

Hanna-Emilie Kværner

# **Deltakeres opplevelser av mentaliseringsbasert gruppeterapi**

En kasusstudie

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi  
Veileder: Truls Ryum  
Trondheim, mars 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap  
Institutt for psykologi

# DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

## Forord

Jeg vil benytte anledningen til å takke alle som har bidratt til denne hovedoppgaven. Først og fremst gjelder dette pasientene som har latt seg intervjuet og delt sine erfaringer og tanker rundt behandlingen med meg. Jeg er veldig takknemlig for deres deltakelse. Jeg vil også takke gruppeterapeutene for å ha gjort det mulig å gjennomføre studien og gjort en super innsats i rekruttering av deltakere. Ikke minst vil jeg takke veilederen min Truls Ryum, som har hjulpet meg gjennom denne lange prosessen med konstruktive innspill og støtte. Dette har vært essensielt for utviklingen av oppgaven. Jeg håper dette kan være et bidrag til økt forståelse av hvordan de effektive virkemidlene i mentaliseringsbasert gruppeterapi oppleves i praksis.

*Trondheim, mars 2018*

*Hanna-Emilie Kværner*

## Sammendrag

Flere studier støtter mentaliseringsbasert terapi (MBT) som en virkningsfull behandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Denne behandlingsformen tilbys som kombinasjonsterapi med individualterapi, psykoedukasjon og gruppeterapi ved flere distriktpspsykiatriske sentre (DPS) i landet. Kvantitative effektstudier kan være utilstrekkelig i forskning på hvordan ulike former for psykoterapi virker i praksis. Få studier har undersøkt hvilken rolle de ulike komponentene i MBT-kombinasjonsbehandlingen kan ha for utfall og hvordan de oppleves av brukerne. Denne studien undersøker hvilket bidrag gruppeterapien har fra brukernes perspektiv. Fem deltakere har blitt intervjuet om positive og negative erfaringer og hvordan de knytter dette til eventuelle endringer eller bedring. Intervjuene ble transkribert og kodet ut fra en stegvis induktiv-deduktiv metode, og kodene ble utforsket og satt sammen til relaterte kodegrupper og tema. Resultatene tyder på at flere deltakere opplever positive endringer fra gruppeterapien i tråd med økt mentaliseringsevne, som er hovedmålet med denne terapiformen. Noen forteller derimot om negative erfaringer som har ført til ingen bedring eller forverring av plagene deres. Deltakerne forteller om en utfordrende terapiform som innebærer å måtte eksponere seg emosjonelt og øke sine relasjonelle erfaringer. Resultatene tyder også på at disse opplevelsene takles ulikt ut fra den enkeltes evne til å åpne seg, tillit til de andre deltakerne, trygghet i gruppesituasjonen, utholdenhet og mentaliseringsevne. Det pekes mot et behov for et større fokus på styrker og fallgruver ved gruppeterapi. De gruppespesifikke elementene bør utnyttes og bevisstgjøres for terapeuter og pasienter, slik at dette kan være et kvalitativt framfor et kvantitativt bidrag til mentaliseringsbasert terapi.

*Søkeord:* gruppeterapi, mentalisering, mentaliseringsbasert terapi, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, kasusstudie, brukerperspektiv, kvalitative intervju

## Deltakeres opplevelser av mentaliseringsbasert gruppeterapi

Det er et stort behov for å utvikle effektive behandlingstilbud til personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (emosjonelt ustabil PF). Lidelsen kan ha et stort skadeomfang både på individet, pårørende og samfunnet, blant annet på grunn av høy tilstedeværelse av selvskading- og suicidalitetstaferd. Mentaliseringsbasert terapi (MBT; Bateman & Fonagy, 2004) har blitt utviklet som en strukturert behandling for disse pasientene, og flere kvantitative studier har vist god effekt (Bales og kollegaer, 2012; Bateman & Fonagy, 2008, 2009; Jørgensen og kollegaer, 2013; Neville, 2014). MBT kan bidra til at personer med emosjonelt ustabil PF får bedre forståelse av egne og andres følelser og tanker, som kan øke evnen til å regulere følelser (Bateman & Fonagy, 2006). For å forstå hvordan disse endringsprosessene skjer i terapi er det nødvendig med kvalitative studier (Elliott, 2010). Det kan også være nødvendig å utforske hvordan de ulike komponentene ved MBT bidrar til behandlingen, positivt og negativt. Det kan for eksempel virke risikabelt å tilby gruppeterapi til individer der interpersonlige problemer er sentralt i diagnosen. Få studier har undersøkt hvordan denne gruppeterapien oppleves av deltakerne selv, og studier som spesifikt har undersøkt mentaliseringsbasert gruppeterapi er svært begrenset. Denne studien ønsker å øke forståelsen av hvilken virkning gruppeterapien har i MBT-behandlingen og pasientenes syn på dette. Denne kunnskapen kan brukes til å redusere premature avslutninger av behandling, utviklingen av mentaliseringsbasert terapi generelt samt forbedre gruppebehandling av personer med emosjonelt ustabil PF.

## 1. Teori

### 1.1 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Emosjonelt ustabil PF er en psykisk lidelse karakterisert av impulsivitet og raskt skiftende affekt (World Health Organization, 2000). I den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, ICD-10, deles diagnosen i to hovedtyper, med en impulsiv type og en borderline type primært med aggressivitet eller emosjonell ustabilitet (World Health Organization, 2000). Sistnevnte undergruppe preges også av forstyrrelse av selvbildet, en opplevelse av tomhet, tendens til å engasjere seg i ustabile relasjoner, frykt for å bli forlatt og tendenser til selvskading. I den amerikanske diagnosemanualen, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5; American Psychiatric Association, 2013) er kriteriene for tilsvarende borderline personlighetsforstyrrelse et vedvarende mønster av ustabile relasjoner, selvbylte og

emosjonalitet over tid og på tvers av kontekst. I tillegg kreves det at fire eller flere av ni ulike symptomer er møtt; desperat unngåelse av avvising, ustabile interpersonlige forhold og syn på andre, identitetsforvirring, risikabel impulsivitet, suicidal atferd, affektiv ustabilitet, følelse av tomhet, aggresjon, paranoiditet og/eller dissosiasjon (American Psychiatric Association, 2013). De sentrale trekkene kan også klassifiseres på andre måter, for eksempel ved å dele opp i hovedgruppene emosjonelle, impulsive og identitetssymptomer (Bateman & Krawitz, 2013). Emosjonelt ustabil PF er dermed en heterogen diagnosegruppe, ettersom ulike kombinasjoner av ulike symptomer kan føre til samme diagnose (Paris, 2008).

Personer med personlighetsforstyrrelser opplever en generell reduksjon i livskvalitet (Cramer, Torgersen & Kringlen, 2007). Selvmord og selvmordsforsøk hos personer med emosjonelt ustabil PF er vanlig (National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Paris, 2008) og tilstedeværelse av andre psykiske lidelser og personlighetsproblematikk er snarere regelen enn unntaket (Bateman & Krawitz, 2013). I tillegg utgjør denne pasientgruppen en stor samfunnsøkonomisk kostnad, hovedsakelig på grunn av tap av arbeidsinntekt (Van Asselt, Dirksen, Arntz & Severens, 2007).

Flere modeller beskriver hvordan problemene i emosjonelt ustabil PF kan utvikles og opprettholdes, som Linehans biologiske sårbarhetsmodell (1993) og Youngs skjemat terapi (1994). Bateman og Fonagy (2006) mener de sentrale trekkene som impulsivitet, svikt i affektregulering, identitetsforvirring og relasjonsvansker alle kan være uttrykk for et bakenforliggende problem med mentalisering. Mentalisering refererer til en psykologisk prosess som handler om å reflektere rundt egne og andres mentale sinnstilstander (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud & Bateman, 2010). Mentalisering er relatert til emosjonsregulering, som er svekket hos pasienter med emosjonelt ustabil PF (Donegan og kollegaer, 2003; Glenn & Klonsky, 2009; Linehan, 1993). Redusert mentaliseringsevne fører til at personer med emosjonelt ustabil PF tyr til umodne måter å tenke om seg selv og andre på i forsøk på å forstå og kontrollere omgivelsene (Bateman & Fonagy, 2006). Eksempler er opplevelser der indre følelser sees på som sanne representasjoner av ytre omstendigheter (psykisk ekvivalens), at følelser stenges av fra kognisjon (liksommodus), eksterialisering av indre selvhat (projektiv identifikasjon) eller at intensjoner tolkes ut fra observerbare bevis (teleologisk modus). Dette kan uttrykkes gjennom tendenser til svart-hvitt tenkning om andre, splitting, selvskyld, overdreven opptatthet av regler, tendens til å skylde på andre eller oversikkerhet på hva andre føler og tenker (Bateman & Fonagy, 2006). Dette kan ofte føre til selvoppfyllende profetier og relasjonelle brister og brudd. Disse måtene å reagere på kan igjen fungere som trigger for selvskading og suicid (Linehan, 1993).

## 1.2 Behandling

Det gjøres mange forsøk på å behandle og lindre plagene til personer med emosjonelt ustabil PF. Medikamentell behandling for forbigående ubehag kan være nyttig, men det er ikke empirisk grunnlag for at farmakologisk behandling av emosjonelt ustabil PF hjelper på selve personlighetslidelsen (National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Paris, 2008). Personlighetsforstyrrelsen sees på som utfordrende å behandle i psykoterapi på grunn av den skiftende emosjonaliteten, destruktiv atferd og overføringsproblematikk (Hummelen, Wilberg & Karterud, 2007). Pasientgruppen har rykte på seg for å ha en dårlig prognose (Paris, 2008) og kan være sensitive for negative effekter av psykoterapi (Bateman & Fonagy, 2006). Det er likevel en økende optimisme for psykoterapeutisk behandling av denne personlighetsforstyrrelsen (Fonagy & Bateman, 2006; Perry, Banon & Ianni, 1999). Dette kommer som følge av forskning som antyder at prognosen er bedre enn tidligere antatt og oppblomstring av relativt effektive og praktiske psykososiale intervensjoner som assisterer behandlingen (Bateman & Fonagy, 2006). Flere mener nå at behandling av emosjonelt ustabil PF vil gi gode resultater ved fokus på relevant problematikk og i strukturerte kliniske opplegg med erfarne klinikere (Jørgensen og kollegaer, 2013; Paris, 2008). Særlig ser det ut som at spesifikke behandlingsprogrammer for emosjonelt ustabil PF kan ha god effekt (Paris, 2008). Blant disse er det dialektisk atferdsterapi (DBT) og mentaliseringsbasert terapi (MBT) blitt dokumentert av forskning (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

## 1.3 Mentaliseringsbasert terapi

MBT som strukturert kombinasjonsbehandling for pasienter med emosjonelt ustabil PF har dokumentert effekt i randomiserte kontrollerte studier (Bateman & Fonagy, 1999, 2009; Jørgensen og kollegaer, 2013). Økt mentaliseringsevne ser ut til å henge sammen med symptomlette (Bales og kollegaer, 2012; De Meulemeester, Vansteelandt, Luyten & Lowyck, 2017). MBT har ført til redusert suicidalitet, selvskading og innleggelse, samt forbedret sosial og interpersonlig fungering (Bateman & Fonagy, 2009). Det er også grunn til å tro at MBT kan bidra til bedring hos personer som blir ansett som vanskelige å behandle (Morken, Binder, Arefjord & Karterud, 2017). MBT kan skape endringer av nettverk i hjernen (Fonagy & Bateman, 2006), og styrker emosjonsregulering ved å integrere kognitive prosesser i affektive situasjoner slik at følelser ikke blir overveldende (Karterud & Bateman, 2010).

Bateman og Fonagy (1999) trekker frem viktigheten av en teoretisk konsekvent tilnærming til behandling av emosjonelt ustabil PF, der fokus på relasjoner og stabil bruk av

behandling over tid er viktige faktorer. Sammenlignet med for eksempel dialektisk atferdsterapi, krever MBT mindre opplæring, mindre veiledning og bygger på allerede eksisterende former for terapi og terapeutiske teknikker (Bateman & Fonagy, 2009). Dette gjør at behandlingsformen kan nå ut til flere pasienter ved å være mer tilgjengelig for flere terapeuter og institusjoner enn andre spesialiserte tilbud.

Mentaliseringsbasert terapi finnes i dag som dagavdelingsbehandling og intensiv poliklinisk behandling (Karterud & Bateman, 2010). Den polikliniske behandlingen er et kombinasjonstilbud som består av individualterapi, psykoedukasjon og gruppeterapi og tilbys ved flere distriktpsikiatriske sentre (DPS) i landet. En studie på kombinert behandling versus enkeltstående behandling peker i retning av at kombinert behandling kan gi størst utbytte (Ivaldi, Fassone, Rocchi & Mantione, 2007), men studien inkluderte ikke MBT. Ulike terapier kan både utfylle og forsterke hverandre (Porter, 1993; Roller & Nelson, 1999). Med tanke på kompleksiteten til vanskene hos personer med emosjonelt ustabil PF, er det mulig at et behandlingsopplegg med flere komponenter er nødvendig og kostnadseffektivt på sikt (Bateman & Fonagy, 1999).

### **1.4 Mentaliseringsbasert gruppeterapi**

Flere regner gruppeterapi som en uunnværlig del i et helhetlig behandlingsprogram for pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2001; Wilberg & Karterud, 2001). Kunnskap om gruppeterapi for emosjonelt ustabil PF er likevel begrenset (Paris, 2008). Litteraturen preges av store variasjoner i problemstillinger og utvalg (Karterud, 2012) og få studier har fokusert spesifikt på gruppeterapi innenfor MBT (Wilberg & Karterud, 2001). Studier av diverse former for gruppeterapi kan likevel tyde på at denne formen for terapi kan føre til positive og symptomlettende effekter for personer med emosjonelt ustabil PF (Bo og kollegaer, 2016; Budman, Demby, Soldz & Merry, 1996; Fassbinder og kollegaer, 2016; Gratz & Gunderson, 2006; Jacob og kollegaer, 2010; Leirvåg, Pedersen & Karterud, 2010; Marziali, Munroe-Blum & McCleary, 1999; Munroe-Blum & Marziali, 1995). Vi vet ikke om gruppeterapi i seg selv fører til bedre, dårligere eller samme effekt som ved individualterapi alene (Wilberg & Karterud, 2001). At gruppeterapi er en del av et behandlingsprogram kan bidra til at pasientene får mer enn ett behandlingstilbud i uken ettersom det kan være et behov for tettere oppfølging (Hummelen og kollegaer, 2007). Fordi disse pasientenes har et stort behov for hjelp og har et høyt forbruk av helsetjenester kan gruppeterapeutiske tilnærminger også være potensielt ressursbesparende (Black, Blum, Pfohl & St. John, 2004).

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

Eksposering for en terapigruppe kan se ut til å ha en effekt i seg selv, og ikke bare fordi det fører med seg en økt behandlingsfrekvens (Gratz & Gunderson, 2006; Omar, Tejerina-Arreal & Crawford, 2014). Gruppeterapien kan bidra til at de interpersonlige vanskene til pasientene blir adressert, at den emosjonelle nærheten blir mindre intens enn i individualterapi og at autoritetsproblemer blir redusert (Karterud, 2012; Roller & Nelson, 1999). Støtte fra likesinnete i en gruppeterapisituasjon kan være hjelpsomt for pasienter som har opplevd traumer og har interpersonlige vansker (American Psychiatric Association, 2001). Støtte og positive tilbakemeldinger kan også være lettere å tro på når det kommer fra andre pasienter enn fra terapeuter (Jacob og kollegaer, 2010). I tillegg kan gruppemedlemmene bidra til en utvidet forståelse av hvordan sosiale relasjoner kan være (Roller & Nelson, 1999). I det mentaliseringsbaserte behandlingsopplegget kan gruppeterapi være nyttig for å trene på mentalisering i praksis på grunn av mer komplisert dynamikk og rom for opplevde krenkelser sammenlignet med individualterapi (Karterud & Bateman, 2010).

Det kan likevel virke kontraterapeutisk å plassere en pasientgruppe med nettopp affektive og interpersonlige utfordringer som kan skape konflikter i en gruppe. Det er også flere grunner til at gruppeterapi med denne pasientgruppen kan være vanskelig. Gruppeterapi kan være en stor utfordring for både pasienter og terapeuter på grunn av en forsterket grad av overføring, projisering, emosjoner og vansker med nærhet (Karterud, 2012; Marziali og kollegaer, 1999). Deltakerne kan skape allianser innad i gruppen, eskalere emosjonelle situasjoner eller bidra til destruktive samtaletema (Bateman & Fonagy, 2006; Roller & Nelson, 1999; Wilberg & Karterud, 2001). Gruppeterapeutene står stadige i dilemmaer knyttet til terapeutisk allianse (Perry og kollegaer, 1999; Roller & Nelson, 1999; Wilberg & Karterud, 2001), tid, oppmerksomhet og å finne balansen mellom enkeltdeltakernes og gruppens behov (Karterud, 2012). De må blant annet takle situasjoner der pasientene er krevende og avhengige, og situasjoner med plutselige terapeutiske brudd og devaluering av terapeuten (Karterud & Bateman, 2010). I MBT kan personer med emosjonelt ustabil PF i større eller mindre grad idealisere og devaluere ulike komponenter i behandlingen, og ofte er det gruppeterapien som blir sett negativt på sammenlignet med individualterapien (Dyson & Brown, 2016; Karterud & Bateman, 2010). Det stilles derfor strenge krav til et godt samarbeid mellom individual- og gruppeterapeuter (Karterud & Bateman, 2010; Roller & Nelson, 1999) og veiledning av terapeutene er anbefalt.

Slike utfordringer er blant årsakene til at gruppeterapeutene i MBT bør ha mer styring av gruppen enn i andre psykodynamiske grupper (Karterud, 2012). Inderhaug og Karterud (2015) fant derimot i en studie av en MBT-gruppe at terapeutene ikke klarte å ha tilstrekkelig



kontroll og autoritet som grupper med alvorlige personlighetsforstyrrelser krever. De fant at terapeutene overdrev et uvitenhetsstandpunkt på bekostning av kravet om å styre gruppen. Gruppeterapeutene kan også være nødt til å gjøre andre spesifikke tilpasninger. I intervjuer med pasienter fra et kombinasjonsprogram for emosjonelt ustabil PF som ble fulgt opp av langtidsgruppeterapi fant Hummelen og kollegaer (2007) at drop-out var knyttet til manglende bearbeiding av bruddet med døgnoppholdet de hadde før gruppeterapien og opplevelser av at sterke følelser ikke kunne uttrykkes. Pasientene kom også med andre innspill på hva gruppeterapeutene kunne forbedre, som at de burde forklare mer hvordan terapien kunne nyttiggjøres, at de kunne være mer selvevaluerende og at de ga uttrykk for og handlet når de opplevde at pasientene hadde det vanskelig. Flere terapeutiske fallgruver og en sårbar pasientgruppe gjør det derfor nødvendig med mer kunnskap om behandling for denne spesifikke diagnosen (Paris, 2008).

