen vi ser i intervensjonene mellom gruppene i stedet skyldes at metodene i praksis kun ligner på overflaten, og at mangelen på oppfølging i fokus på mentale tilstander i stedet bekrefter at det er snakk om *forskjellige terapeutiske prosesser med forskjellige formål i sving*. Det kan derfor synes her som at denne undersøkelsen dermed kan påpeke og understøtte at viktige teoretiske forskjeller mellom MBT-G og PDG også finner sted i praksis.

4.1.8 Om klargjøring vs. nysgjerrig, utforskende og ikke-vitende holdning

Årsaken til at visse PDG-intervensjoner ligner de man finner i MBT-G skyldes sannsynligvis at man for pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser (f.eks. BPF) ofte har tilpasset den psykodynamisk gruppeterapimetoden mot en mer støttende («supportive») retning, der målet er å hjelpe pasienten å forstå hvordan visse automatiske (ubevisste) måter å fungere på skader hans/hennes interesser. Slik terapi består ofte av hyppige innslag av intervensjoner som klargjøring og konfrontasjon (Kernberg, 1984), i motsetning til tolkninger, som regnes som mer utfordrende intervensjoner. Dette er teknikker med mål om å oppmuntre pasienten til å stille spørsmål til eller finne løsninger på sine problemer, som han/henne ikke tidligere har vurdert.

I følge Kernberg (1984) innebærer klargjøring å utforske sammen med pasienten, implikasjonene av pasientens utsagn og stille spørsmål ved det som fremstår selvmotsigende, uklart eller fragmentert. klargjøring er et forsøk på å bringe frem supplerende fakta, samtidig som man gjør det innlysende hvilke spørsmål som ligger implisitt, men ikke forklart, i den informasjonen pasienten gir. Begrensningene i pasientens forståelse av det aktuelle problemet blir dermed gjort mer tydelig, bl.a. fordi fremgangsmåten primært innebærer å stille spørsmål i motsetning til bare å påpeke noe (om i en tolkning).

Konfrontering innebærer ikke, på tross av ordets bibetydninger, å aggressivt tvinge ubehagelige fakta ned halsen på pasienten. I stedet innebærer det å peke på at visse aspekter av hva pasienten har sagt fremstår kontradiktoriske eller forvirrende på den som lytter og derfor begrenser lytterens forståelse. Det terapeuten stiller spørsmålsteget ved er aspekter som pasienten tilsynelatende til nå har akseptert som naturlig, men som for terapeuten fremstår som tegn på defensiv unngåelse av å «tenke gjennom ting» som resulterer i en svekket bevissthet om

virkeligheten. Pasientens oppmerksomhet blir bragt til denne inkongruensen ved hans tenkning og bedt om å vurdere i sammenheng materiale som tidligere ble behandlet separert i sinnet. Den defensive ikke-tenkningen har gitt pasienten en viss lette fra den angst som kan oppstå i kraft av implikasjonene til unngåtte temaet, men kun på bekostning av å innsnevre pasientens bevissthet om realitetene og hans evne til å tenke ut eller se løsninger på problemene.

I motsetning til eller i komplementær rolle til disse støttepregede intervensjonene, har vi tolkning, som for det meste benyttes i mer ekspressiv eller utfordrende psykoanalytisk terapi. Denne intervensjonen benyttes som forsøk på å avdekke pasientens ubevisste motivasjon for tanker, følelser eller atferd som plager pasienten. Mens konfrontasjon kan avdekke den selvdestruktive natur i pasientens atferd, så vil man med tolkning forsøke å forklare atferden ut ifra hva gevinsten for pasienten er på kort sikt, som da vanligvis vil innebære redusert angst i forbindelse med en ubevisst konflikt.

Klargjøring og konfrontering handler altså grovt sett om å hjelpe pasienten til å forstå hvordan visse automatiske/vanemessige måter å fungere på kan undergrave hans interesser (Steinberg, 1989). Teknikken, som har til hensikt å klargjøre hendelsesforløp, gjør det da ofte mulig å tenke nytt rundt hendelser. Særlig er dette nyttig og nødvendig med pasienter med personlighetsforstyrrelser, da disse ofte har svekkede evner til å kommunisere bl.a. pga. rigid, forsvarspreget tenkning eller, slik som med BPF, mangel på psykisk struktur (konsolidering av selvet og indre objekter).

Disse intervensjonene tenkes altså å kunne støtte pasientens optimale ego-fungering og fostrer pasientens evne til å oppfatte/tolke, huske, tenke, vurdere, bestemme seg og deretter handle hensiktsmessig i møte med et problem i det virkelige liv. Gjennom denne tilnærmingen tenker man seg videre at interaksjonen mellom terapeut og pasient vil kunne internalisere terapeutens holdning (fremfor det verbale innholdet i intervensjonene) om å «tenke først og handle etterpå» i pasienten som holdninger til seg selv og verden. Noen mener at denne internaliseringen er blant de mest virkningsfulle endringsfaktorene psykoterapi, da særlig støttepregede varianter (Steinberg, 1989).

Som vi har sett inneholder den aktuelle PDG-gruppen i denne undersøkelsen en rekke eksempler på disse teknikkene i bruk, f.eks. «hva var det som skjedde da?» eller «følte du at du hadde utsatt henne for noe eller at du hadde gjort noe galt?». Måten disse teknikkene benyttes på kan sies å ha visse likheter med det som i MBT-G kalles intervensjoner basert på en utforskende,

nysgjerrig og ikke-vitende holdning. Imidlertid er slike intervensjoner mer rettet mot å fremme nysgjerrighet og utforsking av pasientenes egne og andres mentale tilstander, enn å oppnå klarhet, og derfor blir disse intervensjonene likevel noe forskjellig. Forskjellen ligger særlig i at klargjøring innebærer mer spesifikke spørsmål i motsetning til de mer åpne utforskende, nysgjerrige intervensjonene fra MBT-G (ledd 11). Intervensjonene i vurderingsskala for MBT-G dekker imidlertid ikke alle tilgjengelige MBT-intervensjoner på grunn av begrensingene slike vurderingsskalaer er underlagt (maksimalt 20 ledd for å sikre reliabilitet for ratere) (Karterud, 2012). I MBT-I finnes det imidlertid et ledd (ledd 16) som kalles «sjekke egen forståelse og korrigere misforståelser. Dette leddet dreier seg om at terapeutene sjekker ut sin egen forståelse av pasientens sinnstilstand og vurderer hvorvidt denne korresponderer med pasientens, og deretter lar sin egen forståelse påvirkes av dette og innrømmer åpent egne misforståelser når dette forekommer. Dette leddet benyttes også av MBT-terapeuter i MBT-G (selv om det ikke inkluderes i vurderingsskala for MBT-G) og det finnes flere eksempler på det fra den foreliggende MBT-gruppen. Leddet sammenfaller i stor grad med intervensjonen klargjøring.

Et fellestrekk når det gjelder klargjøring og ledd 16 i MBT-I er at de i stor grad baserer seg på det å stille spørsmål og klargjøre, i motsetning til det å formidle tolkninger. Dette ser ut til å føre til, både i PDG-gruppen og MBT-gruppen, at terapeutene unngår å innta en ekspert-rolle (slik det fort kan bli med tolkninger). I stedet holder terapeuten holder oppe motsetninger eller uklarheter i pasientens fortelling på en mer tentativ måte. Dessuten, heller enn å gi ham/hun de manglende brikkene, så lar terapeuten pasienten selv gjøre arbeidet med å sette brikkene sammen. I både MBT-G og støttepreget psykodynamisk terapi ser man det som spesielt nyttig at det er pasienten selv som gjør dette, da man tenker seg at det vil bygge opp kapasitet i pasienten som kan bidra til pasientens selvstendige evne til refleksjon (i motsetning til å bli avhengig av terapeutens «ekspertkunnskap»).