### **1.5 Kvalitativ forskning**

Det er behov for flere studier på kostnadseffektive og spesifikke behandlingsformer for emosjonelt ustabil PF (Bateman & Fonagy, 2009; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Perry og kollegaer, 1999). Dette gjelder også studier av de ulike delene av ulike former for terapi (Wilberg & Karterud, 2001). Det er nødvendig med flere studier på MBT, da empirien er begrenset og av varierende kvalitet (National Institute for Health and Care Excellence, 2009; Stoffers og kollegaer, 2012). Dessuten er det meste av forskningen på MBT kvantitative effektstudier fra et medisinsk sykdomsperspektiv (Dyson & Brown, 2016), og for å utvikle helsetilbudene og forstå hvordan endring skapes kan slike effektstudier være utilstrekkelige (Elliott, Slatick & Urman, 2001). RCT-studier behøver ikke å være en gullstandard for vurdering av behandlingseffekt for emosjonelt ustabil PF (Vedel & Emmelkamp, 2010). Ifølge en prinsipperklæring om evidensbasert praksis fra den amerikanske psykologforeningen (American Psychological Association, 2006), bør god psykologisk forskning integreres med klinisk praksis og være klinisk relevant. Det understrekes også at pasientene skal få være med å påvirke egen behandling, og at tilpasninger bør styres av pasientenes behov. Denne erklæringen har også Norsk psykologforening sluttet seg til (Norsk psykologforening, 2007).

I kvalitativ forskning er det fokus på innsikt og forståelse av det som blir studert (Tjora, 2017). Erfaringsbaserte studier fra brukernes perspektiv kan være avgjørende for innblikk i de komplekse prosessene som skjer i psykoterapi (Frich, 2012), og det er et økt fokus i helsevesenet på brukermedvirkning og at pasienten skal lyttes til (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2002). Valla (2015) mener at det bør skje en endring i helsesystemets praksis, basert på pasienters tilbakemelding om hva som er nyttig. Av tilbakemeldinger fra pasienter forteller hun at mange opplever at helsearbeidere gjør for mye av ting som ikke har betydning for bedring, og for lite av det som oppleves som relevant av brukerne.

Kvalitativ forskning kan gi rom for beskrivelser av opplevelser av en terapeutisk tilnærming for en diagnosegruppe og hvordan endringer kan skje i terapi (Elliott, 2010). Slike studier tar vare på brukerperspektivet samtidig som de genererer behandlingsrelevant empiri. Kvalitative intervju kan gi direkte innsyn i brukernes erfaringer (Malterud, 2011), meninger, holdninger og refleksjoner (Tjora, 2017). Intervjuer kan være en positiv måte å la pasienter uttrykke seg på fra et samfunns- og individperspektiv. Fra et individperspektiv kan brukermedvirkning knyttes til myndiggjøring og styrking av deltakerne ettersom deres subjektive opplevelser blir tatt på alvor (Natland, Tveiten & Ruud Knutsen, 2017). Intervjutiden kan være noe pasientene selv får noe ut av og kan sette pris på, for eksempel ved at de får snakket ut om positive og negative erfaringer med terapien de går i (Elliott, 2010). Refleksjon rundt ens egen behandling kan for eksempel virke terapeutisk og styrke den terapeutiske læringen (Elliott og kollegaer, 2001). Fra et samfunnsperspektiv kan brukeropplevelser fylle hull i kunnskapen hos både klinikere og forskere og gi en unik tilgang til informasjon fra innsiden (Natland og kollegaer, 2017). Kunnskap om brukerens syn og opplevelser av behandling kan være nyttig for å kunne utnytte potensialet til terapien og gi mulighet for tilpasning og utvikling. Dette kan føre til nyttig kunnskap om å være pasient i psykisk helsevern generelt, som er viktig ettersom det er forskjeller mellom pasienter og terapeuters opplevelse av terapi (Hummelen og kollegaer, 2007; Yalom & Elkin, 2008). Dette er også nyttig for å forhindre at pasienter dropper ut, som er en utfordring i behandling av emosjonelt ustabil PF (Hummelen og kollegaer, 2007). Det hjelper ikke at en behandling virker hvis den ikke blir brukt.

### **1.6 Tidligere studier**

Noen nylige studier har sett på opplevelsen av kombinert mentaliseringsbasert behandling fra pasientenes ståsted (Dyson & Brown, 2016; Fredriksson & Sandström, 2013; Johnson, Mutti, Springham & Xenophontes, 2016; Lonargáin og kollegaer, 2017; Morken og kollegaer, 2017). Ifølge Dyson og Brown (2016) opplevde pasientene at MBT-programmet støttet deres vansker med identitet og selvforståelse ved å føre til en drakamp mellom en irrasjonell emosjonelt ustabil del og en internalisert rasjonell MBT del av dem selv. Pasientene presenterte en internalisert medisinsk modell, der emosjonelt ustabil PF ble sett på

som en sykdom som måtte kureres og at det var et personlig valg å bli bedre eller ikke. De rapporterte takknemlighet overfor MBT som hadde gjort at de nå hadde det bedre enn før, men også frykt for at MBT ikke skulle virke, skam over diagnosen og tristhet over manglende følelse av å ha blitt fullstendig kurert. Når det gjaldt gruppeterapien spesifikt rapporterte deltakerne at gruppen både kunne gi en følelse av fellesskap og samhold, men også isolasjon og ensomhet når de ikke følte de var en del av den. Denne vekslingen forsterket følelsen til deltakerne om at det var noe grunnleggende galt med deres relasjonelle væremåte. Det ble beskrevet en opplevelse av at man som deltaker burde være enig med resten av gruppen og følge gruppes regler og normer for å ikke havne utenfor. Det ble også fortalt om ønsker om mer struktur, og forskjeller i maktbalanse mellom pasientene og terapeutene.

I en hovedoppgave om opplevelsen av kombinert MBT-behandling fant Fredriksson og Sandström (2013) at flertallet av deltakerne syntes de var blitt bedre på å identifisere og kjenne på både gode og vanskelige følelser. Det ble også fortalt om bedre interpersonlige relasjoner, særlig med venner og i kjærlighetsforhold, og bedret selvbilde. Disse resultatene så ut til å være nært knyttet til hverandre og til den generelle økte evnen til eksplisitt mentalisering fra behandlingen. I denne studien hadde deltakerne ulike meninger om gruppeterapien. Gruppeterapien ble opplevd som nyttig av noen for å få bekreftet følelser, få innsikt i relasjonsstil, nye perspektiver, bli bedre på konflikthåndtering, få støtte og føle seg mindre alene. Andre opplevde at det var vanskelig å snakke om følelser i gruppen, at de ikke kunne identifisere seg med de andre og at de ikke hadde et godt forhold til gruppeterapeutene. Forfatterne konkluderte med at det kan være et behov for at gruppeterapeutene fokuserer mer på å støtte deltakerne som har vansker med å åpne seg for gruppen (Fredriksson & Sandström, 2013). De foreslår også at deltakerne som har lavest mentaliseringsevne kan være de som opplever gruppeterapien som mest problematisk, selv om de ikke fant en sammenheng mellom misnøye med gruppeterapien og misnøye med MBT-opplegget som helhet.

I en annen studie på erfaringene til deltakerne i MBT-behandling, fortelles det spesifikt om at gruppekomponenten ga en arena for eksperimentering med følelser og tolkninger i et trygt miljø (Johnson og kollegaer, 2016). Deltakerne opplevde et redusert selvhat som resultat av MBT-behandlingen, og dette kom blant annet av oppmuntring og forståelse fra de andre i gruppeterapien (Johnson og kollegaer, 2016). De fortalte at denne påvirkningen førte til at de turte å eksperimentere med å åpne seg for de andre, noe som ga dem et mer nyansert bilde av hvordan andre mennesker reagerer og tenker. Sammen med økt mentaliseringsevne viste studien at erfaringer fra gruppen og internalisering av dens støttende funksjon førte til at deltakerne turte å være mer sosialt modige på andre arenaer i livet.

Lonergain og kollegaer (2017) fant at å ha tillit kunne være en virkningsmekanisme i bedring fra MBT-behandlingen som helhet, men at dette var mer vanskelig i gruppeterapien enn i individualterapien. Morken og kollegaer (2017) fant fire faktorer som deltakerne opplevde som virkningsfulle i terapien. Et av elementene var økt toleranse for egne følelser ut fra erfaring med at følelsene gikk over hvis man orket å kjenne på dem. Deltakerne sa også at de hadde lært å tenke ting gjennom før de handler, og å tenke på hvordan egen atferd påvirker andre. I tillegg fortalte de om en økt evne til å være nysgjerrig på andres indre tilstander uten å automatisk anta at andres handlinger handlet om dem selv. Studien tyder på at mentaliseringsbasert terapi for pasienter med emosjonelt ustabil PF kan føre til at pasientene opplever økt affektiv og relasjonell utholdenhet, som på sikt reduserer subjektivt ubehag og risikabel utageringsatferd.

### **1.7 Denne studien**

Studiene over presenterer perspektiver på MBT og dens potensielt effektive elementer, men hovedsakelig ut fra kombinasjonsbehandlingen som en helhet. Vi vet derfor lite om hvilken endringsrolle gruppeterapien spesifikt spiller i MBT-behandlingen og opplevelsen av dette for deltakere flest. Fokus på behandlingsmottakernes egne erfaringer med endringsprosesser og deres forståelse av hjelpsomme og utfordrende aspekter er viktig for å forstå hvordan og hvorfor endring skjer i terapi (Elliott og kollegaer, 2001). Det er behov for økt kunnskap om de effektive ingrediensene i MBT (Bateman & Fonagy, 2006), og for å legitimere gruppeterapiens rolle i et behandlingsopplegg må vi ha kunnskap om hva det er ved denne formen for terapi som fører til endring. Denne studien vil forsøke å bidra til å øke denne informasjonsmengden. Slik kunnskap er viktig blant annet på grunn av en økende trend med bruk av gruppebehandling for pasienter med alvorlige personlighetsforstyrrelser (Wilberg & Karterud, 2001). Innsikt i deltakernes perspektiv vil kunne si noe om hva som er viktig å fortsette med, styrke og forbedre i gruppeterapi, i behandling av emosjonelt ustabil PF generelt og i MBT som helhet.

## **2. Metode**

### **2.1 Behandlingen**

Det aktuelle MBT-tilbudet følger anbefalingene til MBT som intensiv poliklinisk behandling og manualer for gruppeterapi, individualterapi og psykoedukativ gruppe (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud, 2012; Karterud & Bateman, 2010). Opplegget har en varighet på inntil to år og består av 45 minutter individualterapi og 90 minutters mentaliseringsbasert

dynamisk gruppeterapi i uka. I tillegg får deltakerne tilbud om 90 minutters mentaliseringsbasert psykoedukativ gruppe som løper over seks uker som de kan ta som forberedelse eller ved siden av behandlingen. I løpet av det aktuelle tidsrommet intervjuobjektene har deltatt har alle gruppedeltakerne vært kvinner, men dette er ikke et krav. MBT-gruppeterapien består av totalt åtte pasienter som sitter i ring i et grupperom på DPS-et. Nye deltakere får beskjed om at gruppen forventer at de forteller om hendelser fra eget liv, forsøker å utforske disse gjennom mentalisering, lar andre gruppemedlemmer delta med sine refleksjoner, utforsker hendelser i gruppen og prøver å knytte seg til de andre deltakerne og terapeutene.

Gruppeterapeutene har blitt byttet ut i løpet av de årene pasientene som er intervjuet har gått i gruppen. Alle gruppeterapeutene har vært utdannet psykologer. Tidligere var det to menn, men under studien var gruppeterapeutene en mann og en kvinne. MBT-gruppeterapeutene har møter med MBT-individualterapeutene annenhver uke der de drøfter behandlingsspørsmål, og veiledning med en ekspert på MBT to ganger i halvåret. Denne studien er naturalistisk og har ikke målt terapeutenes kompetanse eller grad av etterlevelse til behandlingsmanualene.

### 2.2 Utvalg

Utvalget bestod av fem kvinner som har deltatt i samme mentaliseringsbaserte gruppeterapi på samme distriktpsikiatriske senter (DPS) i løpet av de to siste årene, men ikke alltid samtidig. To av deltakerne gikk ved intervjutidspunkt fortsatt i gruppen, og tre var ferdige med terapiforløpet. Deltakerne hadde derfor mellom 3 til 24 måneders erfaring fra gruppen ( $M=18.8$ ,  $SD=9.09$ ). Ingen av deltakerne jobbet, men to av deltakerne studerte på fulltid underveis i behandlingen. Deltakerne var mellom 24 og 34 ( $M=29.6$ ,  $SD=4.72$ ) år, og som et kriterium for plass i MBT-behandlingen hadde alle diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ved oppstart. Det ble ikke gjort noen uavhengig vurdering av diagnosene i forbindelse med studien. Tilbud om gruppen vurderes ut fra at pasienten har en livssituasjon som gjør det mulig å møte opp jevnlig og at han eller hun har evne til å forstå og delta i behandlingen. Eksklusjonskriterier er blant annet aktivt alvorlig rusmisbruk, aktiv psykose og psykisk utviklingshemming. Ved inntak i kombinasjonstilbudet er det nødvendig at pasientene har en funksjonssvikt av en viss alvorlighetsgrad som gjør det nødvendig med mer enn poliklinisk individualterapi alene.

Deltakerne som gikk i gruppen ble rekruttert til studien av gruppeterapeutene under en gruppetime, og de som nylig var ferdige i gruppen ble kontaktet direkte per telefon av

gruppeterapeutene. Utvalget er et strategisk utvalg av personer der alle kom fra samme MBT-gruppe, men med variasjon i når deltakerne begynte og sluttet. Noen deltakere har gått i gruppen samtidig, og andre har ikke det.

### **2.3 Etiske hensyn**

Alle deltakerne ble intervjuet av undertegnede i løpet av juni 2017. Undertegnede satte seg inn i etiske problemområder før intervjuene, og alle deltakerne fikk på forhånd et informasjonsskriv om studien der formål, design, risikoer og fordeler var inkludert (Kvale & Brinkmann, 2015). Alle skrev under på en samtykkeerklæring, som ble scannet og journalført av gruppeterapeutene. Deltakerne ble informert om at de kunne kontakte undertegnede eller terapeuter ved DPS-et ved spørsmål eller andre behov, og at deltakelse var frivillig. Alle deltakerne er over 18 år og vurdert som samtykkekompetente av gruppeterapeutene. De ble anonymisert gjennom deltakernummer, sletting av lydopptak og ved at transkribering ikke inneholdt identifiserbar informasjon. Datamaterialet ble oppbevart på sikker sone på NTNU sine servere. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med referansenummer 54043, datert 03.05.17. Søknad til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) ble besvart med at studien var utenfor deres mandat, datert 24.05.17.

### **2.4 Intervjumal**

Undertegnede utviklet intervjumalen på bakgrunn av teori fra Tjora (2017), Malterud (2011) og Elliott og kollegaer (2001). Deler av intervjuet er basert på Client Change Interview Protocol (Elliot Robert, 2001), og malen ble lest og kommentert av veileder ved Psykologisk institutt ved NTNU og Katharina Teresa Enehaug Morken fra Universitetet i Bergen. Intervjuets oppbygging følger Tjoras (2017) anbefaling om oppvarmingsspørsmål, refleksjon og avrundning og er delt i tre tema. Første tema undersøker hvordan deltakerne ser på gruppeterapien som en helhet, inkludert motivasjon og syn på eget bidrag i gruppen. Det andre temaet er om deltakerne har opplevd endringer etter å ha begynt med gruppeterapien, hva dette kommer av og hva som oppleves nyttig. Den siste delen er spesielt relevant for tilpasning av terapien og for å forebygge frafall. Den handler om hvilke aspekter ved gruppeterapien som oppleves som vanskelige, om forventninger ikke har blitt møtt og om det er noe som mangler i behandlingen. Intervjumalen og informasjonsskriv er vedlagt i appendiks.

## 2.5 Datagenerering

Dybdeintervjuer er en god måte for å høre personers erfaringer og meninger om et tema (Tjora, 2017). Intervjuene varte mellom 62 og 107 minutter (80, 107, 93, 62, 69 minutter). Alle intervjuene ble tatt opp på lydbånd og transkribert av undertegnede. Intervjuene ble gjennomført på to ulike grupperom på DPS-et der gruppeterapien foregår. Å ha intervjuene på DPS-et var gjort bevisst for å være fysisk og assosiativt nær terapisisituasjonen det skulle reflekteres rundt.

Utgangspunktet for innhenting av data var et mål om å nå et metningspunkt i informasjonen fra deltakerne. En gullstandard for datainnhenting i kvalitative studier er nemlig å oppnå en form for metning der mer data ikke gir noe ny informasjon (Guest, Bunce & Johnson, 2006; Holton, 2007). Til tross for en enighet om at dette er et mål er det likevel ikke klart hvordan metning egentlig kan operasjonaliseres for å estimere et utvalg (Guest og kollegaer, 2006). Metning vil også være mer utfordrende å oppnå i en gruppe med stor heterogenitet (Guest og kollegaer, 2006). Samtidig kan det argumenteres for at nettopp variasjonen innad i en gruppe kan være et mål i seg selv å studere (Graves, 2004).

## 2.6 Analyse

Datagrunnlaget for studien var fem transkriberte intervjuer på henholdsvis 29, 26, 25, 15 og 25 sider (til sammen 120 sider). Analysen følger en stegvis deduktiv-induktiv (SDI) strategi, som sørger for å utnytte potensialet i empirien og holde seg nær dataene (Tjora, 2017). Intervjuene ble kodet gjennom en empirinær tilnærming der kodene ikke representerer forhåndsbestemte kategorier, men direkte reflekterer innholdet i teksten selv (Tjora, 2017). Kodingen i SDI er som det som i grounded theory kalles åpen koding (Holton, 2007). Etter dette var datamaterialet redusert til 539 koder som hadde totalt 918 referanser i intervjutekstene. Analysen innebar en kontinuerlig overvåking av sammenhengene mellom det empiriske og det teoretiske i analysen, omtalt som en induktiv-deduktiv prosess (Tjora, 2017). Det neste steget var at relaterte koder ble satt sammen i kodegrupper, og dette ble gjort i flere omganger. Den første runden med kodegruppering ga omtrent 40 grupper, der halvparten var relatert til opplevelsen av gruppeterapi og den andre halvdel relatert til endringsprosesser. Disse ble slått sammen og redusert til 15 kodegrupper, som så ble redusert til seks hovedkategorier. Disse kategoriene er grunnlaget for resultatene i studien.

Utvelgelsene av kategoriene er gjort ut fra hva flere deltakere var opptatt av, hva som representerer noe nytt (Malterud, 2011) og hva som var mest relevant for problemstillingen. I motsetning til SDI-metoden har undertegnede ikke generaliserbarhet som mål, men legger

vekt på at økt forståelse kan føre til oppdagelse av ukjente aspekter som senere kan undersøkes og testes for generalisering (Elliott og kollegaer, 2001).

Databehandlingsprogrammet NVivo for mac (QSR International Pty Ltd, 2014) ble brukt i koding- og grupperingsprosessen.

### **2.7 Pålitelighet**

Kvalitative studier bygger på fenomenologiske og hermeneutiske forskningstradisjoner (Malterud, 2011). Denne studien har også bakgrunn i en forståelse av at menneskers opplevelser kan erfares og tolkes på ulike, men likeverdige vis. I tråd med et slikt fortolkende vitenskapssyn (Tjora, 2017) ser denne studien også på forskerens deltakelse som både en ressurs og som støy. Refleksivitet, systematikk og bevissthet rundt teoretiske referanserammer er med på å sikre kvaliteten til kvalitative studier og redusere forskerens subjektivitet, uten at det lar seg eliminere (Malterud, 2011). Refleksivitet i studien understøttes av at undertegnede brukte refleksjonsnotater gjennom prosessen, som ligner memos i grounded theory (Charmaz, 2014). Disse ble skrevet etter intervju, underveis i transkribering og analysing, og brukt til å belyse momenter i diskusjonen. Studien forsøkte også å følge SDI-metodens stegvise og empirinære tilnærming som opprettholder god systematikk (Tjora, 2017). Likevel vil forskerens teoretiske referanseramme ligge til grunn for valgene som tas underveis i et forskningsløp, spesielt i analysen (Malterud, 2011). Forforståelsen til undertegnede var påvirket av etablerte teorier om emosjonelt ustabil PF og MBT, varierte kliniske erfaringer med pasienter med diagnosen, og en faglig og sosioøkonomisk interesse for bruk av gruppeterapi som behandling for emosjonelt ustabil PF. Det lå til grunn en forventning om en pasientgruppe med høyt lidelsestrykk og med vansker å se seg selv utenfra, noe som både ble bekreftet og avkreftet i intervjufasen.

## **3. Resultater**

### **3.1 Avklaring**

På grunn av begrensninger i tid og tilgang til deltakere ble ikke et tydelig metningspunkt oppnådd i datainnhenting. Undertegnede opplevde etter intervjuene at deltakerne i stor grad presenterte ulike historier om gruppeterapien. Underveis i kodingen virket det derimot som at det var flere fellestrekk enn tidligere antatt.

Under presenteres en tabell med oversikt over kodegrupper som har ledet opp til kategoriene som er grunnlag for resultatene i studien. Tabellen viser de siste stegene av kodegruppering, der kodegrupper (fra høyre) har blitt redusert og lagt sammen til relaterte nye



## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

grupper (mot venstre). Kodegruppene som er minst redusert i tabellen presenteres med tall som beskriver hvor knyttet utsagnene/gruppen er til rådatamaterialet (transkripsjonene). Det første tallet i parentes er hvor mange deltakere som har uttalt seg om kodegruppen (kilder) og det andre tallet er hvor mange steder i datamaterialet uttalelsene er knyttet til (referanser). Denne måten å presentere resultatene på er gjort for å opprettholde en transparen i forskningen (Tjora, 2017), for å gi leseren en oversikt over funnene og for å tydeliggjøre at det er gjort en utvelgelse av tema.

I beskrivelsene av resultatene under brukes begrepet deltakere både om deltakere i prosjektet og alle deltakerne som går i MBT-gruppen. Beskrivelsene av antall deltakere knyttet til et utsagn er relativ til størrelsen på utvalget. Dermed gjelder betegnelsen alle for alle fem, de fleste som fire, flere som tre, noen som to og en som en (5 = alle, 4 = de fleste, 3 = flere, 2 = noen, 1 = en). Sitatene er deltakernes («D») utsagn om ikke det står bokstaven «I» (intervjuer) foran en setning.

### 3.2 Tabell

Emosjonell eksponering	Får fram følelser Å høre på andre Konflikter Hvordan dette takles	Får fram følelser (5-42) Vanskelig å være sårbar (5-19)  Å bære på andres problemer (4-10) Jeg kan kjenne meg igjen i andre (4-27) Mest nyttig for meg å høre på andre (1-8)  Konflikter i gruppa (5-26) Lært meg å håndtere konflikter (3-7)  Tungt å gå i sånn behandling (4-34) Følelser rett etter gruppeterapien kan være vanskelige å takle alene (1-11)  Litt bra å bli litt presset (3-6) Det var nyttig selv om jeg ikke likte det (2-9)  Gruppeterapi er annerledes enn individualterapi (3-9)
Relasjonell eksponering	Forskjeller og likheter Forholdet til gruppen	Folk er veldig forskjellige (5-28) Likheter kan være vanskelig (1-2) Gruppeterapi nyttig for å forstå andre (2-4)  Gruppa kan gi støtte (5-12)  Kan bli redd for hva de andre tenker (4-19) Man kan føle seg utenfor hvis de andre blir bedre venner (3-4)

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

		Jeg er annerledes enn resten (2-4) Kan etterligne det vanlige livet (3-8)
Å hjelpe andre når man selv trenger hjelp	Hvem som får snakke Å hjelpe andre	For lite tid til å snakke om tema (3-30) Man sammenligner problemer i temarunden (3-7)  Veksle mellom å hjelpe andre og være sårbar (4-15)  Tenker bare på andre og ikke meg selv (4-19)
Uforutsigbarhet	Trygghet Struktur	Trygghet varierer (5-49)  Manglende informasjon (1-2)  Avbrytelser og brudd (4-17)
Endringsprosess	Tar tid å bli bedre Frem og tilbake Annet syn i ettertid	Ulike tidsperspektiv (4-27)  Formen går opp og ned (2-12) Det gikk stegvis (2-4) Ble enklere å bruke terapien etter en knekk (3-8)  Synes opplegget virket bra i ettertid (2-5)
Blandede opplevelser av effekt	Positiv endring Ingen bedring eller forverring	Jeg hadde en positiv endring (5-77)  Jeg prøver så godt jeg kan (3-17) Dette er noe jeg vil (4-5) Tror det handler om innstilling (2-3) Jeg må benytte meg av tilbudet (2-4)  Ingen endring (3-10) Terapien var dårlig for meg (1-4)

Andre enkeltuttalelser som er interessante er; gruppeterapien kunne vært bedre enn den var (1-3), lærer verktøy for at ting ikke skal bli så vanskelige (1-5), handler om her og nå (1-3), analyseringen fortsetter utover gruppetimen (1-1) og jeg bryr meg mindre om andres problemer (1-1).

### 3.3 Emosjonell eksponering

**Får fram følelser.** Flere pasienter bekrefter at gruppeterapi er noe helt annet enn individualterapi. En person forteller at gruppeterapi er annerledes fordi hun skjønner seg selv bedre enn før, en annen fordi hun føler seg forstått og en forteller at hun blir mer utfordret i gruppeterapien enn i individualterapien.

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

*«I individualterapien så kan du jo bare snakke om det du vil og unngå det du ikke ønsker å tenke på eller snakke om, mens i gruppeterapien blir du jo konstant eksponert for, for ting og, utfordret.»*

Det mest omtalte nyttige aspektet er at gruppeterapien får fram følelser. En deltaker forteller at hun opplevde generelt mer tilstedeværelse av emosjoner, og at hun merket dette før hun begynte å legge merke til egne tanker og følelser.

*«Nei fordi at jeg klarte liksom ikke helt å jeg visste ikke helt hva jeg følte eller hva jeg tenkte, men følelsene var der da hvis man kan si det sånn. Jeg kjente at det var, det var veldig mye der, og før hadde jeg ikke kjent noen ting.»*

De fleste deltakerne forteller at de generelt har vansker med å slippe fram følelser og kjenne affekt. I gruppeterapien derimot, ble de tvunget til å kjenne på ting både gjennom egne og andres fortellinger. Alle bekrefter at det er vanskelig å være sårbar og åpne seg for de andre. De fleste sier at hvor trygg man føler seg i gruppen har mye å si og det nevnes at det kan ta tid å bli godt nok kjent. To deltakere forteller at det er lettere å være i gruppen når de ikke snakker om egne ting, en deltaker sier at hun sjeldent har vist følelser i gruppen og en annen sier hun er redd for hva som skjer hvis hun åpner seg.

*«Så.. når den muren har holdt på å smuldre bort så blir jeg mye mer meg selv da, den jeg egentlig er, men den jeg ikke liker å være.. Så det også på en måte skaper et visst sånn kaos da. At man liksom ikke.. man klarer ikke I: Åjaa det er ubehagelig å være den, mener du? D: Ja den personen du egentlig er»*

Noen deltakere opplevde å få mer angst av gruppen, der en av deltakerne relaterte dette til ubehagelige hendelser i gruppen og en annen til at følelsene generelt var mer tilgjengelige.

*«I: Mhmm. Hvordan.. hva slags ting så de som var blitt verre?»*

*D: Med meg.. nei det var bare at jeg fikk sånn angst, og hadde det så dårlig og ville ikke gå... Jeg ble redd for å gå ut etter at (hendelse i gruppa), da ble jeg redd for å gå ut av døren.»*

*«I: Mmm. Eeemm. Er det noeeee.. som har blitt verre siden du begynte. I gruppeterapi?»*

*D: Generelle angsten*

*I: okeey ja*

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

*D: (ler). Eee men det. Det er ting som regulerer seg gjennom hele dagen da. Men deet er jo fordi jeg har. Før hadde jeg jo ikke. Jeg hadde angst før også, men den er nesten blitt sterkere nå fordi følelsene mine er mye mer tilgjengelig»*

**Å høre på andre.** Deltakerne fortalte også at det å høre på andre gjør at ting i dem selv blir vekt opp eller at de kan bli triste av at andre er triste. En deltaker er tydelig på at hun får mer ut av å høre på andres historier enn å fortelle om seg selv og at gruppeterapi derfor er særlig nyttig for henne.

*«For min del så var det sånn nesten sånn eksponeringen da, som er bra. Det at jeg blir tvunget til å.. til å reagere og kjenne på følelser for jeg er veldig innesluttet og kald da som regel, så jeg brukte veldig veldig lang tid på å på en måte koble meg på. Men derfor var det mye enklere når andre hadde reaksjoner eller fortalte ting, for da klarte jeg å henge meg på det»*

De fleste forteller også at det å bære på de andres historier kan være tungt, fordi det kan være mange vonde historier, at det er vanskelig å legge det fra seg etterpå og fordi det å høre på andre vekker ting i dem selv.

*«Mm. Det går veldig inn på meg ting de forklarer så.. Det er veldig tøffe historier, mange som.. at jeg liksom må sitte der og høre på det, det liksom det.. det gjør noe med deg. Du skal gå herfra, aaah da snakkes vi neste gang. Ikke sant, du skal prøve å legge det fra deg. Og du skal gå ut i hverdagen og ikke tenke på det og.. gå hjem og ha et normalt liv. Det kan.. det er utfordrende. Og det går også ut over følelsene.»*

En annen deltaker forteller at hun synes det er vanskelig å mentalisere når hun føler med de andre deltakerne.

*«For jeg får ikke til å mentalisere sånn i gruppa, for jeg blir veldig sånn jeg tenker på de som sitter der. Jeg klarer ikke å se på utsiden..»*

**Konflikter.** Emosjoner kommer også frem gjennom ting som skjer i gruppen. Alle deltakerne snakker om at gruppen kan være hardt arbeid i den forstand at man kommer opp i utfordrende og tøffe situasjoner. Deltakerne forteller at det kan oppstå konflikter mellom pasienter eller med gruppeterapeutene. De forteller om dårlig stemning, småkrangling og direkte konfrontasjoner i gruppen.

*«Det kan bli litt eeh.. hva heter det? krangling, hehe (ler). For å si det på den litt.. fine måten.»*

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

Noen opplever at det kan være vanskelig å ta hensyn til hverandre eller bli tatt hensyn til, og flere nevner at de har merket at de sliter med å stå opp for seg selv i konfliktsituasjoner. Her er det stor variasjon. En deltaker forteller for eksempel at hun aldri havnet i konflikt med noen i gruppen og en annen forteller at hun etter en negativ hendelse var borte fra gruppen i flere uker.

*«Ehm. Så det er en ting som jeg har lagt merke til eller som ble klart for meg når jeg ble ferdig i terapien liksom at jeg.. at jeg ikke har vært oppe i noen konflikter eller at noen har vært uenig med meg eller at det har vært noe sånn, og det er jo egentlig litt rart synes jeg.»*

*«jeg satt og gråt og var helt.. hadde det helt forferdelig. Men det var.. de sa liksom ingen ting utenom å bare la henne holde på.... så da turte jeg ikke gå etter det. Da var jeg hjemme i flere uker.»*

**Hvordan dette takles.** Nesten alle forteller at det kan være tungt å gå i en behandling som gruppeterapi. De forteller at det er mye å forholde seg til og at de særlig i begynnelsen ble veldig slitne etter gruppeterapitimene. En deltaker forteller at følelser som vekkes opp i terapien kan være vanskelig å håndtere i etterkant og at dette kan gå utover pårørende hjemme. Flere fortalte at resten av dagen deres var ødelagt på grunn av en følelsesmessig utmattelse de første gangene. Noen sier at det er tungt å snakke om ting de har prøvd å skyve vekk.

*«At fordi at det blir veldig tungt. Fordi at jeg er mest, ehm det har jeg gjort hele livet, at jeg er mest sånn der at jeg pakker ting under en stein, men så gidder jeg egentlig ikke ta det fram. Men så her er det sånn at her må du ta det fram, og da blir det fryktelig tungt og du tenker veldig mye. Og av og til så kan jeg jo kjenne på at jeg føler at det er negativt. For at jeg har jo ikke lyst til at hver eneste onsdag skal bli et helvete på en måte.»*

Samtidig sa flere at gruppen kunne være tung på en god måte og at det som er vanskelig i gruppen også kan være bra.

*«D: Man er, jeg er veldig sånn mentalt sliten etter at jeg er ferdig da.*

*I: Jaa ja det er interessant*

*D: Mmmm. Veldig sånn, dagen blir litt tung. Men. Det er litt rart å si det, men ikke tung på en dårlig måte, men tung på en god måte, men veldig sånn at du bare ikke orker noe mer etterpå.*

*I: Mmm. Litt sånn hardt arbeid kanskje, eller?*

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

*D: Jaa det føles nesten ut som at man på en måte har tatt en tre og en halv time med en hard styrkeøkt på treningssenteret liksom. Du blir litt sånn tom. Ja»*

*«...da håper jeg jo at, jeg håper jo at jeg vil ha det utover og. At jeg vil kjenne noe affekt.»*

De forteller at de kunne få utbytte av gruppen selv om de egentlig ikke ville gå, at det var litt bra at terapeutene presset dem til å snakke og det var nyttig å eksponere seg selv om det ikke følte bra.

*«Eksponering skulle jeg sagt, det at man blir tvunget til å si sitte å kjenne på ting. Ehm.. Det er jo ikke alltid at det føles bra, men jeg tror det er bra i lengden. Å gjøre det. For det er trygt å gjøre det der og da kan man få noen sånn, da kan det skje noe med deg at det, det er trygt å gjøre det der eller det er trygt å gjøre det hjemme.»*

### 3.4 Relasjonell eksponering

**Forskjeller og likheter.** Alle deltakerne forteller at gruppemedlemmene er veldig forskjellige, både i personlighet, reaksjoner og stadier i livet. Flere nevner at dette er bra og lærerikt.

*«Eee det er jo braa at, for meg er det jo bra at, mange forskjellige der. Mange forskjellige folk. Som reagerer forskjellig oog har forskjellige meninger.. for det. Det hjelper jo ikke meg sånn, som kanskje, sånn terapimessig så hjelper det ikke at vi sitter og har det koselig (ler) ooog, at vi aldri reagerer på noe»*

Samtidig forteller de fleste deltakerne også om fellestrekk. En deltaker sier at likheter som at alle er kvinner kan være problematisk og at det er vanskelig å mentalisere andre som sliter med det samme som deg selv. De fleste ser derimot på likheter som positivt ettersom de kan kjenne seg igjen i hverandre og at det er godt å ikke være alene om vanskene de opplever.

*«At man ikk.. at man vet at det er flere der ute som faktisk er veldig like deg da. Og har det som deg, du er ikke den eneste. Og de, det får deg til å.. Du føler deg litt mer normal plutselig. Du føler deg litt mer sånn.. jeg er jo en del av befolkningen jeg også liksom. Jeg hører faktisk til et sted..»*

*«Mmm. Og det synes jeg er det beste med å komme, var å komme i gruppa. Det var på en måte... Bare du sitter liksom og bare herregud du snakker jo om meg. Jeg trodde ikke det var mulig, ikke sant. For at, andre som ikke er syke. De.. skjønner jo ikke noen ting. Altså de får ikke til å sette seg inn i det. Så det er liksom. Det er po, det er positivt da. Det unormale blir veldig normalt, i våre øyne da.»*

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

I tillegg forteller en deltaker at hun kan lære verktøy og teknikker fra de andre i gruppen som opplever lignende vansker. Disse prøver hun å bruke i hverdagen, for eksempel å gå vekk for å roe seg når hun blir sint.

**Forholdet til gruppen.** Alle deltakerne sier noe om den støttende funksjonen til gruppen. For eksempel ble det sagt at de med samme diagnose forstår dem bedre, at de andre deltakerne hadde lagt merke til noe gruppelederne ikke hadde og at de bryr seg om hverandre i gruppen.

*«Og så sa hun ååh hvor ble (eget navn) av? Også var det noen som, nei men jeg så henne, hun er fortsatt her liksom. Også snudde hun seg og der er du jo også ga hun meg en klem også sa jeg er såå stolt over deg. Og det vaar såå digg (ler, smiler). Det var skikkelig fint. Det støtten liksom, at man ja. Jaa. Det var skikkelig fint. Det er nok.. det er en av de beste klemmene jeg har fått i hele livet mitt tror jeg. Bare.. for det var sånn. Det var så skummelt også.. fikk jeg liksom, jeg er stolt av deg etterpå. Det var veldig fint.»*

Det kan likevel også være vanskelig å komme nær en gruppe egentlig ukjente. De fleste deltakerne forteller at de tenker mye på hva de andre tenker om dem. Noen forteller at de har gjort ting de angres på i ettertid og noen sier at de kan føle at de andre snakker eller tenker stygt om dem. Flere deltakere sier at de føler på det å ikke ha like god kontakt med de andre som andre har med hverandre og noen forteller at de føler seg annerledes enn resten av gruppen.

*«Da.. jeg føler på en måte at de har på en måte fått et bedre bånd, sammen enn det jeg har fått. Noen ganger når jeg er der da, så føler jeg meg veldig sånn alene da.»*

Flere deltakere forteller at det som skjer i gruppen kan etterligne verden utenfor som forskjeller mellom folk, hendelser i gruppen og relasjonelle opplevelser. Dette kan gi læring og utnyttes terapeutisk. En deltaker forteller for eksempel at gruppen kan være en arena for å øve på ting som ellers er vanskelig å gjøre i hverdagen.

*«Jah. Sånne episoder, sånne følelser, sånne tanker. Uenigheter. sånn vil det jo være når man på en måte, når man er ute i det vanlige livet også på en måte (smiler). Man vil jo komme opp i situasjoner som er vanskelige»*

Noen deltakere tar opp at det kan være vanskelig å ikke skulle ha kontakt utenom gruppemøtene. De forteller et ønske om å kunne være sammen med de som er ensomme eller

å ringe de som de vet har det ekstra vanskelig. Samtidig forstår de hvorfor reglene om ingen kontakt er som de er, for eksempel at det kan påvirke terapien om noen blir bedre venner enn andre.

### 3.5 Å hjelpe andre når man selv trenger hjelp

**Hvem som får snakke.** Vurdering av hvilke tema som skal snakkes om i hver enkelt gruppetime er noe alle deltakerne er opptatt av. Flere deltakere synes det er for liten tid til å snakke, at det går lang tid mellom hver sin tur og at gruppeterapeutene må være mer nøye med at alle får dele sitt. Dette kan bli et følsomt område for mange.

*«For det er mange som føler seg litt sånn satt til side da når man ikke får snakke for trettiende gang. At temaene deres ikke er like viktig som andre sitt. For... folk kan jo reagere på det også. Og bli veldig lei seg og gå ut døra og.. At man føler at man blir avvist. Det har vi hatt mange episoder med..»*

Flere forteller at de sammenligner sine tema med andres. Noen synes det er vanskelig å skulle ta plass fordi de tror at andre har det verre, men samtidig kan de iblant føle at andres tema er småting.

*«Men jeg, nå.. Jeg kunne jo se på det som en filleting og.. mens de kunne jo også se på noe sikkert som jeg tok opp som en filleting så det er jo.. ja, hehe.»*

**Å hjelpe andre.** De fleste fortalte om en blandet følelse av å skulle hjelpe andre når man egentlig skal hjelpe seg selv. Det kunne være utfordrende med et rolleskifte mellom å først skulle gi råd til andre og så være sårbar og motta støtte etterpå.