Likheten mellom PDG og MBT synes her så langt altså å fremstå som ganske stor, da begge intervensjonene er utformet for å la pasienten gjøre «arbeidet» selv. Imidlertid er det en viktig forskjell og det er at i MBT, så er fokuset gjennomgående på mentale tilstander (bl.a. følelser), og den kapasitet som bygges i pasienten er altså evnen til å reflektere rundt mentale tilstander hos seg selv og andre. Fra de aktuelle gruppene som er undersøkt her, så fremkommer dette som en klar forskjell mellom gruppene. Dette ser vi f.eks. ved at fokuset i PDG-gruppen ligger i å få klarhet i hendelser, livssituasjoner, handlingsdilemmaer, etc., mens fokuset i MBT-

gruppen i stedet så å si konstant ligger på mentale tilstander hos en selv og andre. Dette gir seg f.eks. utslag i at MBT-gruppen i stor grad synes å være fokusert på følelser i motsetning til i PDG-gruppen der følelser mer sporadisk blir behandlet.

Om man ut fra dette kan forvente at fokuset for enhver MBT-gruppe generelt vil ligge på følelser vil nok imidlertid avhenge noe av det aktuelle behovet. I den undersøkte MBT-gruppen kan fokuset muligens tilskrives at den variant mentaliseringssvikt gruppen primært var preget av falt under «pretend»-modus (i motsetning til f.eks. psykisk ekvivalens), noe som kanskje delvis kan tilskrives det faktum at gruppen besto av relativt erfarne gruppemedlemmer der flere muligens begynte nærme seg avrunding av behandlingen. I en gruppe med dårligere pasienter ville vi kanskje ha sett større innslag av psykisk ekvivalens (som innebærer aktivering av sterke affekter), og intervensjonsfokuset ville der muligens i større grad handlet om å styrke evnen til mer «nedkjølt» refleksjon og alternativ perspektivtagning, f.eks. gjennom å utfordre forestillingene som ligger til grunn for at det f.eks. «går i svart».

I mer tradisjonell psykoanalytisk litteratur, så er det å stille spørsmål ansett som mindre viktig og underordnet det å presentere tolkninger. I MBT tenker man seg imidlertid at det å stille spørsmål stimulerer pasientenes egen mentaliserende kapasitet, mens fokuset i PDG også tenker seg at tolkninger kan gi pasienten ny innsikt. I den aktuelle PDG-gruppen så finnes det få eksempler på presentasjon av tolkninger, men det er visse tilløp i f.eks. T2 sin tolkning av at tigeransiktet på gensenen til A synes å representere en indre kraft. Slike intervensjoner finnes ikke i MBT-gruppen, da tilnærmingen der kanskje heller ville vært å eventuelt undre seg uten å «slå fast» noe, om det kan være at tigreren representerer noe. En forskjell mellom gruppene ligger altså i at man i MBT-G kan behandle områder som tradisjonelt sett har blitt gjort til gjenstand for tolkning. Et slikt eksempel er f.eks. arbeid med overføring. I tradisjonell PDG blir dette ofte gjenstand for tolkning, mens man i MBT-G heller velger mentalisering av overføringen. I den aktuelle MBT-gruppen finnes eksempler på akkurat dette når P legger ut om hvordan hun oppfatter T1 sine øyne.

4.1.9 Utvikling av MBT: RF-vurderinger innenfor rammene av ustrukturert MBT-samtaleterapi.

En sentral del av det å være MBT-terapeut er å stadig vurdere pasientenes fortløpende mentaliseringsnivå, for å kunne tilpasse intervensjonene deretter. Ofte handler dette om å håndtere pseudomentalisering eller skape orden i mer kaotiske (psykisk ekvivalens) utveklinger. En annen fordel med å fastsette mentaliseringsnivået fortløpende der og da er at man muligens kan registrere eventuelle endringer i mentaliseringsnivået (opp eller ned) og dermed merke seg hva som fordrer denne endringen. På bakgrunn av dette kan da eventuelt forsøke å øke eller forsterke innslaget av de intervensjonene som synes å fremme positive endringer (eller evt. endre strategi dersom det går i negativ retning).

På en måte er dette med å tilpasse intervensjonene etter hvor pasienten befinner seg en selvfølge i terapeutarbeid. Terapeuten må f.eks. kunne gjenkjenne tilfeller av psykisk ekvivalens eller pseudomentalisering for å vite når det er betimelig å bruke intervensjoner som kan håndtere dette på en ok måte både for pasienten og gruppen som helhet. Terapeutens evne til treffsikkerhet her, både når det gjelder å lese pasienten adekvat og når det gjelder valg av intervensjon, vil være av stor betydning, og behovet for en nyansert og «finmasket» forståelse av de ulike nivåene i evnen vil være et gode. Antageligvis vil ulike faktorer som teoretisk kunnskap, erfaring og veiledning øke treffsikkerheten hos terapeuten.

Imidlertid, så finnes det (som nevnt) strengt tatt ingen spesifikt utviklet metode for å systematisk fastsette mentaliseringsnivået hos pasientene ut fra ustrukturerte terapeutiske dialoger, da RF-manualen egentlig er beregnet på AAI, selv om skalaen brukes veiledende også i terapi (Fonagy et al., 1996; Karterud, 2012). Det har likevel vært noen tilfeller på å forsøke utvide området ved å skåre RF på terapitranskripter (Levy et al., 2006), men har da vært mer som en helhetsvurdering av et dialogisk forløp, evt. delt inn i fire deler som skåres hver for seg (Bernbach, 2001).

For slik fortløpende skåring av RF som er benyttet i den foreliggende undersøkelsen, så er det derfor nødvendig å legge mindre vekt på RF-skårenes absolutte verdier som reelle mål på pasientens faktiske evne/potensial for å mentalisere (i tråd med AAI). Skåringene må muligens i stedet brukes som et mål på nivået pasienten til enhver tid demonstrerer eksplisitt, på tross av at pasientens globale mål i følge AAI kan være større eller mindre. Denne fremgangsmåten gir mulighet for å kartlegge svingninger i RF og dermed en mulighet for å undersøke hva som

fordrer disse svingningene. Å tallfeste pasientutsagn i tråd med en skåringsmanual kan også tenkes vil åpne for en mer objektiv måte å «lese» pasienten på, noe som kan ha stor betydning for videre forskning og utvikling av metoden (f.eks. å forbedre intervensjonenes effektivitet).

Slik anvendelse av RF-skalaen vil imidlertid skape en viss forvirring og uklarhet rundt hva RF egentlig står for og hva man da egentlig måler. RF i AAI er relatert til informasjon om pasientens indre arbeidsmodeller (Fonagy et al., 1996) og forstås der som et overordnet globalt mål på tilknytningskvalitet, noe som er et paradoks slik det er brukt her (som et mål på kvaliteter her og nå). Behovet for en utvidet operasjonalisering av RF som også kan gjøre begrepet egnet for skåring på ustrukturert materiale er derfor ønsket. Dessverre har imidlertid RF-forskning stått relativt stille på dette området.

Skåringer av RF slik det er gjort i denne undersøkelsen har derfor primært hatt en pragmatisk funksjon, og selv om her ikke helt vet hva man måler når man skårer RF fra terapiutskrifter, så kan det likevel antas å være beslektet med RF i AAI.