*«Og da går du litt i en annen rolle på en måte. Du går litt mer den der... den.. den rollen som en sånn autoritær på en måte. Litt sånn... Jaa.. Nå skal vi prøve.. kan du ikke prøve det.. og det skjønner jeg... oog ja det må gjøre vondt.. beveg.. altså det er sånn da går du inn i nesten litt sånn annen rolle da»*

En deltaker sier at det kan være en god følelse å hjelpe andre som har det vanskelig, men at hun etterpå kan kjenne på en ambivalens og ensomhet i hjelperrollen.

*«hvis de snakker om ting da som jeg kjenner meg igjen i, men jeg snakker ikke om meg selv, men gir dem heller råd på hva de kunne gjort eller trengt. Så blir jeg veldig sånn sittende igjen med en følelse av sånn litt sånn tomhet etterpå da. At jeg går litt inn i meg selv og begynner å tenke på de samme tingene som jeg har problemer med. Og så er det liksom ingen som kan på en måte gi meg de rådene.»*



De fleste forteller samtidig at de synes det er lettere å hjelpe de andre i gruppen enn å skulle fokusere på å hjelpe seg selv og at det er lettere å forstå andre enn å forstå seg selv. Flere forteller også at de synes det er lettere å mentalisere andre enn seg selv. For eksempel sier en deltaker at hun har fått høre at hun er overmentalisert og tror hun kunne fått mer ut av terapien hvis det hadde vært mer fokus på å mentalisere og ta vare på seg selv i gruppen.

*«...og jeg tror forsåvidt at det kunne ha hjulpet meg også om fokus hadde vært på å mentalisere meg istedenfor.. Eller mentalisere meg emosjonelt, for jeg kan tenke logisk at selvfølgelig blir jeg opprørt på grunn av det og det liksom.»*

### 3.6 Uforutsigbarhet

**Trygghet.** Deltakerne forteller om ulike opplevelser av trygghet i gruppen. Flere sier at de føler seg trygge.

*«Det går greit. Jeg føler meg ganske trygg på de som er her altså»*

Noen deltakere sier derimot at de ikke er trygge i gruppen. En deltaker fortalte at hun hadde hatt timer hun følte seg utrygg, men at det handlet mest om frykt for indre opplevelser. En annen forteller om vansker med å bli trygg på nye i gruppen og en sa at hun hadde hatt timer der hun var redd for at andre fysisk skulle skade henne.

*«Så er det jo viktig for at ting ikke skal komme ut av kontroll, sånn som det har gjort flere ganger. Folk blir urolige og utrygge og folk blir mer traumatisert.»*

Det er også forskjeller i hvordan de ulike deltakerne reagerer på utskiftninger i gruppen. En person nevner at hun synes det er spesielt vanskelig med nye mennesker og en annen sier at det er uproblematisk med nye i gruppen. Noen forteller at det ikke er mulig å planlegge hva som skal skje.

*«Så jeg tror nok det var derfor når jeg satt meg ned i gruppa så vet du aldri om det blir en sånn dag der jeg føler jeg må reise meg opp og gå eller, blir det en litt roligere en så.»*

**Struktur.** Noen deltakere sier at de har hatt et behov for at gruppen skulle hatt mer struktur og vært mer kontrollert enn den var.

*«Det tror jeg.. på det sterkeste at mennesker med borderline trenger grenser. For å finne seg selv»*

En deltaker sier at hun savner tydeligere informasjon og beskjerer rundt gruppen og opplegget generelt. For eksempel visste hun ikke før etter et år at hun også kom til å miste individualterapien sin samtidig som gruppeopplegget var ferdig. Det fortelles også om begrenset bruk av tid på å snakke om gruppeterapien i individualterapi.

De fleste av deltakerne forteller også om avbrytelser eller brudd underveis i terapien. Dette har skjedd gjennom utskiftninger av både pasienter og gruppe- og individualterapeuter og oppleves av noen som å måtte starte på nytt.

*«Å liksom (brudd), komme tilbake, være der noen måneder (brudd), hei og hade, komme tilbake igjen, de sluttet, tre nye.. ja. Og så kom det fire nye til i den perioden, det var liksom sånn.. det skjedde så mye.. så.. nei det bare datt helt ut.»*

Flere av deltakerne sa at de opplevde gruppeterapeutene som dyktige, men uten å utdype hvordan. En sier hun stoler på dem. Flere forteller at det er viktig at gruppeterapeutene er direkte og har kontroll over situasjonen, og noen savner dette.

*«Det er litt som å ta en lærer i en klasse med barn og så sitter terapeuten litt sånn, aaah jooo.. aaah deet.. det er jo litt rart.. Også løper barna rundt og liksom er helt tullete. Når målet er at bare nei nå må dere sitte ned og lese bøkene deres liksom. De må ta litt kontroll.»*

### 3.7 Endringsprosess

**Tar tid å bli bedre.** Det er stor variasjon i når og hvordan deltakerne opplevde en effekt av gruppeterapien, hvis de gjorde det. Flere deltakere forteller at det første halvåret spesielt er vanskelig og lite motiverende. De klarte ikke engasjere seg, var fjerne, så ikke nytten og en vurderte å slutte.

*«En periode var jeg veldig sånn.. jeg var ganske mye sånn, veldig umoden føler jeg. For da var jeg sånn at jeg, hva er vitsen med det her, var veldig sånn, jeg hadde sånn holdning til det meste. Jeg var sånn, jeg ga nesten litt nesten litt faen da. Jeg så ikke vitsen i noen ting og jeg synes det var teit og.. var veldig sånn da. Så hadde du intervjuet meg på den tiden så tror jeg du hadde fått litt andre svar»*

Det ble deretter sagt at det skjedde en endring etter hvert, for noen etter et halvt år og for en det siste halvåret av behandlingen. For en deltaker skjedde denne endringen etter at

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

gruppe- og individualterapeutene hadde et møte sammen med henne for å diskutere behandlingen. Dette var noe en annen deltaker fortalte at hun savnet. Noen deltakere forteller om å være utålmodige, men at de vet at det er en tidkrevende prosess å bli bedre.

*«Oog oog, den diagnosen, så så er det som regel ikke bedring før etter et halvår da. Du skal gå i ganske sånn. Du skal gå i terapi et halvår da, før du skal se en bedring»*

En deltaker sa også hun synes det er veldig dårlig at opplegget er tidsbegrenset til to år for alle, mens en annen sa hun synes at to år var mer enn nok tid.

**Frem og tilbake.** De fleste deltakerne forteller generelt om en bedringsprosess som går frem og tilbake, med en gradvis eller stegvis bedring og en del frustrasjon underveis. Motivasjon kunne være en utfordring.

*«D: Såå mm. Men jeg tror kanskje at personen må gjennom en sånn periode også*

*I: Mmmm.*

*D: Ja. (Lang pause): For jeg har jo også kanskje følt at ååhhh hvordan hjelper det her å sitte i ring og prate om. Skal det liksom hjelpe meg å bli bedre? Men neste gang så kan det være liksom så ååhh det har virkelig hjulpet.»*

Flere deltakere forteller også at det ble lettere å bruke gruppen og åpne seg etter å ha opplevd en større eller mindre emosjonell knekk. Denne knekken kobles både til noe som skjedde i gruppen og utenfor, men som likevel gjorde at gruppen ble brukt på en bedre måte og tilstedeværelse av mer følelser. De forteller at det ble lettere å åpne seg etter denne knekken og at følelsene ikke lenger ble så overveldende.

*«Mmm. Neei det gikk litt gradvis og det at jeg klarte å åpne meg litt mer. De første gangene jeg jeg snakket.. så.. knakk jeg jo helt sammen når jeg (var ferdig) med å prate. Men etterhvert så klarte jeg jo.. å snakke uten at jeg.. jeg ble liksom helt fra meg da»*

**Annet syn i ettertid.** Noen nevner at det er lettere å forstå terapien og terapeutene i ettertid sammenlignet med når man er i gruppen. En deltaker fortalte om en utmattelse etter timene som gikk over når hun fikk sortert litt i løpet av dagene etterpå.

*«Men så tenker jeg at, når det får roet seg litt etter et par dager så tenker jeg egentlig at det er jo det her akkurat det her jeg trenger»*

Et annet utsagn var en deltaker som opplevde at analyseringen av egne tanker, følelser og reaksjoner fortsatte etter gruppetimene, og etter at hun var ferdig i MBT-behandlingen.

*«I: (pause) Så det, sånn eksplosive reaksjoner for eksempel at ee de har blitt dempet hva tror du det kommer av?»*

*D: Det å lære seg nye ting skulle jeg til å si, være nysgjerrig på.. på seg selv eeh. Når man får den reaksjonen, prøv å finn ut hvorfor.. hva det er og hvorfor du får den reaksjonen. Men det er jo ikk, for ofte har jeg jo ikke svaret. Eem. Men sånn når man ss når man er i en sånn terapisisituasjon så lenge så blir man jo tvunget til å.. gjøre det der. Hver eneste uke. Og det stopper jo ikke i.. i gruppetimen det fortsetter jo resten av uka.»*

### 3.8 Blandede opplevelser av effekt

**Positiv endring.** De fleste deltakere kunne fortelle at de i en periode underveis i behandlingen eller i etterkant har endret seg på et eller annet positivt vis. De forteller blant annet at de er mer rolige og har mindre eksplosive reaksjoner enn før. Samtidig nevner noen at de slipper ut mer følelser, men på en mer normal og dempet måte. Flere deltakere forteller at de tenker på en annen måte og at de skjønner seg selv litt bedre enn før. Blant annet klarer de å sortere mer i hva de føler og reagerer på og at de på den måten får nye forståelser av ulike situasjoner.

*«...også ser jeg meg selv veldig tydelig i enkelte situasjoner. Jeg er veldig klar over når jeg reagerer urasjonelt og da sier jeg det. Jeg vet jeg reagerer dumt nå men (ler) jeg kan ikke noe for det. Sånn at jeg ser, ser når reaksjonene mine ikke er.. (uklart) sånn de skal være hvis man kan si det sånn.. emm. Og jeg vet triggerene mine veldig godt.»*

De beskriver å ha blitt flinkere til å mentalisere seg selv, bli mer reflektert og å klare å tenke samtidig som man føler. Disse forteller også at endringen plutselig hadde skjedd uten at de la merke til det eller forstår hvordan. En person sa at hun gikk mindre og mindre til individualterapien fordi hun fikk mer utbytte av gruppeterapien. Flere forteller at forandringen ble lagt merke til av familie og venner.

*«Det er jo ofte i sånn.. ehh sånne situasjoner hvor jeg ellers ville ha blitt helt fra meg eller sint eller uansett og nå er jeg, klarer å håndtere den. At jeg er behersket, eller hva jeg skal si. Så har jeg jo fått høre at oii hadde ikke trodd du skulle ta det så bra.»*

Alle deltakerne forteller at de gjør en innsats for å bli bedre. Flere forteller om forventninger fra seg selv eller andre til å benytte seg av tilbudet når de først fikk det. Noen sier at dette er noe de vil klare å gjennomføre.

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

*«Så tenker jeg alltid at jo men det kanskje det blir bedre, kanskje det kommer noe bra ut av det her. For jeg vil jo bli bedre ikke sant, jeg vil jo ikke.. gir jeg opp så får jeg jo ingen ting.»*

Noen av deltakerne mener at det å bli bedre handler om innstilling og at man må virkelig ville bli frisk for å klare å gjøre jobben som trengs.

**Ingen bedring eller forverring.** Selv om det rapporteres større og mindre men positive endringer hos de fleste, forteller noen av deltakerne at de generelt ikke føler seg bedre av behandlingen.

*«Jeg har blitt flinkere til å mentalisere, jeg har blitt flinkere til å kontrollere, men det er liksom. Jeg har vel på en måte ikke klart fordi det har vært så mye fram og tilbake så har jeg på en måte ikke klart også lære meg å stabilisere det.»*

En deltaker sier at selv om hun ikke fikk utbytte av den, tror hun gruppeterapien kunne ha vært effektiv hvis den var gjort bra.

*«Så jeg tror absolutt at gruppeterapi kan være effektivt. Men det må være kontrollert. Alle i gruppa må få plass.. oog.. føle seg trygge»*

Det blir også sagt at individualterapi er mer nyttig enn gruppeterapien.

*«D: psykologen har fungert bedre for meg enn å gå i gruppeterapien*

*I: Jaa*

*D: Jeg føler jeg får mer utbytte av det, å få pratet om mye mer. Og at han forstår meg.. mye mer enn de i gruppa gjør da»*

En deltaker forteller at hun har blitt mer rolig rundt folk enn før, men at hun ellers har blitt dårligere av terapien.

*«Men alle vennene var veldig sønn, det her er ikke bra for deg, for de så jo hvor dårlig jeg hadde det da.»*

Hun synes det er lettere å være seg selv rundt folk, men at dette kan komme av at hun har blitt mer vant til å være med folk og ikke terapien i seg selv. Hun sier også at hun bryr seg litt mindre om andres problemer enn før.

### **4. Generell diskusjon**

#### **4.1 Emosjonell eksponering**

Ut fra deltakernes utsagn kan det virke som at en av de mest effektive mekanismene ved gruppeterapien er at den fører til emosjonell eksponering. Dette ligner Morken og kollegaer (2017) sine funn av at det å kjenne på følelser i seg selv kan være en virkningsfull komponent ved mentaliseringsbasert terapi. Samtidig som denne eksponeringen kan oppleves som smertefull, virker det som at deltakerne forstår at formålet er å åpne opp for følelser og at dette kan være nyttig. I likhet med deltakerne i Fredriksson og Sandström (2013) forteller deltakerne her at de ønsker å kjenne på følelser. Den emosjonelle eksponeringen er en intrapsykisk prosess slik som den Johnson og kollegaer (2016) beskriver som en eksperimentering med følelser i et trygt miljø. Deltakerne får erfaringer av at det å utfordre tidligere unngåtte emosjoner gjennom å kjenne på dem gjør at de blir mer tolererbare (Morken og kollegaer, 2017). Dette øker emosjonell utholdenhet. Det som fremheves i denne studien som spesifikt for at gruppeterapien får til dette er den utfordrende sosiale situasjonen, forventninger fra gruppen om å åpne seg og at deltakerne kjenner på følelser ved å lytte til hverandre.

Virkingen av den emosjonelle eksponeringen blir todelt i denne terapiformen. Tilstedeværelse av følelser åpner opp for nyansering og ny forståelse av seg selv og andre (Johnson og kollegaer, 2016) og dette danner et grunnlag for utvikling av mentalisering. Dermed må deltakerne i tillegg til å øve på å kjenne på følelser i seg selv, i kontekst av MBT være nødt til å trene på å mentalisere samtidig. Denne økte evnen til å mentalisere kan føre til økt regulering av følelser som gjør den emosjonelle påkjenningen lettere. Dette kan ligge bak det at deltakerne forteller at terapien var tung, men at utmattelsen ble mindre etter hvert. Dette samspillet mellom emosjonell toleranse og mentalisering kan være en sentral endringsprosess i MBT (Morken og kollegaer, 2017). Samtidig er det også andre ting som krever energi i starten, som å forholde seg til en ny situasjon og nye mennesker. Å forholde seg til andre mennesker, regulere angst og arbeide med å bryte gamle reaksjonsmønstre krever energi, og dette er ting som også kan gjøre at deltakerne opplever å bli slitne i begynnelsen. Situasjonen kan bli mer håndterlig ettersom deltakerne får mer erfaring med gruppen, som kan gjøre at den umiddelbare utmattelsen går ned uavhengig av om mentaliseringsevnen har blitt bedre.

Uansett hva som fører til denne nedgangen, er det nyttig for deltakernes motivasjon at de tidlig erfarer at noe kan bli lettere og at det som er tungt kan bli bedre. Pasienter med en slik forståelse vil kunne holde ut lenger i gruppen og kunne bruke gruppen bedre når de er der ved å være modige nok til å eksponere seg emosjonelt og øve på mentalisering. Samtidig kan mulighetene for å ha en positiv holdning og holde ut påkjenninger i gruppeterapien nettopp avhenge av deltakernes funksjon og mentaliseringsevne underveis (Gullestad, Johansen, Høglend, Karterud & Wilberg, 2013).

At emosjonell eksponering avhenger av en slik utholdenhet, sier noe om at det i utgangspunktet er et krav til en viss grad av mentalisering hos deltakerne. Dette kan bety at et visst nivå av mentalisering er nødvendig for å holde ut i gruppen (Fredriksson & Sandström, 2013; Gullestad og kollegaer, 2013). Noen av deltakerne som ble intervjuet ga uttrykk for at opplevelser i gruppen var vanskeligere enn andre, og dette støtter tidligere funn av at noen deltakere kan slite mer enn andre med å utnytte seg av gruppeterapi (Fredriksson & Sandström, 2013). I tillegg til vansker med å bruke gruppeterapien konstruktivt, er det en mulighet for at disse deltakerne også er de som er mest sårbare for negative reaksjoner på den emosjonelle eksponeringen. De kan da reagere med både intrapsykisk og interpersonlig atferd som forstyrrer utviklingen av mentalisering, for eksempel gjennom angst eller utagering. Dette kan føre til at enkeltindivider, særlig de med dårlig evne til mentalisering og kanskje også dårligst funksjon, faller utenfor. Det kan være nødvendig at gruppeterapeutene klarer å fange opp disse individene for å unngå negative effekter på individ og gruppe, ettersom studier har påpekt at følelser som vekkes i gruppeterapien er viktig å adressere og regulere (Fredriksson & Sandström, 2013; Hummelen og kollegaer, 2007). En ulempe med gruppeterapi er nettopp det at opplegget ikke kan tilpasses den enkelte (Gullestad og kollegaer, 2013). En deltaker i denne studien fortalte for eksempel at en av gruppeterapeutene hadde blitt igjen en gang hun hadde det spesielt vanskelig og at hun opplevde dette som fint. Gruppeterapeutene kan på denne måten bistå i spesielle tilfeller, men det er også viktig å unngå at gruppeterapi blir som individualterapi i gruppe (Karterud, 2012). Et godt alternativ er å heller oppmuntre individualterapeutene til mer aktivt å involvere seg i hva som skjer med den enkelte i gruppeterapien, ettersom vanskelige opplevelser skal kunne bearbeides med individualterapeuten (Karterud & Bateman, 2010). I denne studien tyder det på at dette har et forbedringspotensial.

Det virker å være store forskjeller mellom deltakerne i hvor emosjonelt aktive de er i gruppen. Opplevelsen til noen av pasientene er at det er vanskelig å få tak i følelser i det hele tatt, og for andre kan det være lettere å aktivere emosjoner, men at de opplevdes som

skremmende og overveldende når de kommer. Det at følelser enten blir avstengt eller er uregulert (ofte uttrykt som overaktivert) er kjent ved emosjonelt ustabil PF (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud & Bateman, 2010; Paris, 2008). Dette er et viktig fokus for mentaliseringsbasert terapi, ettersom mentaliseringsevne krever en passende aktivering av følelser. For høy eller lav aktivering vil kunne hindre integrering av mentalisering (Bateman & Fonagy, 2006), og dermed hindre læring fra behandlingen. Det kan også se ut som at det er forskjeller mellom deltakere i hvor involvert de opplever at de bør være for å få nytte av det som skjer. Dette kan potensielt kobles til hva som gir en tolererbar grad av emosjonell aktivering for den enkelte. Noen pasienter virker å få mye ut av å lytte til andre og andre har behov for mer tid til å snakke selv. I mange tilfeller vil begge deler være nyttig ettersom andres historier fører til at egne følelser aktiveres, for eksempel ved en deltakers utsagn om at det er vanskelig å mentalisere når hun føler med andre.