På bakgrunn av dette vil det f.eks. være uklart hva de observerte svingningene i RF betyr, hvis man tar RF i AAI i betraktning. Muligens kan det være flere ting. Fordi mentaliseringsevnen er bl.a. avhengig av konteksten eller temaet (tenderer å svekkes i relasjon til konfliktfylte tilknytningsrelasjoner), så kan pasienten i visse sammenhenger ha relativt klare og dyptgående refleksjoner rundt andres og egne mentale tilstander, men i andre (f.eks. i tilknytningsrelaterte) kontekster, så kan evnen kollapse helt. Pasientens vansker med mentalisering kan altså høre sammen med spesifikke emosjonelt problematiske områder i livet, men observert svak mentalisering kan vel så ofte henge sammen med vanetenkning eller lite overskudd og ikke vansker per se. Årsaker til endring i RF under forløpet av en terapisekvens kan (som nevnt tidligere) skyldes at sensitive affektive områder berøres i varierende grad. Imidlertid er det muligens mer sannsynlig at mentaliseringen også varierer i takt med terapeutenes og gruppas evne til å bearbeide temaet eller hjelpe å holde personen på sporet lenge nok til å oppnå endring. Slike intervensjoner benyttes ikke i AAI og noen utvikling av RF underveis i AAI er ikke vanlig.

Uansett hvilket mentaliseringsnivå pasienten befinner seg på, så vil det i MBT alltid være et poeng å forsøke fasilitere dialogen i retning av dypere og bredere refleksjon rundt mentale tilstander. Slikt sett kan man altså se på årsaken å være av mindre betydning, da tilnærmingen blir den samme uansett årsak. Forhåpentligvis så vil disse erfaringene med å stadig innta en mer mentaliserende holdning komme særlig områdene med reelle mentaliseringsvansker til gode.

Nytteverdien av å bruke et slikt systematisk verktøy synes med andre ord derfor å være stor og det kan argumenteres for å videreutvikle RF-skåringsverktøyet slik at det blir bedre tilpasset slik bruk, da man kan anta at metodens effektivitet vil avhenge av dens evne til å «treffsikkert» arbeide innenfor pasientens optimale utviklingsrom. Et slikt verktøy vil også kunne være svært nyttig i forskning.

4.1.10 Horisontal utvidelse av mentaliseringsevnen i MBT-G

Etter å ha brukt mye tid på hvordan lese pasientenes verbale utsagn som mål på RF, så vil det imidlertid kunne være av betydning å være oppmerksom på at utvikling av mentaliseringsevne ikke kun er en «språklig» prosess, men kan også være en intrapsykisk og en interpersonlig utviklingsprosess. I følge Siegel (2007), så kan manglende integrering mellom ulike spesialiserte områder i hjernen være årsak til rigide og/eller kaotiske opplevelser av en selv og andre, og dermed forklare ulike mentale lidelser, slik som BPF. Ved slike tilfeller, så sees arbeid med å bedre integrasjonen mellom de ulike komponentene som er involvert, som selve kjerneprosessen på veien mot bedring. Utvikling i mentaliseringskapasitet kan sees på som en slik prosess som bedrer integrasjonen mellom ulike spesialiserte systemer, som f.eks. linken mellom tanker og følelser eller linken mellom selv-identitet/autonomi og tilhørighet/empati.

Det vil altså ikke bare være «innholdet» i pasientutsagnene per se (identifisering av RF-nivå), som er av betydning for mentaliseringsevnen. Det vil også være viktig å forsøke forholde seg potensielle utviklingsstier mentalisering kan ta. F.eks. vil det være et mål i MBT å bevege seg fra implisitt modus til eksplisitt modus, da det gjerne er først når mentaliseringen eller evt. mentaliseringssvikten blir eksplisitt at den kan stilles spørsmål til eller hjelpes videre (Bateman & Fonagy, 2006). Dette kan på mange måter sies å være en vertikal utvidelse av mentaliseringen (Johnsen, 2013). Med dette menes utviklingen fra den grunnleggende somatiske eller motoriske representasjonen av f.eks. angst, som er implisitt (utløst i amygdala). Å f.eks. klare å sette ord på angsten og uttrykke den i en sammenhengende tanke vil deretter innebære en representasjon som er gått til å bli eksplisitt (bearbeidet og lagret i hippocampus). Å bevisst linke disse to nivående sammen vil være en vertikal mentalisering (evt. intrapersonlig integrasjon), som aktivt vil foregå i prefrontal cortex (krever anstrengelse) (Siegel, 2007). Å utvide mentaliseringsevnen vertikalt vil altså si å gå fra en somatisk/ motorisk representasjon via en bevisst emosjonelt ladet

representasjon (hippocampus) til en verbal artikulert representasjon i prefrontal korteks, som en verbalisert tanke.

En annen retning å utvide mentaliseringskapasiteten på er horisontal utvidelse, dvs. evnen til å dele (interpersonlig integrasjon) (Johnsen, 2013). Horisontal mentalisering kan finne sted når implisitt informasjon er blitt eksplisitt og kommuniseres med andre skjer, en prosess som særlig vil være relevant i terapi. Informasjon vil da fare frem og tilbake mellom høyre og venstre hjernehalvdel gjennom hjernebjelken og kontakten mellom høyre og venstre hjernehalvdel vil bedres. Dette kalles interpersonell integrasjon og kan reparere de nevronale nettverkene, som av ulike årsaker kan være skadet (Siegel, 2007). Det vil være grunn til å tro at MBT-G vil representere en særlig egnet og stimulerende situasjon for denne prosessen, da det i grupper implisitt vil smitte informasjon mellom deltagerne, som deretter danner kjedereaksjoner (Lorentzen, 2014). I grupper kan medlemmene dessuten arbeide sammen for å gi mening til smertefulle emosjonelle tilstander. Prosesser (gruppefaktorer) som fortetning, resonans og speiling vil være viktige her (Yalom & Lesczc, 2005). Ved tilknytning til andre som har det på samme måten kan pasientene føle trygghet og mindre skam og det er gjennom slike multiple tilknytningsøyeblikk at man tenker seg at det utføres en neuronal reparasjon (neuroplastisk aktivitet) (Siegel, 2007).

Ut fra tanken om interpersonlig integrasjon (horisontal mentalisering), så kan det tenkes at den bedring i mentaliseringsevne som oppnås i gruppeterapi, kan være særlig egnet for å overføres til pasientens private relasjoner. Dette fordi man i en gruppe får aktiv mentaliserende trening i å forholde seg til en rekke ulike personer og også trening i å forholde seg til en gruppe med personer. De utfordringene dette medfører kan antas å i stor grad kunne simulere de utfordringene pasienten selv møter på i livet utenfor terapien og dermed være bedre rustet for det.

4.2. Struktur og agenda

Et fellestrekk mellom gruppene er den klare sekvensinndelingen. I MBT er en slik sekvensinndeling en del av agendaen og noe deltakerne og terapeutene sammen enes om i løpet av de første minuttene av gruppesesjonen (Karterud, 2012). Agendasettingen gjøres som et samarbeid mellom pasienter og terapeuter og er i seg selv tenkt å være en øvelse i mentalisering gjennom å gjøre prosessen bak vurderingene eksplisitt. I PDG-retninger settes ikke slike

agendaer på starten av møtet, da man i større grad ønsker at den frie assosiasjonen og flyten i gruppen skal skape formen (noe som gjør at også formen kan bli gjenstand for analyse) (Lorentzen, 2014). I noen tilfeller, da særlig mer støtterettede tilnæringer, slik som i dette tilfellet, tar terapeutene et større ansvar for å trekke inn deltakere som av forskjellige grunner blir værende passive og at det dermed i praksis også blir et mer eller mindre forutbestemt mønster av avgrensede sekvenser der «alle» får sin tur. I PDG-gruppen legges det imidlertid ikke opp til at dette skal være en demokratisk prosess eller en øvelse i å reflektere over hvordan strukturering av temaer som skal berøres kan være et område deltakerne forholder seg aktivt planleggende til, slik man ser det i MBT-G.

I den foreliggende variant av PDG som er undersøkt i dette studiet, så er det tydelig at gjort tilpasninger av gruppeterapien med tanke på pasientgruppen, noe som gjør seg gjeldende bl.a. ved at gruppeterapeutene i PDG-gruppen strukturerer mer enn de ville gjort i en mer tradisjonell (aktiverende/utfordrende) gruppeanalytisk setting. Et eksempel på det ser vi bl.a. mot slutten av PDG-gruppen der en av terapeutene aktivt trekker inn en deltaker som T2 sannsynligvis har mistanke om kan sitte inne med noe som antas å være viktig å få sagt noe om

*T2: -Det er ett minutt igjen, B, og du sa noe sist at det skulle bli godt å komme hjem.
Hvordan hadde du det etter gruppa sist?*

Eksempelet ovenfor viser en intervensjon som strukturerer og stimulerer til individuell deltakelse mer enn til gruppedynamikk. Eksempelet viser også hvordan både personen og temaet blir valgt ut av terapeuten. Sannsynligvis bl.a. for å sørge for at deltakere som har vært passive ikke brenner inne med ting og for å unngå at dette noe da f.eks. kan medføre at vanskelige følelser bygger seg opp og blir vanskelig å regulere. En slik tilpasning av psykodynamisk gruppeterapi kan sies å være typisk for varianter som benytter tilpasninger til BPD-pasienter, da det vil være svært uheldig at personer med dårlig emosjonsregulering som primærproblem blir «overlatt til seg selv». I tillegg bør det vel legges til at akkurat denne intervensjonen også muligens et eksempel på en uheldig konsekvens av at struktureringen gjøres implisitt og muligens ikke godt nok planlagt av terapeutene. Å få kun ett minutt på slutten av en 90-minutters sesjon til å eventuelt løse opp i det pasienten sitter inne med, kan fort bli ganske horribelt dersom pasienten trenger mer tid til å bearbeide sine tanker og følelser.

I MBT-gruppen fant det tydelig sted både en åpningsfase og en avslutningsfase, mens det i PDG-gruppen ikke syntes å være noen klar åpning eller avslutning. Det kan tenkes at avslutningsfasen i MBT-gruppen har en lignende funksjon som åpningsfasen, samtidig som den også gir pasientene mulighet for å melde fra om ting som har oppstått underveis, men som det ikke ble tid til. Avslutningsfasen kan her hjelpe pasientene til å kort sortere og plassere ting på rett sted, og samtidig går derfra med en avtale om at deres tema ikke vil bli glemt, men bli tatt opp igjen på neste møte. Det kan tenkes at avslutningsfasen slik sett kan ha en beroligende og regulerende effekt på deltakere som evt. er i en tilstand at «noe ikke er helt greit», når de går derfra med en ble møtt på temaet sitt og med visshet om at det vil bli tatt tak i neste gang dersom ønskelig.

4.2.1 Om valg av tema og om å trekke inn andre pasienter i hovedsekvensene

Oppsummert var hovedsekvensene i de fleste tilfeller særtegnert primært med dialogen mellom terapeutene og den aktuelle pasienten som var i spotlight, men det var også mye involvering fra andre deltakere. Dette varierte imidlertid fra sekvens til sekvens og involveringen fra andre var til tider så stor at de andre deltakerne primært styrte dialogen gjennom sine innspill og spørsmål, mens andre ganger var det terapeutene som sto for fremdriften. Terapeutene syntes uansett i begge gruppene å være leverandører av premisser og rammer for interaksjonen og deres deltakelse kan slikt sett tolkes å være fortløpende tilpasset behovet for fremdrift eller styring.

En fellesnevner for temaene som ble tatt opp i MBT-gruppen, muligens med unntak av A, som synes å være motivert for å sette dato for avrunding, så syntes det i utgangspunktet å ikke være slik at pasientene selv opplevde særlige stort behov for å snakke om de i øyeblikket her og nå. For både L og S sine temaer, så er det i stedet terapeutene som tar initiativ til deres deltakelse. En mulig forklaring på hvorfor terapeuten da likevel velger å følge opp kan være at han har merket seg at det er noe som ikke er tilfredsstillende forstått og mentalisert. Det settes dermed på agendaen med den hensikt å bli nærmere undersøkt nesten på tross av L og S sin interesse om å snakke om det. Lenger ut i gruppesesjonen ser vi imidlertid at sekvensen til L og S sitt tema utvikler seg etter hvert med stort engasjement i gruppen. Et viktig punkt her er at prosessen som ligger til grunn for utvelgelsen av temaene blir åpent diskutert, slik at det tjener som eksempel på en eksplisitt mentalisering.

Eksemplene tjener til en viss grad som kontrast til hvordan temaer settes på dagsordenen i PDG-gruppen med, der deltakerne primært av egen motivasjon og opplevd behov spontant begynner å ta opp et tema som oppleves relevant for dem. Struktureringen og agendaen i PDG-gruppen synes derfor å bli planlagt mer implisitt og overlatt til å følge det som spontant oppstår. Sammen med dette er det også noen innslag av temaer og personer som det primært er terapeutene som trekker inn, men i mye mindre omfang enn i MBT-gruppen. Dvs. forskjellen består i at man i PDG-gruppen ikke problematiserer eller diskuterer i plenum de bakenforliggende grunnene til hva man velger å fokusere på eller ikke fokusere på. Dette vil dermed gjøre det uklart på hvilken måte og i hvilken grad pasientene reflekterer over disse tingene. Det kan dessuten kanskje hevdes at denne implisitte refleksjonen som eventuelt gjøres derfor vil være utenfor terapeutenes kontroll eller tilgang. I så måte kan farene for at pasientene sitter inne med behov/reaksjoner/følelser som ikke blir kommunisert, være større som følge av dette.

MBT-gruppen gjør altså bearbeidingen av spørsmålet om hva som er hensiktsmessig å ta opp i gruppen til noe man forholder seg åpent reflekterende til. Både åpningssekvensen og avslutningssekvensen i MBT-G benyttes på denne måten til å tydeliggjøre eksplisitt hvordan vurderinger blir gjort i gruppen og at det er noe pasientene kan delta i (Karterud, 2012). I PDG-gruppen finner vi imidlertid lite eksplisitte uttrykk for hvordan gruppen styres og hvordan pasientene kan delta, da disse prosessene «bare skjer» implisitt. Hensikten med det sistnevnte er kanskje å legge til rette for at ubevisste prosesser skal få tid og rom til å manifestere seg slik at de kan gjøres til gjenstand for klarifikasjon eller tolkning (Lorentzen, 2014).

En konsekvens av formen i PDG-gruppen er derfor da kanskje at prosessene rundt det å utvikle reflekterende ferdigheter om eget sinn i større grad overlates til terapeutene, samt at det kan være vanskeligere å få tak i pasientenes reaksjoner på hvordan gruppen blir ledet. På den andre siden kan det å ikke legge en plan for strukturen imidlertid åpne mer for helt andre interaksjonsformer som f.eks. sekvenser med mer flytende overganger og/eller av mer kollektiv art. Samtidig vil det for den aktuelle pasientgruppen være knyttet visse farer til en slik løse struktur, da i form av større utfordringer med tanke på spesifikke personlighetsprofiler med tendens for kaos. Når man imidlertid ser nærmere på PDG-gruppen, så kommer det også frem, på tross av den tilsynelatende åpne formen, at terapeutene ser ut til å sørge for at alle kommer til orde i løpet sesjonen.