Konflikter i gruppen kan også fungere som et emosjonsfremmende element og som noe som fordrer trening på mentalisering. Konflikter som skjer her og nå i gruppen kan føre til et emosjonelt engasjement hos de fleste, og er noe alle deltakerne forteller å ha observert i gruppen. Trening på å takle konflikter er i tidligere studier opplevd som lærerikt fra gruppeterapi (Fredriksson & Sandström, 2013). I denne studien ser det ut som at erfaringen med å være direkte involvert i konflikter eller ikke er svært individuell. Det kan virke som at noen av deltakerne havnet i mange konflikter og at andre reagerte på konflikter med å trekke seg tilbake. Ut fra mentaliseringsteori kan dette være en måte å reagere på i situasjoner med sterke affekter, mellom kaotiske mestringsstrategier (i psykisk ekvivalens) og emosjonell avstengthet (i pretendmodus) (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud, 2012). Konflikter i tolererbar grad kan være positivt, men blir aktiveringen for høy kan mentaliseringen bli utilgjengelig. Disse variasjonene i måter og grader emosjoner kan aktiveres på en styrke ved gruppeterapi. Følelser gjennom å snakke om egne opplevelser, gjennom å delta eller observere hendelser i gruppa og gjennom å lytte til andre, gjør at gruppeterapi virker som et unikt bidrag til å trene på mentalisering i praksis (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud, 2012).

### **4.2 Relasjonell eksponering**

At det er store forskjeller mellom menneskene i gruppen var noe alle deltakerne var klare på. Dette samsvarer med at emosjonelt ustabil PF er en heterogen diagnosegruppe med stor variasjon i grader av mentaliseringsevne. Dette gjør det sannsynlig at personer med forskjellige personligheter og funksjonsnivå blir satt sammen i gruppe. Denne studien tyder på både positive og negative sider ved variasjon i gruppen. Noen mener at en gruppe med



pasienter med lignende problemer kan provosere frem primitive og kaotiske gruppeprosesser (Wilberg & Karterud, 2001), og at det derfor bør etterstrebes en viss variasjon. Samtidig kan for store forskjeller mellom deltakerne skape en risiko for at pasientene opplever gruppen som utfordrende og uforutsigbar. Det kan uansett virke som at variasjon i grad av mentaliseringsevne er nyttig for gruppedynamikken, slik at det finnes noen individer med høy nok mentaliseringsevne til å holde gruppen samlet (Karterud, 2012). En viss variasjon i gruppen vil også kunne bidra til å øke kunnskapen om ulike sinn. Mange med emosjonelt ustabil PF kan ha en tendens til å vurdere andre mennesker som enten gode eller onde (Paris, 2008) og dette kan en gruppeterapisituasjon utfordre (Roller & Nelson, 1999). I møtet med andre deltakere kan de bli utfordret med erfaringer av at andre både kan være ulike og like en selv, og dette skjer samtidig som de øver på å mentalisere andre. Økt forståelse for at forskjeller mellom mennesker gjør at deres reaksjoner og atferd varierer er i tråd med å øve på mentalisering av andre. Dette passer med uttalelser fra flere av deltakerne i denne studien om at gruppeterapien ga dem økt forståelse for andre mennesker. Denne innsikten kan minne om det Morken og kollegaer (2017) fant som en økt evne til å være nysgjerrig på andres indre tilstand, og kan være en virkningsmekanisme i mentaliseringsbasert gruppeterapi.

Terapigrupper med emosjonelt ustabil PF anbefales å være relativt homogen i alle fall i form av samme personlighetsforstyrrelse (American Psychiatric Association, 2001). Det å føle seg mindre alene og mer normal i møtet med gruppen virker å oppleves av flere av deltakerne som en lettelse. Den støttende funksjonen og bruken av gruppen som en treningsarena er også i tråd med tidligere empiri og teori (Dyson & Brown, 2016; Fredriksson & Sandström, 2013; Johnson og kollegaer, 2016; Karterud, 2012). Etersom økt mentalisering og sosial atferd henger sammen (Johnson og kollegaer, 2016), kan økt sosial erfaring knyttes til sosial modighet som fører med seg positive ringvirkninger i evnen til å mentalisere. Det at en deltaker for eksempel sier hun er mer komfortabel i sosiale situasjoner støtter dette som en positiv virkning fra gruppeterapien. Følelsen av å ha en gruppe i ryggen har vist seg å bidra til positive relasjonelle erfaringer og utfall utenfor terapigruppen (Johnson og kollegaer, 2016). Dette støttes av at deltakerne i denne studien forteller om positive reaksjoner fra andre og at de etter hvert føler seg roligere hjemme. Råd fra likesinnede kan også bidra til praktiske mestringsstrategier som tidlig kan lette på utfordrende sosiale situasjoner i hverdagen. Som hos Johnson og kollegaer (2016) kan det dermed tyde på at støtten fra gruppen kan ha en virkning både gjennom internalisering av fellesskap og en problemløsende tilnærming til vanskelige situasjoner.

MBT-gruppenes formål er å øke deltakernes evne til mentalisering i nære relasjoner og utforske interpersonlig samhandling (Karterud, 2012; Roller & Nelson, 1999). Dette impliserer at gruppen skal imitere relasjoner og situasjoner i verden utenfor, noe deltakerne i studien også nevner som et poeng. Gruppeterapi kan føre til økt forståelse for hvordan relasjoner med andre kan fungere og ens egen rolle i disse (Roller & Nelson, 1999; Yalom & Leszcz, 2005). Denne funksjonen til gruppen ser ut til å henge sammen med det pasientene forteller om endringer. Økt forståelse for sosial samhandling skjer blant annet idet deltakerne sammenligner de andre med seg selv, reagerer på konflikter og knytter seg til de andre gruppedeltakerne. Mentalisering i disse situasjonene skal også kunne være noe lettere tilgjengelig på grunn av at gruppen skaper en psykologisk avstand som demper den relasjonelle intensiteten (Karterud, 2012; Roller & Nelson, 1999). Det kommer likevel fram at nærhetsproblematikk kan være vanskelig også i gruppeterapi, gjennom frykt for å ikke bli likt eller være utenfor. Dette tyder på at deltakerne i denne studien opplever blandede følelser av fellesskap og isolasjon, i likhet med det som Dyson og Brown (2016) har beskrevet. Som disse forfatterne nevner kan dette forsterke relasjonelle trekk ved emosjonelt ustabil PF, og dette kan være en risiko ved gruppeterapiformatet for denne pasientgruppen. Samtidig tyder dette på at deres relasjonelle mønstre spiller seg ut i gruppen, som er et mål for mentaliseringsbasert gruppeterapi (Karterud, 2012). Dette kan føre til at gruppeterapien gir unike muligheter for korrigerende av misoppfatninger og svikt i mentalisering.

Det å ikke kunne ha kontakt utenom gruppen er noe som derimot ikke ligner andre relasjoner. Deltakerne forteller at de kan oppleve det som et savn å ikke kunne stille opp for hverandre utenom gruppen. Forholdet til de andre gruppe-medlemmene kan kanskje likevel tilby andre muligheter som ikke andre relasjoner kan. For eksempel kan de bidra med mer ærlighet, konfrontasjoner, forståelse og empati. Den sosiale treningen fra gruppen kan i seg selv være nyttig ettersom mange kan ha negative eller manglende erfaring med dette. Opplevelser fra gruppen av at de andre deltakerne kan være forskjellige, like, støttende og ekskluderende på samme tid kan sees på som en form for relasjonell eksponering som potensielt kan øke deltakernes relasjonelle kapasitet. Læring fra disse erfaringene skjer parallelt med at mentaliseringsevnen utvikles.

### **4.3 Å hjelpe andre når man selv trenger hjelp**

Det anbefales en balansert turtaking av tema etter relevans, men med en fleksibel fordeling mellom deltakerne (Karterud, 2012). Fordelingen av hvem som får snakke ser ut til å oppleves som vanskelig for deltakerne i studien, som beskriver at noen får snakke mer enn

andre og at noen blir glemte. Gjennom ønsket om å få snakke om sine tema sammenligner de andres tema med sine egne og legger merke til hvem sine historier som vurderes som mest relevant. Troen på at man må snakke er en vanlig utfordring i gruppeterapi (Yalom & Leszcz, 2005) og sannsynligvis høyere hos personer med redusert evne til å ta andres perspektiv (Hummelen og kollegaer, 2007). Dette kan også tolkes som uttrykk for lav mentalisering og teleologisk modus (Bateman & Fonagy, 2006), der mengden taletid sees på som bevis på hvor viktige de er for andre. Den indre konflikten deltakerne opplever av å skulle hjelpe andre når de selv trenger hjelp virker å reflektere en vanlig oppfatning om at eksplisitt bearbeiding av egne historier og følelser er nødvendig for å oppnå bedring (Yalom & Leszcz, 2005). Dette kan også handle om at pasientene ikke har fått god nok informasjon om eller at de ikke har erfart at gruppeprosessen er viktigere enn innholdet. Når en deltaker deler sin historie skal dette nemlig være gjenstand for et felles mentaliserende arbeid i gruppen (Karterud, 2012; Morken og kollegaer, 2017). Sammenlignet med resten av MBT-behandlingen, er denne problemstillingen rundt turtaking gruppeterapispesifikk. Denne problemstillingen berører deltakernes evner til å ha omsorg for hverandre, til å fokusere utover seg selv og til å tørre å ta plass i en sosial situasjon. Det vil dermed være noen som synes det er godt å hjelpe andre, noen som synes at det er vanskelig og noen som opplever begge deler. Disse erfaringene kan være relevante for den enkeltes vurdering av behandlingen. Forståelsen av disse forutsetningene for gruppeterapien kan henge sammen med hvor pasienten er i sin bedringsprosess og mentaliseringsevne. Studien tyder likevel på at deltakerne kan ha nytte av å bli påminnet hvordan gruppeprosesser kan henge sammen med bedring.

Samtidig som deltakerne forteller om et ønske om å få mer tid til å snakke, sier de at det er lettest å helt la være. Det er uklart hva grunnen til dette er. Det at deltakerne i denne studien opplever det som lettere å fokusere på andre enn seg selv kan både handle om omsorg overfor de andre, bagatellisering av egne opplevelser eller om unnvikelse av egen emosjonell eksponering. At flere opplever å ha dårligere mentalisering av seg selv kan støtte sistnevnte om at deltakerne opplever et større ubehag ved å snakke om egne følelser og historier. Alternativt kan det at de synes det er lettere å mentalisere andre være pseudomentalisering der deltakerne mener de forstår de andre uten at dette stemmer. At de opplever det mindre vanskelig å mentalisere andre kan også handle om hvilket forhold de har til de andre deltakerne. For personer med emosjonelt ustabil PF kan det være vanskeligere å mentalisere en annen i en emosjonelt nær relasjon (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud & Bateman, 2010). Det er mulig at de synes det er enklere å mentalisere de andre i gruppen fordi forholdet til disse ikke oppleves like nært som til andre de kjenner. Isåfall kan det tenkes at den

emosjonelle distansen i gruppa er hjelpsom slik at mentalisering av andre er enklere i gruppeterapi.

Morken og kollegaer (2017) sine funn tyder på at bedring skjer parallelt med overgang fra fokus på seg selv til fokus på andre. I denne studien var det derimot overvekt av deltakere som mente at de burde ha fokusert mer på å mentalisere seg selv enn på andre. Dette peker mot et behov for en utvidelse av mentaliseringsbegrepet og bedre forståelse av hvordan dette henger sammen med bedring (Gullestad og kollegaer, 2013; Karterud, 2012).

Mentaliseringsevne kan måles ved å vurdere en person sin grad av refleksive funksjon (RF) gjennom Adult Attachment Interview (Fonagy, Target, Steele & Steele, 1998; Karterud & Bateman, 2010). Gullestad og kollegaer (2012) mener at begrepet bør deles opp i mentalisering av hvem (objekt), hva (innhold) og hvordan (prosess). I denne studien kan det å ha svakere RF overfor seg selv ha ført til at deltakere har unngått å snakke om egne indre opplevelser og synes det er lettere å lytte til de andre. Dette kan igjen ha ført til opplevelsene av at de ikke får snakke nok og av manglende effekt ettersom RF av dem selv ikke er i utvikling. Snakker deltakerne derimot om pseudomentalisering av andre kan dette bety at gruppesituasjonen er for utfordrende til at de klarer å mentalisere, verken seg selv eller andre. Dette ville i så fall ha støttet det at bedring følger et økt fokus på andre (Morken og kollegaer, 2017). Funnene her kan alternativt tyde på at bedring ikke er forbundet med en spesifikk retning på fokus, men at det er forbundet med en utvikling av mentaliseringsevnen fra et objekt til et annet. Dette støtter også at det er relevant å vurdere hvordan prosessen og endring av objektet for refleksiv funksjon skjer gjennom MBT.

#### **4.4 Uforutsigbarhet**

Gruppeterapi er for de fleste pasienter den mest utfordrende delen av MBT (Bateman & Fonagy, 2006). Kjernetrekkene ved emosjonelt ustabil PF som impulsivitet, manglende selvkontroll og følelsesmessig ustabilitet (World Health Organization, 2000), gjør at emosjonelt arbeid i en gruppe kan være utfordrende. Den sosiale situasjonen gjør at tilknytningssystemet til deltakerne kan bli overaktivert og at mentaliseringskapasiteten brytes ned (Bateman & Fonagy, 2006). I en interpersonlig kontekst er følelsene til personer med emosjonelt ustabil PF ofte forsterket (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud, 2012) og i gruppeterapi er det både potensielle emosjonelle situasjoner, konflikter og brudd. Hyperaktivering av tilknytningssystemet (Bateman & Fonagy, 2006) kan føre til at personer med emosjonelt ustabil PF føler seg avvist på grunn av misforståtte kommentarer og at tapsopplevelser etter avslutninger blir vondere enn hos andre (Yalom & Leszcz, 2005). Dette

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

er relevant å kjenne til i gruppeterapi med denne pasientgruppen. For eksempel kan det at deltakerne forteller at de bryr seg om hverandre føre til vanskelige følelser ved avslutninger, og det at de føler seg sårbare når de åpner seg kan knyttes til det at nye deltakere oppleves som truende. Det er også kjent at opplevelser av brudd kan sette gruppen tilbake (Karterud, 2012) og noen av deltakerne her forteller nettopp om følelsen av å måtte starte på nytt flere ganger. Dette kan tyde på at det bør være mer rom for bearbeiding av slike reaksjoner i gruppen, som også er nevnt i tidligere studier (Hummelen og kollegaer, 2007). Disse bearbeidingene kan bidra til viktig innsikt i deltakernes mentalisering av seg selv. For eksempel kan jevnlig tap av gruppemedlemmer som avslutter gjøre deltakerne klar over egen sensitivitet for separasjonsangst og legge til rette for en kollektiv bearbeiding av dette (Yalom & Leszcz, 2005). Gruppeterapiens utfordringer kan på denne måten nettopp reflektere dens styrker, ettersom behandlingen retter seg mot kjernetrekk ved vanskene til de som deltar.

På samme måte som i angstbehandling kan opplevelsene av emosjonell og relasjonell eksponering gi effektive resultater, men også negative konsekvenser hvis det blir gjort galt. Det er terapeutenes ansvar å unngå at deltakerne blir retraumatisert gjennom skremmende hendelser i gruppen (Karterud, 2012). Det er nødvendig at de skaper tilstrekkelig trygghet i gruppen ettersom eksponeringen krever at deltakerne tror at de andre vil dem vel og utvikling av mentalisering skjer i trygge tilknytningsforhold til andre (Bateman & Fonagy, 2006; Johnson og kollegaer, 2016). Behov for mer forutsigbarhet og struktur er noe som både rapporteres av deltakere her og i studien til Dyson og Brown (2016). Dette bekrefter at terapeutene i MBT-grupper må ha mer struktur og kontroll på situasjonen enn andre grupper (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud, 2012) og at dette kan være et område for forbedring (Inderhaug & Karterud, 2015). Dette er viktig å fokusere på for å begrense destruktiv atferd, negative reaksjoner og tidlige avbrytelser av behandling.

Savnet etter mer forutsigbarhet gjelder ikke alle, men hos de som har mest negative erfaringer med gruppeterapien virker dette å være sentralt ved vanskene med å delta. Slike opplevelser av utrygghet kan henge sammen med grad av mentaliseringsevne i utgangspunktet (Fredriksson & Sandström, 2013; Karterud, 2012). Personer med allerede lav mentaliseringsevne vil for eksempel kunne ha større vansker med å forstå situasjonen og intensjonene til de andre i gruppen. Resultatet kan være at andres atferd tolkes som fiendtlig på grunn av antakelser basert på egne indre opplevelser eller upresise tolkninger (Bateman & Fonagy, 2006). Dette kan henge sammen med det Gullestad og kollegaer (2013) bemerker ved at forskjeller i refleksiv funksjon kan ha ulike implikasjoner for behandling. Ettersom økt mentaliseringsevne kan føre til bedre sosial fungering (Johnson og kollegaer, 2016) kan det

for eksempel være at personer med høyere mentaliseringsevne også fungerer bedre i en terapeutisk gruppe enn andre. På samme måte vil utvikling av mentalisering kunne føre til økt følelse av trygghet, ettersom økt tillit kan være en mulig virkningsmekanisme i bedring som følge av MBT (Lonargáin og kollegaer, 2017). Gruppeterapien kan dermed både utfordre og utvikle deltakernes følelser av trygghet, men en tilstrekkelig grad av struktur og forutsigbarhet kan være nødvendig for at de med lavere refleksiv funksjon ikke ekskluderes fra behandlingen.

### 4.5 Endringsprosess

Det finnes ikke bare én riktig måte å gi psykoterapeutisk behandling til personer med emosjonelt ustabil PF på (Paris, 2008). Dette betyr at det er mange ulike veier til bedring. Ut fra historiene til disse pasientene virker terapiprosessen å være veldig individuell. Bedring ser ut til å skje gradvis, gjennom ulike steg eller etter det de kaller en (emosjonell) knekk. Det at deltakerne forteller at de merket endring først plutselig en dag kan tyde på at det enten skjer en gradvis utvikling av refleksiv fungering som plutselig oppdages eller at RF utvikles gjennom stegvise hopp i fungering. At endring også kan skje ubevisst i begynnelsen er viktig å kjenne til for pasienter og terapeuter for å opprettholde motivasjon i behandlingen. Det er derfor positivt at dette nevnes i informasjonsskrivet til nye deltakere. Det er interessant at flere opplever bedring etter det de kaller en knekk. Det kan spørres om denne knekken er nyttig fordi den gir en ny emosjonell erfaring som gir tilgang til mentalisering av følelser, eller om økt mentaliseringsevne i seg selv førte til at denne knekken kunne skje. For eksempel vil en deltakers utsagn om at følelsene kom før tankene kunne si noe om at utvikling av emosjonsregulering skjedde før evnen til å mentalisere. Samtidig kan evnen til implisitt mentalisering ofte skje ubevisst og muliggjøre den emosjonelle eksponeringen i første omgang (Bateman & Fonagy, 2006).