4.2.3 Trening i metakognisjon

Det kan antas at denne eksplisitte formen med refleksjon om turtaking vi ser i åpnings- og avslutningsfasen i MBT-gruppen legger noe mer press på deltakerne til å undersøke i seg selv, dvs. monitorere aktivt sitt sinn for aktuelle temaer. Denne selv-monitoreringen eller metakognisjonen, vil i seg selv være en trening av en mentaliserende ferdighet.

I følge Maine (1991), så vil evne til metakognisjon kunne være spesielt viktig å utvikle for personer med tilknytningsforstyrrelse. Årsaken til det er at pasienter som har f.eks. møtt uforutsigbar eller skiftende omsorgsattferd fra sine nærmeste ofte utvikler multiple indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1973). Disse multiple arbeidsmodellene antas å spille en rolle i såkalt svart-hvitt-tenkning og fører til at pasientens identitet og selvbylde blir ustabil og i tilknytningsteori tenker man seg at evnen til metakognisjon er kan motvirke denne tendensen (Maine, 1991). Problemer av denne art knyttes gjerne til gruppen pasienter med borderline lidelse. Når først en indre arbeidsmodell er aktivert, så vil manglende evne til å se seg selv utenfra (metakognisjon) gjøre at posisjonen oppleves som svært virkelig (jmf. psykisk ekvivalens) og pasienten er ikke i stand til å finne alternative perspektiver innenfor den (ofte sterkt følelsesmessig) aktiverte arbeidsmodellen. Metakognisjon, eller evne til å tenke tanker om sin egen tenkning/perspektivtaking vil kunne gjøre systemet mer fleksibelt og tillate at man erfarer en relativisering av sine ofte sterkt ladede (svart/hvitt) posisjoner. Denne avstands- eller perspektivtakingen tillater større mental fleksibilitet og man kan unngå å bli låst i et destruktivt perspektiv. Maine (1991) tenker seg altså at evne til metakognisjon vil hjelpe personer med multiple interne arbeidsmodeller å se relativiteten i disse perspektivene og dermed se muligheten for å ikke bli fanget i ett perspektiv, noe som er typisk for pasienter med borderline lidelse. Åpnings- og avslutningssekvensen kan muligens spille en rolle som trening i slik fleksibel perspektivtaking, da pasientene blir ledet til å eksplisitt tenke tanker/vurderinger om sine f.eks. problematiske tanker eller følelser. Det at pasienten blir «tvunget» («demand»-karakter) til å tenke disse tankene eksplisitt kan bidra til å bygge opp evnen til å se seg selv utenfra (metakognisjon) og på en måte som er mer saksstyrt enn emosjonsstyrt. Denne evnen til å se seg selv utenfra kan også åpne opp for større fleksibilitet når det gjelder å ta inn alternative perspektiver på seg selv og andre, da den i større grad vil kunne tillate og akseptere at man selv og andre f.eks. kan ha blandede følelser og motstridende interesser (altså det motsatt av svart-

/hvitt-tenkning). Den metakognitive tilnærmingen kan altså her antas å imøtekomme spesifikke utfordringene BPF-pasienter har, som f.eks. problemer med å oppleve et koherent selv, gi mening til skiftende selv-tilstander og forstå andre mennesker osv. Prosessen kan også tenkes å få ekstra stimulans og næring som følge av en gruppeprosess med rikelig tilfang av alternative perspektiver, samt at en også blir vitne til andres prosesser. Bl.a. finner vi også intervensjoner i MBT-gruppen av metakognitiv karakter (dobbel projeksjon), som helt tydelig legger føringer på L til å tenke om seg selv sett utenfra.

Kort sagt, så kan man si at det i PDG-gruppen styres mer av impulser og behov for å snakke, eller at terapeutene trekker inn pasienter uten at det blir reflektert noe rundt hvorfor det gjøres. Siden man her ikke tar et aktiv grep for å se seg selv utenfra, så kan man anta at det ikke stilles spørsmål til den indre arbeidsmodellen som er aktivert eller problematisert, og den videre utforskning vil dermed foregå innenfor rammene av denne. I MBT-gruppen kan man imidlertid også gå et skritt tilbake og reflekterer over ens eget behov for å snakke eller bearbeide ting. Slik sett ser det derfor ut til at MBT-G gjennom sitt fokus på å trene mentalisering også ser ut til å invitere til mer metakognitiv resonnering og perspektivtaking.

4.3 Egenskaper ved gruppemiljøet - gruppefaktorer

Egenskaper ved gruppemiljøet slik som f.eks. installering av håp, regnes for å være viktige faktorer for utfallet av gruppeterapi (Yalom & Lesczc, 2005). Nedenfor følger et lite utvalg av egenskaper ved de aktuelle gruppene som det synes relevant å diskutere når det gjelder likheter og forskjeller mellom gruppene.

4.3.1 Sirkulære refleksjoner – spontan mentalisering

Litt ut i MBT-gruppen, etter den har kommet godt i gang, så synes det å fremkomme tilløp til spontan mentalisering. Bl.a. dreier det seg om sirkulære refleksjoner der en pasient lurer på hva en annen tenker om en tredje pasient. Slike utspill bidrar til å spontant initiere eller støtte opp under en mentaliserende diskurs i gruppen pasienten i mellom. Slike hendelser kan tenkes å være tegn på egenskaper ved gruppemiljøet og at gruppen etter hvert fungerer med en viss «selvgående» eller selvstendig utvikling hos pasientene. De gjeldende sirkulære refleksjonene representerer også et høyere refleksjonsnivå eller en fremgang i mentaliseringskapasitet hos de aktuelle pasientene, da de i stedet for å trekke automatiske, konkretistiske slutninger ved sine

egne tanker (psykisk ekvivalens), så stilles det spørsmål til innholdet i andres tanker. Pasientene som deltar i denne diskursen opererer da med forståelsen av at ens egne tanker ikke nødvendigvis er sannheten og at andres sinn er ugjennomsiktige, dvs. vi kan ikke vite hva andre tenker.

I PDG-gruppen er det også eksempler på spontan mentalisering, men ingen eksempler på sirkulær refleksjon.

4.3.2 «Containment»

I PDG-gruppen vies en stor del av en av sekvensene til det som kan forstås som et klassisk eksempel på «containing» (Bion, 1970). Tilfellet omhandler en sekvens der A forteller at livet hennes er svært vanskelig for tiden («alt er bare dritt») og gruppa går da inn og spontant gjør store deler av bearbeidingen. Gruppen inntar da en rommende «containment»-rolle der flere i gruppen deltar med støttende og rommende utsagn, som f.eks. utsagnet til F om at hun kjenner seg veldig igjen i det A sier. Med «containment» forstås noe som skjer når en person mottar og forstår emosjonell kommunikasjon fra andre uten å bli overveldet av det og deretter prosesserer det og kommuniserer en forståelse og anerkjennelse tilbake til personen (Bion, 1970).

Sett i lys av MBT-teori kan slike utsagn stort sett sies å være klisjéer og derfor ikke egentlig mentaliserende, men kan likefullt ha en støttende og rommende funksjon, som kan være regulerende i tilfeller med mye kaotisk negativ affekt og dermed gjenopprette kapasiteten til å tenke (Bateman & Fonagy, 2006). F utdyper dette også direkte med å si bl.a. «jeg får så vondt av deg» og «jeg har bare lyst til å si at jeg hører på deg og at jeg føler med deg». Slik gjenopprettelse av kapasiteten til å tenke under aktivering av sterke negative følelser er grunnleggende for mentalisering.

«Containment» er muligens særlig viktig, fordi den imiterer grunnleggende omsorgsprosesser som vanligvis finner sted mellom mor og barn, der barnet kommuniserer sine u håndterlige følelser til omsorgsgiver, som igjen reflekterer dem tilbake på en måte som gjør at de er mulig å tolerere. Prosessen har nær forbindelse til tilknytningssystemet, og når barn opplever fravær eller avbrudd i «containment» fra omsorgsgivere, så vil den emosjonelle og kognitive utviklingen berøres (Bowlby, 1973). Både Bion (1970) og Winnicott (1965) var dessuten opptatt av «containment» eller «holding environment» som en nødvendig del av relasjonen mellom terapeut og pasient, noe som kan være særlig egnet i møte med personer med

tilknytningsrelaterte problemer med følelsesregulering (Bowlby, 1973). I gruppeterapi kan imidlertid andre pasienter i gruppa og gruppa som helhet innta slike roller.

4.3.3 Humor

Etter at C også tok en «containment»-rolle i forhold til A ved å uttrykke at hun kjente seg igjen, utvidet D sekvensen med litt humor om hvordan man kan bli møtt i helsevesenet med utsagn om å «ta tiden til hjelp» og at «det er en livslang prosess» å bli bedre. Bruk av humor er kjent for å skape lettere stemning og kan bryte opp i alvor – et alvor som gjerne følger av psykisk ekvivalens. Når en deltaker opplever psykisk ekvivalens, slik som i eksempelet i PDG-gruppen, så har posisjonene tendens til å bli alvorspregede og fastlåste. D sin bruk av humor her ser ut til å løse noe opp i det fastlåste og alvorspregede og får da en spenningsregulerende funksjon som kan gjøre utforskning av et tema mindre angstfylt.

I følge Winnicott (1971), så har humor nær tilknytning til lek (både slik barn leker og voksne kan leke), som ansees å være nøkkel til å føle seg levende og psykologisk vel.

Humor kan slik sett ha viktige funksjoner gjennom lek med perspektiver, som kan utvide fleksibiliteten i tenkningen rundt sitt eget liv og kan bidra til å løse opp i et fastlåst bilde av sin egen situasjon. Det er en del innslag av humor i begge gruppene, men det er større innslag av humor og et generelt lettere preg i MBT-gruppen.

I tillegg til å være spenningsregulerende nedover, dvs. senke temperaturen, så kan humor også øke aktiveringen. F.eks. litt vennligsinnet erting kan øke aktiveringen og få opp temperaturen dersom et tema behandles på en distansert og frakoblet måte. Dette ser vi et eksempel på i S-sekvensen i MBT-gruppen, der P har foretatt en liten avstikker og blir etter hvert opptatt av at fokuset skal tilbake til S, da P var bekymret for at S skulle føle seg forbigått. Etter at S avkrefte på direkte spørsmål fra T1 at hun følte seg forbigått på, så erter T1 ved å si «ædda bædda» med det resultat at P blir enda mer engasjert.

4.3.4 Installering av håp

Et eksempel på installering av håp i MBT-gruppen har vi når A snakker om sin avrundning. Gruppen responderer først litt skeptiske, men lar seg etter hvert overbevise og inspireres når de først får høre inngående om hvordan terapi har endret henne. Dette ser ut til å gi de andre deltakerne håp om bedring og en av pasientene noterer seg bl.a. ned «tips» fra

historien til A. I PDG-gruppen har vi lignende eksempler der de mer erfarne deltakerne gir oppmuntring til det nyeste medlemmet som for tiden er inne i en veldig vanskelig situasjon.

4.4 Begrensninger

En styrke i dette studiet har vært detaljrikdom, da de enkelte kasuser har blitt grundig undersøkt. Detaljrikdom vil imidlertid ofte gå på bekostning av representativitet og generalisabilitet. Dvs. selv om det finnes forskjeller mellom de aktuelle eksemplene, så er det ikke sikkert at disse forskjellene representerer reelle forskjeller mellom terapimetodene. Visse funn som i denne undersøkelsen kun finnes i en av gruppene vil derfor ikke nødvendigvis være fenomener som er eksklusive for en av metodene, men som av mer tilfeldige grunner skiller akkurat disse to eksemplene. Imidlertid skal det sies at MBT-gruppen ble skåret med vurderingsskala for MBT-G og der funnet å være en eksemplarisk gruppe. Med andre ord gir det mening og ha visse forventninger om at MBT-G vil ha likheter med den foreliggende MBT-gruppen som er undersøkt. Når det gjelder PDG-gruppen, så vil bildet være mer uklart, og det kan sies å være en begrensning at PDG-gruppen ikke ble skåret mer objektivt med egnede skåringsverktøy for PDG som kan si noe om gruppens representativitet.

En annen begrensning denne studien har er at den primært er hypotesegenerende og få konklusjoner kan trekkes ut av den. Imidlertid synes det være holdepunkter for å si at studien bidrar til å klargjøre forskjellene mellom metodene på noen områder.

En ting som etter hvert viste seg underveis i analysen var betydningen av pasientintervensjoner. Det er derfor en begrensning i denne studien at pasientenes egne intervensjoner overfor hverandre ikke har blitt skåret og man kan derfor anta at den fulle terapeutiske effekt av intervensjoner i gruppene ikke har blitt analysert i sin fulle bredde. Kanskje ville vi f.eks. i PDG-gruppen, som hadde færre terapeutintervensjoner, ha balansert seg noe i forhold til MBT-gruppen, og kanskje hadde flere typer intervensjonene vært registrert. Etter mange gjennomlesinger sitter forfatteren imidlertid ikke med inntrykk av at funnene ville vært veldig forskjellige fra den distribusjonen som er registrert, men dette blir her bare spekulasjoner. Imidlertid ville det vært veldig interessant med tanke på å etablere en mentaliserende kultur, om man i MBT-gruppen kunne undersøkt nærmere pasientenes egne bidrag til dette i form av intervensjoner er. Her kunne det altså vært mulig å gå videre med å

skåre pasientintervensjoner både individuelt (for å se om det er forskjeller) og for gruppen som helhet (for studere gruppekulturen).

Som allerede problematisert i teksten, så bør det nevnes at hva «demand»-karakter innebærer og hva RF måler i ustrukturert materiale fortsatt er uklart og gjør at undersøkelsens funn blir tentative og som foreløpige antagelser å regne. Likevel synes det meningsfullt å ha undersøkt nettopp disse områdene noe nærmere, da mye mentaliseringsteori (operasjonaliseringen av RF) baserer seg på disse to konseptene.

Siden omfanget av denne studien ikke tillot at en uavhengig forskergruppe kunne analysere det samme datasettet, så har vi ingen muligheter for å sjekke reliabiliteten til funnene direkte og vi hadde heller ikke muligheten til å sjekke funnene opp mot eksisterende forskning da de sentrale undersøkelsene som ble gjort ikke ser ut til å være adressert tidligere. Imidlertid var dette en «mixed-method approach» med både kvalitative og kvantitative metoder, som produserte funn som tilsynelatende ikke syntes å stå i konflikt med hverandre. I tillegg hadde forfatteren supervisjon og veiledning under hele forskningsprosessen av en ekspert innen både PDG og MBT-G og funnene ble grundig drøftet før det ble nådd konsensus.

Selv om det å studere gruppeterapi i sin naturlige setting kan produsere funn som er relevant for den rutinemessig kliniske virkelighet, så kan det være en utfordring at alle pasientene på forhånd hadde godkjent at sesjonene ble filmet og bli brukt i forskning, da dette i ukjent grad (av etiske grunner) kan ha påvirket pasientene på ulike måter, som f.eks. at de har holdt ting tilbake.