Grad av refleksiv fungering kan ha betydning for prognosen i gruppeterapi (Gullestad og kollegaer, 2013; Karterud, 2012). Det at deltakerne forteller at bedring tar tid sier noe om at det kreves en viss generell utholdenhet hos de som er deltakere i gruppeterapien, og dette kan antas å henge sammen med refleksiv funksjon. Hos de som ikke opplever resultater raskt, kan dette være avgjørende for om de fortsetter i gruppeterapien. Ettersom de fleste former for terapi øker mentalisering (Bateman & Fonagy, 2006), kan utbytte av gruppeterapien også henge sammen med tidligere utbytte av individualterapi, gjennom MBT eller annen. Dette støtter også viktigheten av parallell bruk av individualterapien for at pasientene skal kunne utnytte seg av gruppeterapien. Det at deltakerne ser på gruppeterapien annerledes i ettertid

kan bekrefte at mentaliseringsevnen påvirker oppfatningen av gruppen. Det at det fortelles om at analyseringen av tanker og følelser fortsetter etter gruppen er slutt tyder på at mentaliseringsearbeidet kan internaliseres og at effektene fra behandlingen ikke nødvendigvis stopper når terapien er over. Både i starten og slutten av terapiforløpet ser vi dermed at mentaliseringsevnen kan fungere som katalysator for videre utvikling og bedring.

I MBT er det viktig at terapeutene tilpasser seg pasientenes mentaliseringsnivå (Bateman & Fonagy, 2006; Karterud & Bateman, 2010). I gruppeterapi er denne individuelle tilpasningen betraktelig mer utfordrende. Ideelt sett kunne en individuell oppfølging av hver enkelt deltaker tatt hensyn til hvor i bedringsprosessen den enkelte er når det vurderes oppstart, tiltak underveis og avslutning. For eksempel kan forskjeller i fungering målt ved refleksiv funksjon henge sammen med ulike behov for struktur i behandlingen (Gullestad og kollegaer, 2013; Gullestad og kollegaer, 2012). Samtidig er det argumenter som taler imot en slik praksis. Å skulle gjøre individuelle vurderinger i alle tilfeller vil være ressurskrevende og kan være vanskelig å måle. Samtidig er det at alle deltakerne har like rammer for opplegget et tegn på struktur og forutsigbarhet, som nevnes av deltakerne som ønskelig i gruppen. Manglende individuell tilpasning blir også synlig ved det at noen pasienter opplever tidsbegrensningen på to år som for liten og andre for mye. Det er ikke noe empirisk grunnlag for hvor lenge en MBT-behandling bør vare, men den bør være tidsbegrenset (Karterud, 2012). Rammen her på to år kan dermed bidra til struktur og forutsigbarhet ved å være likt for alle. Samtidig kan denne rammen fungere som en motivasjon for deltakerne til å utnytte seg av terapien. Ulike opplevelser av behovet for mer eller mindre terapi vil også være vanskelig å unngå ettersom deltakerne alltid vil være på ulike steder i bedringsprosessen, både når de begynner i gruppen, underveis og etter to år. Den begrensede individuelle tilpasningen er likevel en svakhet ved gruppeterapi som behandlingsformat, som bør kunne kompenseres for i resten av kombinasjonsbehandlingen ved MBT.

### **4.6 Blandede opplevelser av effekt**

I likhet med Fredriksson og Sandström (2013) viser denne studien at deltakerne har varierte opplevelser av effekt fra gruppeterapien, med noen som synes den er nyttig og andre som ikke synes det. De som opplever bedring rapporterer om endringer som kan knyttes til økt evne til å mentalisere og å regulere følelser. I denne studien kan det virke som at de som opplevde bedring var de som klarte å åpne seg og/eller kjenne på følelser i gruppa og særlig når de oppfattet mottakelsen av dette som positivt. Grad av deltakelse i gruppa kan dermed henge sammen med et større utbytte av terapien (McCallum & Piper, 1999). Denne nye

erfaringen med emosjoner, regulering og nye tolkninger av situasjoner gjennom økt mentaliseringsevne kan være virkningsgivende for bedring i MBT. Noen pasienter forteller at de etter behandlingen i større grad har klart å forhindre at emosjonelle reaksjoner kommer ut av kontroll og bedre mentaliseringsevne kan ha bidratt til at de vurderer andre tolkningsalternativer og konsekvenser av atferd, slik som Morken og kollegaer (2017) har funnet. Studien støtter at mange responderer godt på MBT, men også at ikke alle blir friske (Bateman & Fonagy, 2006). Negative eller manglende effekter hos deltakerne i studien tyder på at dette også gjelder gruppeterapien. Mindre individuell oppfølging og risiko for negative bivirkninger som retraumatisering er blant svakhetene ved gruppeterapiformatet. Dette kan blant annet peke på viktigheten av å utnytte de andre delene av kombinasjonsbehandlingen (Karterud, 2012; Roller & Nelson, 1999; Wilberg & Karterud, 2001).

Det at alle deltakerne forteller at de prøver å jobbe for å bli friske viser at de opplever seg selv som i utgangspunktet motiverte. Tanker om at innsats er et personlig valg og er avgjørende for bedring blir også nevnt av deltakerne i Dyson og Brown (2016) sin studie. Motivasjon er naturligvis viktig for faktorer som oppmøte, modighet og engasjement i gruppen, som vi har nevnt over som relevante for bedring. Samtidig kan det tenkes at pasienter som har opplevd bedring i ettertid lettere vil kunne føle at de har gjort en større innsats enn de som ikke har hatt effekt. Subjektiv opplevelse av innsats vil også kunne være avhengig av faktorer som utholdenhet og selvinnsikt, som antas å henge sammen med mentaliseringsevne. Igjen vil derfor deltakernes refleksive funksjon muligens være et bedre mål på prognose enn hvor sterk innsats de rapporterer.

Mentaliseringsevne kan også være et bedre mål på bedring enn objektive kriterier for symptomreduksjon. Det ikke nødvendigvis slik at reduksjon i parasuicidal atferd og bedring i funksjon betyr at pasientene føler seg friske eller kurert (Dyson & Brown, 2016). For eksempel fant en oppfølgingsstudie av pasienter etter lengre tids variert behandling at selv om uttalte symptomer ble redusert med tiden, var det betydelig mindre reduksjon i affektive, interpersonlige og kognitive vansker (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003). Dette kan ha betydning for pasientenes egne opplevelser av bedring. Fokuset i mentaliseringsbasert terapi er nettopp rettet mot det som ligger bak affekter og handlinger i interpersonlige kontekster (Karterud & Bateman, 2010), som støttes av at deltakerne opplevde at bedringen skjedde ubevisst og gradvis. Mange tidligere studier på MBT har fokusert på graden av symptomreduksjon, men fokuset her på pasientenes opplevelser peker på at også affektiv og interpersonlig bedring kan følge et vellykket MBT-forløp.



Mye tyder på at personer med emosjonelt ustabil PF nyttiggjør seg av et større terapitilbud enn ukentlige individualsamtaler (Hummelen og kollegaer, 2007; Karterud, 2012; Yalom & Leszcz, 2005), selv om det er uklart hva slags fordeling som er mest gunstig (Gullestad og kollegaer, 2012). Til tross for at mange av deltakerne fortalte at de tidlig var skeptiske til gruppeterapien virker det som at alle deltakere var takknemlige for å ha fått et tilbud i det hele tatt. Det er interessant at en som ikke hadde negative erfaringer fra gruppeterapien fortsatt mente at den kunne vært gjort på en virkningsfull måte. Dette tyder på en positiv holdning til gruppeterapi som konsept. Om deltakernes optimisme overfor gruppeterapi bare handler om at de har ønsket om å få mer terapi er uklart, men studien her tyder på at gruppeterapispesifikke elementer kan oppleves som nyttig. At noen pasienter ser på gruppeterapien som et avgjørende bidrag til egen bedring tyder også på at denne terapiformen ikke bare kan bringe inn noe mer, men også noe annet.

### **4.7 Begrensninger**

I denne studien er det umulig å skille deltakernes bedring fra gruppeterapien fra resten av MBT-behandlingen, selv om intervjuene er rettet mot gruppeterapien spesifikt. Resultatene kan dermed ikke sees på som ensbetydende for gruppeterapien i seg selv, men belyser mer hvordan denne delen av terapien oppfattes av pasientene. Kvalitative studier krever en viss subjektivitet fra forskeren idet noen tema blir ansett som mer relevante enn andre, noe som innenfor mer kvantitative forskningstradisjoner kan sees på som mindre pålitelig. Dette er ifølge Tjora (2017) misforstått ettersom all forskning vil være basert på utvelgelse og former for fortolkning. Fokuset i kodingen her er gjort ut fra en empirinær tilnærming og utvelgelsen av tema er basert på hva deltakerne snakket mest om og det som var rettet mot opplevelser og endring. Prinsipperklæringen om evidensbasert forskning fremhever også nødvendigheten av pasienters ønsker i behandling, også som del av å oppnå den beste forskningsbaserte kunnskapen (Norsk psykologforening, 2007). Siden mye av dataene som kom frem i intervjuene ikke var relevant for problemstillingen har studien et relativt høyt empirisk signalstøy-forhold (Tjora, 2017). En annen begrensning er at studien ikke har noen kontroll over behandlingen som har blitt gitt, kvaliteten av denne og om terapeutene har fulgt behandlingsmanualen.

Trekk ved diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan påvirke resultatene i denne studien. Skiftende emosjonalitet og impulsivitet kan føre til at det som presenteres som holdninger ved gruppeterapien kan være preget av nylige endringer i deltakernes indre tilstander, som opplevelser fra siste gruppetime før intervjuene. Deltakernes

grad av refleksive fungering vil også kunne spille inn på hvordan de evner å reflektere rundt terapien. Undertegnede mener likevel at denne risikoen er begrenset ettersom intervjusituasjonen ikke representerer en typisk situasjon der mentaliseringsevnen svekkes. Det at pasienter med emosjonelt ustabil PF ofte har vært mye i kontakt med helsevesenet tidligere kan også både ha en positiv og en negativ effekt på intervjusituasjonen. Ulempen kan være at dette fører til at informantene har fastlåste forestillinger om hvordan deres opplevelse av vansker og kontakt med hjelpeapparatet er. Fordelen kan derimot være at informantene er komfortable med å snakke om personlige vansker og opplevelser av behandling, ettersom de kan ha erfaring med å snakke med ulike helsearbeidere på diverse institusjoner.

Utvalgets variasjon kan også sees på som både en svakhet og en styrke. Det er en svakhet at deltakerne har deltatt i gruppen i ulik lengde og tidspunkt ettersom utviklingen av mentaliseringen er på ulike nivå. Samtidig kan det argumenteres for at utgangspunktet til hver enkelt deltaker aldri heller er likt på grunn av ulike oppstartstidspunkt og stor heterogenitet i diagnosen (Paris, 2008). Dermed ville heller ikke en tverrsnittundersøkelse med for eksempel seks måneders oppfølging av hver deltaker ha beskrevet den samme utviklingen. Variasjonen i utvalget kan være styrkende ved å gi tilgang til mest mulig informasjon og nyanser (Malterud, 1996), både fra en fersk deltakers synspunkt og en erfaren deltaker. Det kan også være likheter ved utvalget som kan være problematisk. Som forventet var det en mindre andel av deltakerne som ble spurt om å delta som takket ja. Utvalget vil da naturlig nok kunne bli preget av typer av personer som melder seg slike studier. Det kan for eksempel være at pasientene som var mest eller minst fornøyde med opplegget, eller de som hadde best sosial fungering var mer villige til å delta.

Det er klart at en stor begrensning i studien er et lite utvalg. Disse deltakerne sine uttalelser er derfor ikke nødvendigvis representative for personer med emosjonelt ustabil PF generelt og den spesifikke MBT-gruppen er ikke nødvendigvis representativ for andre lignende grupper. Det kan likevel argumenteres for at oppgaven gir et innblikk i noen pasienter sine opplevelser og at førstehåndserfaringer fra brukere uansett har betydning for teori- og terapiutvikling. Intervju med forskjellige deltakere i samme gruppe illustrerer også hvor ulikt samme gruppeterapi kan oppleves for de det gjelder. Det at flere av deltakernes utsagn ligner på hva som er funnet i en rekke andre lignende studier, indikerer også at studien er relevant. Studien må derfor sees i sammenheng med andre kvalitative studier som et bidrag til informasjonsmengden av MBT-gruppebehandling for emosjonelt ustabil PF.

### **4.8 Kliniske implikasjoner**

Funnene i studien bidrar til økt kunnskap om opplevelsene til pasienter i mentaliseringsbasert gruppeterapi. Beskrivelsene til utvalget er i tråd med det som er funnet tidligere, men denne studiens spesifikke innfallsvinkler på gruppeterapi fører til at også nye områder blir belyst. Resultatene i studien støtter at det er viktig å fokusere på de styrkende og svekkende effektene av gruppeterapi som behandling. Dette betyr også at gruppeterapien i mentaliseringsbasert kombinasjonsterapi må ha en spesifikk rolle forbi det å avlaste individualterapi. Med sin sterke emosjonelle effekt og relasjonelle læringsarena kan gruppeterapi være et unikt bidrag til trening på mentalisering av seg selv og andre. På grunn av den sårbare situasjonen kan det likevel være at gruppeterapeutene i enda større grad må ta kontroll og å bearbeide deltakere som ikke bruker terapien på en konstruktiv måte for seg selv og andre. Dette kan for eksempel skje gjennom individuelle møter der rammer og mål for gruppeterapien settes, eller ved at gruppeterapien får et større fokus i individualterapien i MBT. En måte å finne disse individene på kan være å vurdere deres refleksive funksjon, der lav RF potensielt kan være en sårbarhet i gruppeterapi. Som forventet bekrefter denne studien at diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i seg selv ikke er godt nok for å kunne forutsi hvilken respons en person kommer til å ha på en spesifikk form for terapi. Dette synliggjøres av en heterogen diagnose og at veiene til bedring er varierte.

### **5. Konklusjon**

Det er behov for å utvikle effektive behandlingstilbud for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Kvalitative studier fra brukernes perspektiv kan være nødvendig for å finne ut hvordan endring skjer og hva som fører til frafall i terapi. Resultatene i denne studien tyder på stor variasjon i pasientenes opplevelser av prosesser og effekter fra mentaliseringsbasert gruppeterapi. Bedring kan virke å være relatert til at deltakerne åpner seg emosjonelt og deltar i relasjoner med andre i gruppen, og dette muliggjør gruppeterapien på en effektiv måte. De emosjonelle og relasjonelle påkjenningene, krav til fokus på andre, en uforutsigbar situasjon og at bedring kan ta tid er spesifikke utfordringer ved denne terapiformen. Hvordan disse utfordringene takles er sannsynligvis påvirket av den enkelte deltakers mentaliseringsevne, samtidig som at mestring kan føre til at denne økes. I sin helhet peker resultatene mot spesifikke styrker og svakheter ved gruppekomponenten i MBT, og at disse bør bevisstgjøres for å utnytte gruppeterapiens potensial for mentalisering i praksis.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2001). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder*. Hentet fra [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/bpd.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *The American Psychologist*, 61(4), 271.
- Bales, Dawn, van Beek, Nicole, Smits, Maaïke, Willemsen, Sten, Busschbach, Jan JV, Verheul, Roel & Andrea, Helene. (2012). Treatment outcome of 18-month, day hospital mentalization-based treatment (MBT) in patients with severe borderline personality disorder in the Netherlands. *Journal of personality disorders*, 26(4), 568-582.
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter. (2006). *Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bateman, Anthony & Fonagy, Peter. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bateman, Anthony & Krawitz, Roy. (2013). *Borderline Personality Disorder. An evidence-based guide for generalist mental health professionals* (1. utg.). Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, Anthony W & Fonagy, Peter. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.
- Black, Donald W, Blum, Nancee, Pfohl, Bruce & St. John, Don. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 193-210.

- Bo, Sune, Sharp, Carla, Beck, Emma, Pedersen, Jesper, Gondan, Matthias & Simonsen, Erik. (2016). First Empirical Evaluation of Outcomes for Mentalization-Based Group Therapy for Adolescents With BPD.
- Budman, Simon H, Demby, Annette, Soldz, Stephen & Merry, Jocelyn. (1996). Time-limited group psychotherapy for patients with personality disorders: Outcomes and dropouts. *International Journal of Group Psychotherapy*, 46(3), 357-377.
- Charmaz, Kathy. (2014). *Constructing grounded theory*: Sage.
- Cramer, Victoria, Torgersen, Sverre & Kringlen, Einar. (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(5), 552-567.
- De Meulemeester, Celine, Vansteelandt, Kristof, Luyten, Patrick & Lowyck, Benedicte. (2017). Mentalizing as a Mechanism of Change in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Parallel Process Growth Modeling Approach. *Personality disorders*.
- Donegan, Nelson H, Sanislow, Charles A, Blumberg, Hilary P, Fulbright, Robert K, Lacadie, Cheryl, Skudlarski, Pawel, . . . Wexler, Bruce E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry*, 54(11), 1284-1293.
- Dyson, Heather & Brown, Dora. (2016). The Experience of Mentalization-Based Treatment: An Interpretative Phenomenological Study. *Issues in mental health nursing*, 37(8), 586-595.
- Elliot Robert. (2001). The Client Change Interview Protocol  
. Hentet 21. mars, 2017, fra <http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>
- Elliott, Robert. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, Robert, Slatick, Emil & Urman, Michelle. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69.
- Fassbinder, Eva, Schuetze, Maren, Kranich, Annika, Sipos, Valerija, Hohagen, Fritz, Shaw, Ida, . . . Schweiger, Ulrich. (2016). Feasibility of group schema therapy for outpatients with severe borderline personality disorder in Germany: A pilot study with three year follow-up. *Frontiers in psychology*, 7.

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

- Fonagy, Peter & Bateman, Anthony. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of clinical psychology*, 62(4), 411-430.
- Fonagy, Peter, Target, Mary, Steele, Howard & Steele, Miriam. (1998). Reflective-functioning manual, version 5.0, for application to adult attachment interviews. *London: University College London*, 161-162.
- Fredriksson, Maja & Sandström, Moa. (2013). "Sista chansen": hur mentaliseringsbaserad terapi har betydelse för fem personer med borderline personlighetsstörning. Institutionen för psykologi, Lunds Universitet.
- Frich, Jan Christian. (2012). Pasienters erfaringer - til nytte? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 5(132), 507.
- Glenn, Catherine R & Klonsky, E David. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 23(1), 20-28.
- Gratz, Kim L & Gunderson, John G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 25-35.
- Graves, Theodore D. (2004). *Behavioral anthropology: Toward an integrated science of human behavior*: Rowman Altamira.
- Guest, Greg, Bunce, Arwen & Johnson, Laura. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59-82.
- Gullestad, Frida Slagstad, Johansen, Merete Selsbakk, Høglend, Per, Karterud, Sigmund & Wilberg, Theresa. (2013). Mentalization as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychotherapy Research*, 23(6), 674-689.
- Gullestad, Frida Slagstad, Wilberg, Theresa, Klungsøyr, Ole, Johansen, Merete Selsbakk, Urnes, Øyvind & Karterud, Sigmund. (2012). Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. *Psychotherapy Research*, 22(4), 426-441.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). Helseforetaksloven. Hentet 12. juni, 2018, fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2001-06-15-93>
- Holton, Judith A. (2007). The coding process and its challenges. *The Sage handbook of grounded theory*(Part III), 265-289.