Det bør også nevnes at tolkningene og metodene som er benyttet for å sammenligne terapiformene kan være biased og favorisere MBT-G, og medføre at PDG derfor ikke ble belyst utfra sine fortrinn, men utfra kjennetegn ved MBT-G. Denne metodekritikken synes å være særlig rimelig, dersom oppdraget for denne undersøkelsen hadde vært å sammenligne metodenes effektivitet. Imidlertid må det sies at undersøkelsen på ingen måte forsøker å si noe om den ene metoden er «bedre» enn den andre, men at sammenligningens oppdrag her egentlig handler om å avklare om PDG er forskjellig fra MBT-G. En bakenforliggende tanke i dette studiet har derfor vært en hypotese om at MBT-G og PDG representerer ulike terapeutiske prosesser som adresserer ulike og muligens komplementære terapeutiske mål (selv om det også antas å være en del likheter).

5.0 KONKLUSJON

I følge teori skal disse metodene skille seg fra hverandre både i teori og praksis på en rekke områder, men det er til nå ikke undersøkt om forskjellene i teoretisk grunnlag medfører vesentlige praktiske forskjeller. De foreliggende funnene i denne forskningen kan antas å bidra med svar på spørsmålet om MBT faktisk tilfører noe nytt eller bare er en fokusering på noen utvalgte, men allerede etablerte teknikker.

Bildet som tegner seg er at MBT-gruppen, i mye større grad enn PDG-gruppen, preges både av mer aktive terapeuter generelt, samt at deres intervensjoner til stadighet leder deltakerne inn på å reflektere over mentale tilstander hos seg selv og hos andre. Dette kan sies å være hovedfunnet i denne undersøkelsen. Særlig ser det ut til at MBT-G har et mye større fokus på følelser enn PDG.

Når det gjelder forskjeller på metodene, så ser det altså ut til at på tross av likhetene på overflaten, så synes det være grunnleggende sett forskjellige prosesser som ligger til grunn, der MBT-G betoner et konstant fokus på følelser og mentale tilstander, mens PDG er mer fokusert på klargjøring av hendelsesforløp og konflikter. Dette funnet er viktig i debatten rundt spesifikke og uspesifikke faktorer, da det som ser ut som det samme på overflaten likevel representerer forskjellige prosesser, dvs. det antas å skje forskjellige ting inne i hodene på pasientene, da PDG og MBT-G er to ulike terapiprosesser.

6.0 REFERANSER

- Allen, J.G. (2006). Mentalizing in practice. In J.G. Allen & P Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment* (s. 3-30). West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Allen, J.G., Fonagy, P. and Bateman, A.W. (2008). *Mentalizing in Clinical Practice*. Washington DC/London: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.)*. Washington, DC: Author.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2006). *Mentalization based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*: Oxford: Oxford University Press
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165, 631-638.
- Bernbach, E. (2001). *Reflective Functioning and the therapeutic relationship: Understanding change in brief relational therapy*. New York: City University of New York.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications.
- Bowlby J (1973). *Separation: Anxiety & Anger*. Attachment and Loss (vol. 2). *International psycho-analytical library no.95*. London: Hogarth Press
- Burlingame, G. M., Fuhrman, A., and Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, research, and practice*, 7, 3-12
- Broberg, A. (2008). *Anknytning i praktiken*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R. and Strauss, B. (2004). Small-group treatment: Evidence

- for effectiveness and mechanisms of change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 647-696). New York: John Wiley.
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J.C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *Journal of Personality Disorders*, 15, 487-495.
- Compos, J. J., Frankel, C. B., Camras, L. (2004). On the nature of emotion regulation. *Child development*. 2004 Mars-April, 75(2)
- Cramer, V., Torgersen, S., Kringlen, E. (2007). Socio-demographic conditions, subjective somatic health, axis I disorders and personality disorders in the common population: the relationship to quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 21, 552-567.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. Second Edition*. California: Sage Publications
- Davies, R. (2013). *Qualitative Comparative Analysis, Better Evaluation*. Retrieved from http://betterevaluation.org/evaluation-options/qualitative_comparative_analysis.
- Elliot, R. (2011). Qualitative methods for studying psychotherapy change processes. In D. Harper & A. R. Thompson (Eds.), *Qualitative Research Methods in Mental Health*
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case study Research. *Qualitative Inquiry*, 12 (2), 219-245.
- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: a discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 98 – 110.
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, and mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 21, 1355-1381.
- Fonagy, P., Bateman, A., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. A. Bateman & P, Fonagy. (Red.), i *Handbook of Mentalizing*, (s. 3-42). Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and responses to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 22-31.

- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). *Reflective functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews*. London: University College London.
- Foulkes S.H. (1948). *Introduction to group-analytic psychotherapy*. London: Heinemann.
- Foulkes S.H. & Anthony E.J. (1957). *Group Psychotherapy: The Psycho-Analytic Approach*. London: Penguin.
- Foulkes, S. H. (1964). *Therapeutic group analysis*. Reprinted 1984. London: Karnac Books.
- Foulkes, S. H. (1968). *On interpretation in group analysis*. *International J. Group Psychotherapy*, 18, 432-434.
- Foulkes, S. H., and Anthony, E. J. (1974). *Group Psychotherapy. The Psychoanalytical Approach*.
- Foulkes, S. H. (1975). A Short Outline of the Therapeutic Processes in Group-Analytic Psychotherapy. *Group Analysis*, 2; vol. 8, 60 – 63.
- Fry, H., Ketteridge, S., & Marshall S. (1999). *A Handbook for Teaching and Learning in Higher Education*, Kogan Page, Glasgow, pp408
- Fuhriman, A. and Burlingame, G.M. (1994). *Group psychotherapy: Research and practice*. In A. Fuhriman and G. M. Burlingame (Eds.) *Handbook of group Psychotherapy. An empirical and Clinical Synthesis* (pp. 3-40). New York, John Wiley.
- Gaulin, S. J. C. & McBurney, D. H. (2003). *Evolutionary Psychology*. Chapter 6, p 121-142. Prentice Hall
- Glover, E. (1955) *The Technique of Psychoanalysis*. London: Bailliere Tindall and Co.
- Gomm, Roger, Hammersley, Martyn, & Foster, Peter (Eds.) (2000). *Case study method, key issues, key texts*. London: Sage.
- Goodrick, D. (2014). Comparative Case Studies, *Methodological Briefs: Impact Evaluation 9*, UNICEF Office of Research, Florence.
- Gunderson, J.G. MD (10 April 2006). *Borderline Personality Disorder - Psychotherapies*. *American Medical Network*. Retrieved on 23 September 2014.
- Hesse, E. (2008). Chapter 25: The Adult Attachment Interview: Historical and Current Perspectives. Cassidy, J. & Shaver, P. R. (2008). In *Attachment Theory, Research and Clinical Application (2nd ed.)*. New York: Guilford Press
- Holmes, J. (2006). Mentalizing from a psychoanalytic perspective. In J.G. Allen & P. Fonagy

- (Eds.), *Handbook of mentalization-based treatment*: West Sussex: John Wiley & Sons, Ltd.
- Hummelen B, Wilberg T, Karterud S (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *Int J Group Psychother* 57 (1): 67–91.
- Johnsen, J. (2013). Metoder for behandling av alkoholavhengighet. *Tidsskrift mot rusgift vol. 103*.
- Josephs, L., Anderson, E., Bernard, A., Fatzer, K. & Streich, J. (2003). Assessing progress in analysis interminable. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 53, 1185-1214.
- Kanas, N (2006). Long-Term Psychodynamic Group Therapy for Patients with Personality Disorders. *International Journal of Group Psychotherapy* 56 (2), 245–51
- Karlgren, L. & Sandell, A. (2013). *Påverkar terapeutens följsamhet till manualen for Mentaliseringsbaserad Terapi patientens mentalisering?* Examensoppsats. Linköpings universitet: Institutionen for beteendevetenskap och lärande
- Karlsson, R., & Kermott, M. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies, *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 65–68.
- Karterud, S. (1999). *Gruppeanalyse og psykodynamisk gruppepsykoterapi*. Oslo: Pax
- Karterud, S. (2012). *Manual for mentaliseringbasert gruppeterapi (MBT-G)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala. Versjon individualterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S. & Bateman, A. (2011). *Manual for mentaliseringbasert psykoedukativ gruppeterapi (MBT-I)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kazdin, A. E. (2008). Evidence-based treatment and practice: New opportunities to bridge clinical research and practice, enhance the knowledge base, and improve patient care. *American Psychologist* 63 (3), 146-159.
- Kernberg, O. (1975). *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York. Aaronson
- Kernberg O. (1984). *Severe personality disorders*. New Haven,CT: Yale University Press:

153,147-64

- Kohut, M. (1983) *The Restoration of the Self*. New York: International Universities Press.
- Levy, K., Meehan, K., Kelly, K., Reynoso, J., Weber, M., Clarkin, J., & Kernberg, O. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 1027-1040.
- Lincoln, Y. and Guba E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Sage Publications, Newbury Park, CA
- Lorentzen, S. (2014). *Group Analytic Psychotherapy: Working with affective, anxiety and personality disorders*. UK: Routledge
- Luborsky, L. & Barber, J., P. (1993). Benefits of adherence to psychotherapy manuals, and where to get them. In Miller, N., E., Luborsky, L., Barber, J., P., and Docherty, J., P., (Eds.): *Psychodynamic Treatment Research: A Handbook for Clinical Practice* (s.211-226). New York: Basic Books.
- McKenzie, K. R. (1997). *Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Mahoney, J., & Terrie, P. L. (2009). The proper relationship of comparative-historical analysis to statistical analysis: Subordination, integration, or separation?, in D.S. Byrne and C.C. Ragin (eds.), *The Sage Handbook of Case-based Methods*, Sage, Los Angeles, 2009, pp. 410–423.
- Mann, B.L. (2006a). Case Study Research on Web-Based Learning. *Styles Book, Chapter 5*.
- Mann, B.L. (2006b). An Intrinsic, Quantitative Case Study Of WebCT Developers. *Styles Book, Chapter 6*.
- Miller, W., L., and Crabtree, B., F. (2005). Clinical research: Participatory action research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (3rd ed., s. 605-639): Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Montgomery, C. (2002). The role of dynamic group therapy in psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 8, pp. 34–41
- Möller, C. (2008). *I gränslandet mellan dig och mig*. Linköping: Linköpings Universitet.
- Norén, K., Lindgren, A., Hallstrom, T., Thormahlen, B., Vinnars, B., Wennberg, P. (2007). Psychological distress and functional impairment in patients with personality disorders. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*, 260-270.

- O’Leary, K. M., Turner, L. C. S. W., Gardner, D. L., Cowdry, R. W. (1991). Homogeneous group therapy of borderline personality disorder. *Group*. Spring 1991, vol. 15, pp56-64.
- Paulus, T., Woodside, M., and Zeigler, M. (2008). *Extending the conversation: Qualitative research as dialogic collaborative process*. *The Qualitative Report*, (2008). 13, 226–243. Retrieved from <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR132/paulus.pdf>
- Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Paris, J. (2010). *Treatment of borderline personality disorder*. USA: Guilford Publications
- Pedersen, S-H., Lunn, S., Katznelson, H. & Poulsen, S. (2012). Reflective functioning in 70 patients suffering from bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 20, 303-310.
- Perepletchikova, F., Treat, T.A. og Kazdin, A.,E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 829-841.
- Pines, M. (1998). *Circular Reflections: Selected Papers on Group Analysis and Psychoanalysis by Malcolm Pines. International Library of Group Analysis, 1 (Book 1)*. London: Jessica Kingsley Pub
- Potthoff, P. & Moini-Afchari, U. (2014) Mentalization-based Treatment in Groups – a Paradigm Shift or old Wine in New Skin? *Group Analysis March 2014 vol. 47 no. 1* 3-16
- Ragin, C. C., & Schneider, G. A. (2011). Case oriented theory building and theory testing. In M. Williams and W.P. Vogt (eds.), *The Sage Handbook of Innovation in Social Research Methods*, Sage, Los Angeles, 2011, pp. 150–166.
- Ralph, N.; Birks, M.; Chapman, Y. (2014). Contextual Positioning: Using Documents as Extant Data in Grounded Theory Research. *SAGE Open* 4 (3).
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Roth, B., Stone, W., & Kibel, H. (Eds.). (1990). *The difficult patient in group: Group psychotherapy with borderline and narcissistic disorders*. Madison, CT: International Universities Press.
- Rudden, M. G., Milrod, B., Aronson, A., & Target, M. (2008). Reflective functioning in panic disorder patients: Clinical observations and research design. I Busch, F. N. (Red.),

- Mentalization: Theoretical considerations, research findings, and clinical implications* (s. 185–205). New York: Analytic Press.
- Rudolf, G. (2006) *Strukturbezogene Psychotherapie. Leitfaden zur psychodynamischen Therapie struktureller Störungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Saladana, Johnny (2012). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.
- Schultz-Venrath, U. (2010) Editorial. *Psychotherapeut* 55: 277–8.
- Siegel, D. (2007). *The Mindful Brain: Reflection and Attunement in the Cultivation of Well-Being*. New York: WW Norton & Company
- Siegel, D. (1999). *The Developing Mind: Toward a Neurobiology of Interpersonal Experience*. New York: Guilford Press
- Skodol, A., E., Gunderson, J., G., McGlashan, T., H., Dyck, I., R., Stout, R., L., Bender, D., S. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 276–283.
- Skårderud, F. (2007). Eating one’s words, part I: ‘Concretised metaphors’ and reflective function in anorexia nervosa—An interview study. *European Eating Disorder Review*, 15, 163–174.
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2008). Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep. *Tidsskrift for den norske legeforening*, 128, 1066 – 9
- Skårderud, F. & Sommerfeldt, B. (2013). *Miljøterapi*boken. Mentalisering som holdning og handling. Oslo: Gyldendal.
- Steele, H., & Steele, M. (2008). On the origins of reflective functioning. I F.N. Busch (Red.), *Mentalization. Theoretical considerations, research findings, and clinical implications*. (s.133-158). New York: The Analytic Press Taylor & Francis Group.
- Sullivan, H. (1954). *The psychiatric interview*. New York: W. W. Norton & Co.
- Taubner, S., Hörz, S., Fisher-Kern, M., Doering, S., Buchheim, A., & Zimmermann, J. (2000). Internal structure of the Reflective Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 25, 127-135.
- Torgersen, S. (2005). Epidemiology. In J.M. Oldham, A. E. Skodol, & D. S. Bender (Eds.), *Textbook of personality disorders*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Wachtel, P. L. (2010). BEYOND “ESTs” Problematic Assumptions in the Pursuit of

- Evidence-Based Practice. *Psychoanalytic Psychology*. Vol. 27, No. 3, 251-272
- Wennerberg, T. (2010). *Vi är våra relationer: om anknytning, trauma och dissociation*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Willig, Carla (2013): *Introducing Qualitative Research in Psychology. Adventures in theory and method*. Berkshire: Open University Press. 3. rev.ed.
- Winnicott, D.W. (1971a) *Playing and Reality*. London: Penguin Books.
- Winnicott, D. W. (1971b). *The Family and Individual Development*. London: Tavistock
- World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10 ed.) Geneva: WHO.
- Yalom and Leszcz (2005) *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, 5th edition, Basic Books p. 272
- Yin, R. K. (2014). *Case study research: Design and methods*, fifth edition, Sage, Los Angeles.
- Zender, J. F. (1991). Projective identification in group psychotherapy. *Group Analysis June 1991* vol. 24 no. 2 117-129.