- Hummelen, Benjamin, Wilberg, Theresa & Karterud, Sigmund. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International journal of group psychotherapy*, 57(1), 67-92.
- Inderhaug, Tryggve Sagen & Karterud, Sigmund. (2015). A qualitative study of a mentalization-based group for borderline patients. *Group analysis*, 48(2), 150-163.
- Ivaldi, A, Fassone, G, Rocchi, MT & Mantione, G. (2007). The integrated model (individual and group treatment) of cognitive-evolutionary therapy for outpatients with borderline personality disorder and axis I/II comorbid disorders: Outcome results and a single case report. *Group*, 63-88.
- Jacob, Gitta A, Gabriel, Susanne, Roepke, Stefan, Stoffers, Jutta M, Lieb, Klaus & Lammers, Claas-Hinrich. (2010). Group therapy module to enhance self-esteem in patients with borderline personality disorder: a pilot study. *International journal of group psychotherapy*, 60(3), 373-387.
- Johnson, Emma Louise, Mutti, Marie-France, Springham, Neil & Xenophontes, Ioanna. (2016). Mentalizing after mentalization based treatment. *Mental Health and Social Inclusion*, 20(1), 44-51.
- Jørgensen, Carsten René, Freund, Charlotte, Bøye, Rikke, Jordet, Henning, Andersen, Diane & Kjølbye, Morten. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 305-317.
- Karterud, Sigmund. (2012). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Karterud, Sigmund & Bateman, Anthony. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala: versjon individualterapi* (1 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leirvåg, Harald, Pedersen, Geir & Karterud, Sigmund. (2010). Long-term continuation treatment after short-term day treatment of female patients with severe personality disorders: Body awareness group therapy versus psychodynamic group therapy. *Nordic journal of psychiatry*, 64(2), 115-122.
- Lieb, Klaus, Zanarini, Mary C, Schmahl, Christian, Linehan, Marsha M & Bohus, Martin. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.

- Linehan, Marsha. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*: Guilford press.
- Lonargáin, Diarmaid Ó, Lonargáin, Diarmaid Ó, Hodge, Suzanne, Hodge, Suzanne, Line, Rachael & Line, Rachael. (2017). Service user experiences of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Review Journal*, 22(1), 16-27.
- Malterud, Kirsti. (1996). *Qualitative methods in medical research*. Oslo: Tano Aschoug AS.
- Malterud, Kirsti. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Marziali, Elsa, Munroe-Blum, Heather & McCleary, Lynn. (1999). The effects of the therapeutic alliance on the outcomes of individual and group psychotherapy with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 9(4), 424-436.
- McCallum, Mary & Piper, William E. (1999). Personality Disorders and Response to Group-Oriented Evening Treatment. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 3(1), 3-14.
- Morken, Katharina TE, Binder, Per Einar, Arefjord, Nina & Karterud, Sigmund. (2017). Juggling thoughts and feelings: How do female patients with borderline symptomology and substance use disorder experience change in mentalization-based treatment? *Psychotherapy Research*, 1-16.
- Munroe-Blum, Heather & Marziali, Elsa. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9(3), 190-198.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management*. Hentet 29. april, 2017, fra nice.org.uk/guidance/cg78
- Natland, Sidsel, Tveiten, Sidsel & Ruud Knutsen, Ingrid. (2017). Hvorfor skal pasienten medvirke i forskning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 3(137), 210-212.
- Neville, Christine. (2014). Psychological therapies for borderline personality disorder. *Nursing times*, 110(4), 25.
- Norsk psykologforening. (2007). Prinsippklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- Omar, Hussein, Tejerina-Arreal, Maria & Crawford, Mike J. (2014). Are recommendations for psychological treatment of borderline personality disorder in current UK guidelines justified? Systematic review and subgroup analysis. *Personality and mental health*, 8(3), 228-237.



## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

- Paris, Joel. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*: Guilford Press.
- Perry, J Christopher, Banon, Elisabeth & Ianni, Floriana. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American journal of psychiatry*, 156(9), 1312-1321.
- Porter, Kenneth. (1993). Group Psychotherapy. *Group therapy in clinical practice*, 309.
- QSR International Pty Ltd. (2014). *Nvivo qualitative data analysis software*: QSR International Pty Ltd.
- Roller, Bill & Nelson, Vivian. (1999). Group psychotherapy treatment of borderline personalities. *International journal of group psychotherapy*, 49(3), 369-385.
- Stoffers, Jutta M, Voellm, Birgit A, Rücker, Gerta, Timmer, Antje, Huband, Nick & Lieb, Klaus. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Library*.
- Tjora, Aksel. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Valla, Birgit. (2015, 31. januar 2015). Hva pasientene har lært meg. Hentet 13. juni, 2017, fra <https://psykologisk.no/2015/01/hva-pasientene-har-lart-meg/>
- Van Asselt, ADI, Dirksen, Carmen D, Arntz, Arnoud & Severens, Johan L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22(6), 354-361.
- Vedel, Ellen & Emmelkamp, Paul MG. (2010). Psychological treatments for borderline personality disorder: Are all treatments equal or are some treatments more equal than others? *Personality and Mental Health*, 4(1), 50-53.
- Wilberg, Theresa & Karterud, Sigmund. (2001). The place of group psychotherapy in the treatment of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(2), 125-129.
- World Health Organization. (2000). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Yalom, Irvin D & Elkin, Ginny. (2008). *Every day gets a little closer: A twice-told therapy*. New York: Basic Books.
- Yalom, Irvin & Leszcz, Modyn. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (5 utg.). New York: Basic Books.
- Young, Jeffrey E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*, Rev: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.

Zanarini, Mary C, Frankenburg, Frances R, Hennen, John & Silk, Kenneth R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.

## Vedlegg 1: Intervjumal

### Introduksjon av intervjuet og studiet

Temaet for dette intervjuet er endringer du har oppdaget siden MBT-terapien begynte, hva du tror kan ha ført til disse endringene og hjelpsomme og ikke-hjelpsomme aspekter ved terapien.

Det kan bli vanskelig å skille mellom individualterapien, psykoedukasjonen og gruppeterapien og jeg kan gjerne høre om dine tanker om tilbudet generelt. Jeg kommer likevel til å fokusere først og fremst på din opplevelsen av gruppeterapien. Det er også viktig at jeg får sagt at dette er et forskningsintervju, og ikke et klinisk intervju eller terapi. Vi kommer til å holde på til vi er ferdige, men ikke veldig mye lenger enn én time. Hvis vi i løpet av den tiden kommer inn på tema som er vanskelige å snakke om, er det helt greit, men jeg kommer samtidig til å fokusere på å holde meg til de spørsmålene jeg har gjort klart for intervjuet. Det handler ikke om at jeg ikke er interessert i å høre på deg, men bare at jeg må fokusere på hovedtemaene for forskningen. Hvis det er noe du i ettertid har behov for å snakke om kan vi gjøre det, eller så kan du ta kontakt med din gruppe- eller individualterapeut på \*\*\*. Intervjuet er tatt opp på lydopptak for å kunne transkriberes senere, men jeg vil bare merke lydopptaket med et tall og du vil være helt anonym når jeg har skrevet intervjuet over på tekst. Som det står på informasjonsskrivet er det viktig at du vet at du kan trekke deg når som helst fra denne studien uten konsekvenser.

Helt til slutt er hovedformålet med dette intervjuet at du kan fortelle meg om terapien med dine egne ord. Denne informasjonen vil hjelpe oss til å forstå bedre hvordan terapi fungerer og til å forbedre terapien. Fortell gjerne grundig om dine opplevelser og kom med så mange detaljer som mulig.

[Til intervjuer: Spørsmål med tall skal stilles. Parentes er alternative formuleringer.

Underpunkter er alternative spørsmål.]

### *Oppvarmingsspørsmål*

#### **1. Generelle spørsmål**

1a. Har du noen spørsmål til studien eller noen spørsmål til dette intervjuet?

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

1b. Når begynte du i MBT gruppeterapi på \*\*\*?

1c. Hvor langt opplever du at du har kommet i terapiprosessen?

1d. Hvordan er det å gå i gruppeterapi samtidig som du går i individualterapi?

### 2. Gruppens betydning og eget bidrag

2a. Hvor viktig er gruppeterapien for deg?

- Er det noe du tenker mye på, gleder/gruer deg til, har ventet lenge på

2b. Hvordan vil du beskrive deg selv i gruppen? (Hva slags rolle har du?)

- Kan du gi meg et kort eksempel?
- Hvordan vil du ellers beskrive deg selv?
- Hvordan vil de andre i gruppen beskrive deg? (Er det flere måter/på hvilke andre måter vil de beskrive deg?)

### *Refleksjonsspørsmål*

### 3. Endring etter å ha begynt i gruppeterapien

3a. Hvordan har gruppeterapien vært for deg til nå? (Hvordan er det å gå i gruppeterapi?)

- Hvordan vil du beskrive gruppen?
- Er det noe du har blitt overrasket over med gruppeterapien?

3b. Hva har vært nyttig med gruppeterapien hittil?

- Gi gjerne eksempler

3c. Om du har opplevd endringer, hvilke endringer har du opplevd med deg selv siden du begynte i gruppa?

- Har du det annerledes, føler du deg annerledes, tenker du annerledes enn du gjorde før? Hva har du lært fra terapien, inkludert hva du har lært om deg selv eller andre mennesker?
- Har noen andre nevnt noen endringer med deg?

3d. Hva tror du endringene kommer av? (Hvilke endringer kommer av gruppeterapien?)

- Hvor sannsynlig er det at denne endringen hadde skjedd uten at du gikk i gruppeterapi?
- Er det noen andre hendelser i livet ditt utenfor terapien som kan forklare endringene?

3e. Er det noe du har fått ut av gruppeterapien som du ikke får fra resten av MBT-programmet (individualterapi og psykoedukasjon)?

- I så fall hva?

#### **4. Problematiske aspekter**

4a. Har noe blitt verre siden du begynte i gruppeterapi?

- Hva kommer dette av tror du?

4b. Er det noe du ville at gruppeterapien skulle hjelpe deg med, men som ikke har skjedd siden du begynte?

4c. Hva i terapien har vært vanskelig for deg?

- Hva har vært unyttig? Negativt? Skuffende? Gi eksempler
- Var det noe i terapien som var vanskelig eller smertefullt, men likevel greit eller kanskje også nyttig? (Hva var det?)

4d. Er det noe som mangler i behandlingen? (Hva kunne gjort terapien mer effektiv eller hjelpsom?)

#### *Avrundning*

#### **5. Avsluttende spørsmål**

5a. Har du forslag til hvordan terapien kunne ha blitt bedre?

5b. Har du forslag til endringer med studien?

5c. Er det noe annet du ville ha fortalt meg?

5d. Ønsker du å få tilsendt hovedoppgaven når den er ferdig?

Hvis du sitter igjen med noen spørsmål i etterkant av intervjuet, eller ønsker å trekke tilbake opplysninger som stammer fra deg kan du gjøre det når som helst. Du kan også komme med spørsmål til meg på e-post adressen min ([hannamilie@gmail.com](mailto:hannamilie@gmail.com)), eller snakke med dine terapeuter ved \*\*\*.

Tusen takk for at du ville delta og for at jeg fikk snakke med deg.

#### Referanser

Elliot, R. (2001). The Client Change Interview Protocol. Hentet fra <http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>

Tjora, A. (2017). Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 3. utgave. Oslo. Gyldendal.

## Vedlegg 2: Samtykkeskjema

# Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

### *Opplevelsen av mentaliseringsbasert gruppeterapi*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsprosjekt om den mentaliseringsbaserte gruppeterapien ved \*\*\*. Formålet med studien er å få innsikt i hvordan deltakerne opplever gruppeterapien, hva som fungerer og hva som ikke fungerer. Denne informasjonen vil hjelpe oss til å forstå bedre hvordan gruppeterapien bør tilpasses pasientene og til å utvikle terapien generelt. Forskningsprosjektet er hovedoppgaven til en student ved profesjonsstudiet i psykologi ved psykologisk institutt ved NTNU, som er veiledet av en førsteamanuensis ved instituttet.

### **Hva innebærer prosjektet?**

Prosjektet baserer seg på intervjuer med deltakere som går i mentaliseringsbasert gruppeterapi. Hovedoppgavestudenten som går i femte klasse ved profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU, vil gjennomføre intervjuene. I intervjuet med deg kommer det blant annet til å bli spurt om hva du synes om gruppeterapien, om du har opplevd en positiv endring og om hva som er vanskelig eller utfordrende med gruppeterapien.

### **Mulige fordeler og ulemper**

Ved å delta kan du få muligheten til å reflektere rundt egen terapiprosess, noe som kan gjøre at du senere kan bruke terapien mer effektivt. Din stemme blir hørt om hva med terapien som er nyttig og viktig å fortsette med, og hva som kan forbedres. Dette kan på sikt føre til at dine meninger også kan hjelpe andre i en lignende situasjon med å få best mulig behandling for sine plager. For å delta i undersøkelsen må du sette av omtrent en times tid til et intervju med psykologistudenten. Det du sier i intervjuet vil ikke ha noen konsekvenser for behandlingsopplegget eller gruppeterapien.

### **Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede prøver og opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte studenten Hanna-Emilie Kværner på [hannamilie@gmail.com](mailto:hannamilie@gmail.com) eller terapeutene dine ved \*\*\*.

### **Hva skjer med informasjonen om deg?**

## DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. I prosjektet vil vi innhente og registrere opplysninger om deg. I stedet for navn kommer du til å få et informantnummer slik at det du sier oppbevares konfidensielt. Intervjuet vil bli tatt opp med lydopptak, slik at intervjuet senere kan transkriberes. Disse dataene overføres til sikker sone på NTNU sin server, der bare undertegnede og veileder har tilgang. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Prosjektets veileder er førsteamanuensis i klinisk psykologi ved Psykologiske poliklinikker, NTNU, Truls Ryum, tlf. 41608735, [truls.ryum@svt.ntnu.no](mailto:truls.ryum@svt.ntnu.no).

Ved prosjektets slutt, 31.12.17, skal datamaterialet fra intervjuet anonymiseres og lydopptak skal slettes. Anonyme transkripsjoner fra intervjuet med deg vil oppbevares i fem år etter prosjektslutt, men det vil ikke være mulig å kjenne deg igjen i dette materialet. Prosjektet er godkjent av personvernombudet (NSD).

## Samtykke til deltakelse i prosjektet

Jeg er villig til å delta i prosjektet

JA

NEI

---

Sted og dato

---

Deltakers signatur

---

Deltakers navn i trykte bokstaver

## Vedlegg 3: Prosjektbeskrivelse

### Vitenskapelig bakgrunn og problemformulering

Ustabil personlighetsforstyrrelse (også kalt borderline personality disorder; BPD) er en psykisk lidelse karakterisert av svingende stemningsleie og atferd (World Health Organization, 1993), med trekk som impulsivitet, aggresjon og manglende selvkontroll. Symptomene har et stort skadeomfang både på individet, pårørende og samfunnet, blant annet på grunn av høy tilstedeværelse av selvskading- og suicidalitetstaferd. Personlighetsforstyrrelsen er ansett som vanskelig å behandle (Hummelen, Wilberg & Karterud, 2007) men det er langt ifra umulig (Paris, 2008). Mentaliseringsbasert terapi er en behandlingsform spesielt rettet mot personer med denne diagnosen, og er grunnlagt i antakelsen om at mentaliseringsevnen til disse pasientene er svekket. Mentalisering handler om evnen til å reflektere over egne og andres mentale tilstander. Med en god evne til mentalisering, skal det være lettere å forstå og tåle egne og andres følelser (informasjonsskriv, \*\*\*), og for personer med BPD kan dette føre til mer reflekterte responser framfor impulsive handlinger og et ustabil følelsesliv.

Et mentaliseringsbasert behandlingsprogram som tilbys på mange distrikpsykiatriske sentre i landet, inkluderer en kombinert behandling av psykoedukasjon, gruppeterapi og individualterapi. Gruppeterapien kan sees på som en treningsarena der det pasienten lærer om mentalisering prøves ut (informasjonsskriv, \*\*\*). På grunn av interpersonlige og impulsive vansker ved BPD, kan gjennomføring av gruppeterapi ansees som en spesielt stor utfordring hos denne pasientgruppen. Samtidig kan gruppeterapi fungere som en unik terapeutisk arena for personer med personlighetsforstyrrelser (Hopper, 2001; Wilberg & Karterud, 2001). Å sørge for at gruppeterapien som tilbys er nyttig for deltakerne, er derfor viktig for bedring og for å unngå at pasientene dropper ut av behandling.

Tidligere studier tyder på at det er flere grunner til at pasienter med BPD dropper ut av gruppeterapi. Hummelen et al., (2007) fant for eksempel at drop-out i gruppeterapi hang sammen med manglende bearbeiding av bruddet med døgnopphold og manglende opplevelse av at sterke følelser kunne uttrykkes i gruppen. En studie av pasienters opplevelse av mentaliseringsbasert terapi etter endt behandling fant ambivalente følelser knyttet til bedring og til MBT (Dyson & Brown, 2016). Gruppeterapi har vist gode resultater på psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser, PF (Wilberg & Karterud, 2001). Psykodynamisk gruppeterapi har for eksempel vist god effekt på unnvikende PF, men det kan være flere vansker knyttet til BPD-problematikk med denne typen terapi (Kvarstein, Nordviste, Dragland & Wilberg, 2016). Mentaliseringsbasert gruppeterapi skal være rettet mot vanskene knyttet til denne spesifikke diagnosen (Karterud, 2012).

Mye forskning på psykoterapi har fokusert på effekten av terapi på endring hos klienten. Kvalitativ forskning kan bidra til forståelse av hva som bidrar til disse effektene og hvordan endringen foregår (Elliott, 2010). Én måte å gjøre dette på er å spørre pasientene selv, gjennom kvalitative intervju (Elliott, 2010). Det er lite forskning på BPD-pasienters



opplevelse av MBT gruppeterapi. Med tanke på relasjonelle utfordringer og risikoatferd, er behovet for å holde pasientene i terapi stort. I sin doktorgradsstudie på Universitetet i Bergen, fant Katharina T. Morken (upublisert) at virksomme mekanismer i MBT-gruppeterapien kunne tilskrives til “tematisere relasjonen her og nå”, “tematisere usagte negative følelser i rommet”, “identifisere seg med andre pasienter” og “oppdage at det finnes multiple perspektiver samtidig” ifølge pasientene selv. For å forhindre frafall og forstå hva som virker er det behov for kunnskap om BPD-pasienters syn på behandlingen. Det å få innsikt i hvordan gruppeterapien også oppleves av pasientene underveis, kan være nyttig for å forstå pasientenes motivasjon og konflikter. Både på et samfunns- og individnivå er intervjuer en positiv måte å la pasientene selv kunne uttale seg om hva som fungerer og hva som ikke fungerer (Elliott, 2010). Kunnskapen fra intervjuer med pasienter kan gi viktig informasjon om hvordan MBT-grupper for akkurat denne diagnosegruppen bør tilrettelegges og hvilke nødvendige hensyn som bør tas for å forbedre opplevelsen av endring hos deltakerne.

### **Design og metode**

#### **Teoretisk utgangspunkt**

Forskningsprosjektet har et beskrivende design (Svartdal, 2017) og bruker kvalitative intervjuer som metode. Målet er å beskrive opplevelsen til deltakere med ustabil personlighetsforstyrrelse i MBT-gruppeterapi. Begrensning i tid og tilgang til deltakere understreker likevel at studien først og fremst gir et innblikk i opplevelsene til disse individene i denne gruppen. Hver enkelt deltakers mening vil kunne si oss noe om hvordan gruppeterapien kan oppleves, men er ikke representativt for alle med denne diagnosen i denne typen terapi. Samtidig bør resultater generere kunnskap som kan være gyldig i andre sammenhenger utover individene (Tjora, 2017). Terapeuter og pasienter har ofte ulike synspunkt på hva som er viktig og virkningsfullt i terapi (Hummelen et al., 2007; Yalom & Elkin, 2014). Større innsikt i pasientenes perspektiv kan i seg selv være fruktbart for utvikling av terapeuters kunnskap og terapi.

Studien er induktiv av natur, og nye perspektiver kan på sikt både bidra til bedre innsikt og teoriutvikling. Dette kan sees på som en type psykoterapeutisk endringsprosess forskning (Elliott, 2010). Forskning vil likevel alltid være koblet til en eller annen teoretisk referanseramme (Malterud, 1996). Det er også viktig å gjøre klart hvilke forforståelser forskeren sitter inne med (Tjora, 2017). Bakgrunnen for denne forskningen kommer av interesse fra undertegnede for psykologiske og refleksive prosesser hos personer med BPD. Valget av gruppeterapi som tema kommer av en interesse for de interpersonlige vanskene som er sentrale hos personer med denne diagnosen, samt en idé om at gruppeterapi på sikt kan virke som en effektiv måte å behandle personer med psykiske lidelser på. Det at gruppeterapi kan gi flere personer på samme tid en terapeutisk lindring eller effekt er appellerende fra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Med i konstruksjonen av intervjuguiden og i gjennomføringen av intervjuene vil teori om kvalitativ metode fra blant annet Elliot et al. (Elliott, Slatick & Urman, 2001), (Tjora, 2017) og (Malterud, 2011) være sentralt. Undertegnede har klinisk erfaring med BPD fra DPS og akuttpost og i samtaler med medarbeidere på disse avdelingene. Undertegnede har også lest seg opp på diverse teori om

denne personlighetsforstyrrelsen. Det er ut fra dette tilstede en forventning om at dette er en pasientgruppe med et høyt symptomtrykk, og der deres vansker kan overskygge refleksjonsevnen. Bak denne studien ligger likevel et liberalt syn på hva som er sannhet og hvem som har rett på å definere sannheten, ettersom en opplevelse av en situasjon uansett vil være subjektiv. Det er derfor et ønske om at pasientene skal få en stemme og uttale seg om sine egne opplevelser. Dette standpunktet preger valget av tema, utvalg og metoden i oppgaven.

### **Måling**

Kvalitative dybdeintervjuer vil brukes som datagenereringsmetode. Dybdeintervjuer er gode instrumenter for å få kjennskap til personers meninger, holdninger og refleksjoner (Tjora, 2017). Intervjuene vil vare omkring en times tid, i håp om at informanten vil bli trygg og ha tillit til intervjuer, samt at det skal være god tid til refleksjon. Båndopptaker vil brukes. Intervjuguide er vedlagt, og vil følges som et semistrukturert intervju. Målet er at alle spørsmålene skal stilles, men at det er anledning til å omformulere spørsmålene hvis det vurderes som nyttig og essensen beholdes. Kvalitative intervjuer kan gjerne flyte som en vanlig samtale der deltakeren kan reflektere fritt rundt temaet (Tjora, 2017). I tilfeller der samtalen går utover studiens hovedfokus, skal spørsmålene brukes for å få deltakerne tilbake på temaet for studien.

Kvalitative intervjuer er verdifullt for å få fram klienters opplevelse av problemer og utfordringer med en terapeutisk tilnærming for en diagnosegruppe (Elliott, 2010). Dybdeintervjuet kommer av med en fenomenologisk tilnærming, ettersom individenes subjektive opplevelser vil være fremtredende (Tjora, 2017), uten at denne filosofien ligger til grunn for alle vurderingene i forskningsprosjektet. Det er viktig å forstå hvordan intervjuet som metode også har sine begrensninger og styrker. For eksempel er det nødvendig å reflektere rundt hvordan intervjuet er en intersubjektiv arena der intervjuers og intervjuobjektets gjensidige tilstedeværelse og handlinger vil påvirke hvilken informasjon som trer fram (Tjora, 2017).

Intervjumalen er laget med utgangspunkt i Elliots Client Change Interview Protocol, som er laget for å utforske psykoterapeutisk endring. Ettersom denne undersøkelsen primært handler om gruppeterapien, ble en rekke endringer gjort. Først og fremst er intervjumalen oversatt fra engelsk til norsk av undertegnede. De fleste spørsmålene har deretter blitt skrevet om for å gjelde gruppeterapi. Hvert punkt er begrenset til ett hovedspørsmål og oppfølgingsspørsmål har blitt satt i parentes og er valgfrie å stille under intervju. Spørsmål om medikamentbruk og hvordan pasienten har det nå har blitt fjernet for å tydeliggjøre skillet mellom klinisk intervju og forskningsintervju, samt å tydeliggjøre fokuset på informantens refleksjon rundt terapien. Gradering av endringene er fjernet. Gjennomgang av skjema er fjernet, ettersom det ikke innhentes tidligere opplysninger om informantene. Rekkefølgen på spørsmål har også blitt endret for å følge Tjoras (2017) anbefaling om oppvarmingsspørsmål, refleksjon og avrundning. Problematisk aspekter er lagt til slutt (før avrundingsspørsmål) på grunn av en antakelse om at dette er vanskeligst å snakke om og at informanten da kan ha blitt tryggere på situasjonen enn i begynnelsen av intervjuet. Totalt sett er det lagt mer vekt på de siste spørsmålene fra det opprinnelige skjemaet, og intervjuet er delt i tre hovedtema. Det første

temaet handler om å undersøke hvordan deltakeren ser på gruppeterapien som en helhet, inkludert deltakerens motivasjon og synet på eget bidrag i gruppen. Det andre temaet handler om deltakeren har opplevd endringer etter å ha begynt med gruppeterapien, hva endringene kommer av og hva med gruppeterapien som oppleves som nyttig. Den siste delen er spesielt relevant for tilpasning av terapien og for å forebygge frafall, og handler om hvilke aspekter ved gruppeterapien som oppleves som vanskelige for deltakeren, om noen forventninger ikke har blitt møtt og om det er noe som mangler i behandlingen.

Det skal tilstrebes at forskningsintervjuene foregår på \*\*\*, gjerne så nært (fysisk eller assosiativt) som mulig rommet som brukes i gruppeterapien. Dette for å knytte mest mulig assosiasjoner til gruppeterapien for at informantene enklest mulig skal huske og kunne reflektere over gruppeterapi-situasjonen.

### Utvalg

Studien skal gjøres gjennom kvalitative intervjuer med deltakere i en mentaliseringsbasert gruppeterapi ved \*\*\*. Det er en case-studie, med fokus på deltakere i en konkret gruppeterapi på en DPS. Deltakerne er derfor valgt gjennom strategisk utvalg, som deltakere i denne gruppen og at de har vært med på minst én time i gruppeterapien. Valget av MBT-gruppen på akkurat \*\*\* er gjort gjennom bekvemmelighetsutvalg ettersom dette er en gruppe som er kjent av undertegnede og har blitt forsket på tidligere av studenter ved psykologisk institutt, NTNU. Det antas samtidig at ikke alle deltakerne i gruppen vil takke ja til å bli intervjuet. Utvalget kan da bli preget av at informantene som er tilgjengelige vil bli brukt, og datamaterialet vil da en risiko for at datamaterialet ikke er representativt for gruppen. Det kan for eksempel være at pasientene som er mest fornøyde med gruppeterapien vil være mer villige til de å delta enn omvendt, men dette er det vanskelig å si noe om før intervjuene er gjennomført.

I det tilfellet der det er for få deltakere, kan det være en mulighet å ta kontakt med lignende MBT-grupper på andre DPSer i området.

Alle deltakerne går i MBT-kombinasjonsbehandling på \*\*\* og har diagnosen ustabil personlighetsforstyrrelse. Gruppeterapi-opplegget tar inn kandidater når det blir ledige plasser, og deltakerne har derfor mellom 0 og 24 måneders erfaring fra gruppen. Noen av deltakerne skal nylig avslutte sin deltakelse i gruppen, men vil også spurt om å delta for å få mest mulig ulike perspektiver. Utvalgets variasjon kan sees på som både en svakhet og en styrke. Det er en svakhet at deltakerne har deltatt i gruppen i ulik lengde ettersom deres læring/utvikling derfor er på ulike nivå. Samtidig kan det argumenteres med at utgangspunktet til hver enkelt aldri heller er likt, ettersom som det er stor heterogenitet mellom individer med denne diagnosen (Paris, 2008). Dermed vil heller ikke en tverrsnittsundersøkelse med for eksempel 6 måneders oppfølging av hver deltakerne beskrive den samme utviklingen, både på grunn av ulike utgangspunkt og på grunn av ulik utvikling. Variasjonen i utvalget kan dermed være en styrke for å få tilgang til mest mulig informasjon og vise flere nyanser (Malterud, 1996), både fra en fersk deltakers synspunkt og en erfaren deltaker.

## **Analyse**

Analysen vil ta utgangspunkt i Aksel Tjoras stegvis-deduktive induktive metode, SDI (Tjora, 2017), men bruken av tilleggsverktøy eller teknikker utelukkes ikke. For eksempel kan generalisering som mål erstattes med begrepet overførbarhet, som beskriver en forståelse over at det er grenser og betingelser for bruken av dataene i andre sammenhenger (Malterud, 1996). Et mål vil være å nå et visst metningspunkt i informasjonen som kommer fra intervjuene (Tjora, 2017), der det neste intervjuet ikke genererer mer informasjon. Dette kan i så fall peke på at de viktigste og mest delte aspektene blir plukket opp i analysen, og at datagrunnlaget er tilstrekkelig. Forskeren må unngå at studien i for stor grad påvirkes av etablerte normer og holdninger til denne pasientgruppen, eller overidentifisering med deltakerne (Kvale & Brinkmann, 2015). Det kritiske perspektivet opprettholdes gjennom en grundig analyse, der forskeren holder seg nær datamaterialet og begrunner valgene som er gjort. Transparens i forskningen (Tjora, 2017) er nøkkelordet her.

## **Etisk protokoll**

### **Rekruttering**

Deltakerne til prosjektet vil rekrutteres gjennom kontaktpersoner i MBT-gruppen på \*\*\*. Et informasjonsskriv om studien vil gis gruppedeltakerne i sammenheng med terapitimer (vedlagt). Ved spørsmål om studien kan deltakerne kontakte terapeutene i MBT-gruppen eller sende e-post til undertegnede. Det er viktig å være klar over den intrikate balansen mellom oppfordring til deltakelse via informasjonsskriv og gruppeterapeutene og klargjøringen av at deltakelse er frivillig. Deltakerne kan oppleve et avhengighetsforhold til gruppeterapeutene som fører til et opplevd press på å delta, noe som må unngås. Det skal derfor understrekes både skriftlig og muntlig at deltakelse er frivillig og at å la være å delta eller trekke seg underveis ikke gir noen negative konsekvenser, verken formelt eller uformelt. Når denne informasjonen er overført kan deltakerne ta kontakt med gruppeterapeutene eller undertegnede for å avtale intervjutidspunkt.

### **Risiko for deltakerne**

Intervjuundersøkelser må vurderes ut fra moralske og etiske spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Det er kjent at intervjuer kan medføre et visst ubehag for informanten (Tjora, 2017). Ettersom temaet for intervjuene handler om informantens opplevelse som pasienter i en terapi som skal hjelpe dem med deres personlige vansker, er det mulig at samtalen kan gå over i personlige tema. Intervjuet i seg selv kan oppleves som slitsomt ettersom det kreves konsentrasjon, tilstedeværelse og respons i en hel time. Lengden på intervjuet vurderes likevel som uproblematisk ettersom en slik samtalsituasjon er noe pasientene er kjent med ettersom de både har vært gjennom individual- og gruppeterapi som varer i omtrent samme lengde. Intervjutiden kan også være noe pasientene selv får noe ut av og kan sette pris på, for eksempel ved at de får snakket ut om hva som er bra og dårlig med terapien de går i (Elliott, 2010). Refleksjon rundt ens egen behandling kan for eksempel virke terapeutisk og styrke den terapeutiske læringen (Elliott et al., 2001). Deltakerne får også muligheten til å la sin stemme bli hørt når det gjelder hva med terapien som er nyttig og viktig å fortsette med og hvilke

deler som kan forbedres eller justeres på. Dette kan på sikt føre til at deltakernes meninger kan hjelpe andre i en lignende situasjon med å få best mulig behandling for sine plager. Denne studien er ikke en intervensjon, men handler om å få innsikt i pasientenes refleksjoner. Intervjuene vil kunne ligne andre samtaler pasientene har med for eksempel venner om hva de får ut av terapien de går i. Samtidig vil intervjuer ha satt seg inn i etiske problemområder, som forskningen må forholde seg til både før, under og etter intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **Deltakergruppen**

Pasienter med denne BPD-problematikk har ofte vært mye i kontakt med helsevesenet. Dette kan både ha en positiv og en negativ effekt på intervjusituasjonen. På den positive siden kan informantene være veldig komfortable med å snakke om personlige vansker og opplevelser med helsevesenet, ettersom de har lang erfaring med å fortelle om sine problemer med fremmede. På den negative siden kan dette føre til at informantene har fastlåste forestillinger om hvordan deres opplevelse av egne vansker og kontakten med hjelpeapparatet er. Samtidig er dette en gruppe som har en rekke relasjonelle vansker, og nye relasjonsbrudd kan dermed være uheldig. Det å åpne seg opp for en ny fremmed som ikke kommer tilbake kan muligens oppleves som et slikt brudd. Det er derfor essensielt at intervjuer er tydelig på rammene for relasjonen og intervjusituasjonen på forhånd av intervjuet (Tjora, 2017) og å skille mellom å utføre et forskningsintervju og et klinisk intervju (Kvale, 1997). Det blir viktig at intervjuer underveis reflekterer rundt hvilke tema som er relevant for spørsmålene om gruppeterapien og hvilke personlige erfaringer hos informanten som er mindre relevante. Selv om pasienten skal få støtte på sine erfaringer og skal få rom til å snakke om det som er ønskelig, skal intervjuer kunne bruke intervjuguiden til å føre pasienten tilbake til fokus for studien. For eksempel er det viktigere å fokusere på hvordan pasientens konkrete erfaringer fra gruppeterapien har vært vanskelige for han/henne framfor andre erfaringer i livet utenfor terapien som har vært vanskelig. Hvis intervjuer havner i en slik situasjon skal pasienten først få empatisk støtte i sine opplevelser, før intervjuer spør om det er i orden å spørre flere spørsmål knyttet til spesifikke opplevelser i gruppeterapien. Hvis pasienten trenger oppfølging i etterkant av intervjuet, kan han/hun ta kontakt med gruppe- eller individualterapeutene ved \*\*\*.

Konsekvensene av resultatene i studien vil ha mest fordeler i et samfunnsperspektiv. Som ulempe kan uttalelser stemme med inntrykk og symptomer på lidelsen deltakerne representerer og dette kan i verste fall føre til økt stigmatisering av lidelsen. Det er derimot først og fremst en stor fordel at denne pasientgruppens egne stemme og meninger blir hørt. Dette kan redusere stigma for denne pasientgruppen og skape større forståelse for heterogeniteten og normaliteten i lidelsen. I tillegg kan det å ta pasientens perspektiv føre til nyttig kunnskap om å være pasient i psykisk helsevern generelt.

### **Informert samtykke**

Eventuelle deltakere skal få utdelt et informasjonsskriv om studien der formål, grovt design, risikoer og fordeler er inkludert (Kvale & Brinkmann, 2015). I informasjonen står det tydelig at deltakelse er frivillig, og ved deltakelse er det lov å trekke seg på ethvert tidspunkt uten at dette får konsekvenser for deltakeren. I informasjonsskriv fra \*\*\* til deltakere av MBT-

tilbudet, står det også nederst at “Det foregår til enhver tid forskningsprosjekter ved \*\*\*, og fra tid til annen vil pasienter bli forespurt om å delta i forskningen. Dette er på frivillig basis.” Hvis det oppstår en situasjon under intervjuet der deltakeren gir uttrykk for at det er vanskelig å gjennomføre, skal intervjuer være tydelig på at deltakeren har rett til å trekke seg fra studien (Tjora, 2017). Alle deltakerne er over 18 år og kan vurderes som samtykkekompetente.

### **Anonymitet**

Anonymisering er viktig når det er sensitive og private tema som tas opp i intervjuene (Tjora, 2017). På grunn av casets natur med en liten avgrenset gruppe kan dette være utfordrende, til tross for at gruppemedlemmer og terapeuter har taushetsplikt. Identifisering av deltakerne for gruppemedlemmer, terapeuter og utenforstående skal ikke være mulig, og skal tas høyde for både i bruken av generelle utsagn og direkte sitering i oppgaven. Deltakernes utsagn vil ikke ha konsekvenser for terapien eller tilgang til terapien. Ettersom dette er en terapigruppe der refleksjoner ønskes velkommen, er deltakernes tanker og vurderinger sett på som viktige og relevante for arbeidet i gruppen. Deltakerne skal garanteres full konfidensialitet. Notater og båndopptaker fra intervjuene vil merkes med deltakernummer, og skal oppbevares på arkivrommet til Psykologiske Poliklinikker ved NTNU. Disse tas bare frem ved nødvendig bruk for analyse av dataene og i lukkede rom på Dragvoll, NTNU. Tilgang til disse er forbeholdt undertegnede og veileder ved psykologisk institutt. Lydbånd fra intervjuene skal transkriberes og merkes deltakernummer. Disse dataene blir derfor fullt anonymisert. Transkriberingsskrivene skal ikke inneholde identifiserbar informasjon. Dette datamaterialet oppbevares på sikker sone på NTNU sine servere, med tilgang kun for undertegnede og veileder. Lydopptakene slettes ved prosjektslutt.

### **Tilbakemelding**

Gruppeterapeutene ved \*\*\* skal få tilbakemelding på studiet i form av et møte der de generelle resultatene diskuteres og den skriftlige hovedoppgaven. Deltakerne skal informeres om at de kan få tilsendt hovedoppgaven når den er ferdig, og at de kan komme med spørsmål også i etterkant av intervjuet.

### **Plan for gjennomføring (ca. ½ side)**

Forskningsprosjektet startet januar 2017 og skal leveres inn til Psykologisk Institutt ved NTNU i løpet av desember 2017. Arbeidet følger vanlig skolegang og prosjektet vil derfor jobbes med i løpet av et tidsrom på 12 måneder, med et opphold i sommerferien. De første tre månedene går til litteraturgjennomgang, planlegging av gjennomføring, utvikling av samtykke- og spørreskjema, og lage en struktur på oppgaven. Deretter vil april, mai og juni gå til gjennomføring av forskningsintervju og skriving av innledning og metodedel. Oppgavene vil sannsynligvis ofte gå parallelt. Analyse av data begynner senest tidlig i høstsemesteret og resultater må legges frem i oppgaven. Oktober, november og desember vil gå til å skrive diskusjonen og ferdigstille oppgaven.

Prosjektslutt er 31.12.17. Innen denne dato skal datamaterialet anonymiseres og lydopptak blir slettet.

Prosjektets veileder er førsteamanuensis i klinisk psykologi, Truls Ryum, tlf. 41608735, [truls.ryum@svt.ntnu.no](mailto:truls.ryum@svt.ntnu.no). Veileders arbeidssted er Psykologiske poliklinikker ved Dragvoll, NTNU (7491 Trondheim).

## Referanser

- Dyson, Heather & Brown, Dora. (2016). The Experience of Mentalization-Based Treatment: An Interpretative Phenomenological Study. *Issues in mental health nursing*, 37(8), 586-595.
- Elliott, Robert. (2001). The Client Change Interview Protocol . Hentet 21. mars , fra <http://experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html>
- Elliott, Robert. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy research*, 20(2), 123-135.
- Elliott, Robert, Slatick, Emil & Urman, Michelle. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69.
- Hopper, Earl. (2001). Difficult patients in group analysis: The personification of (ba) I: A/M. *Group*, 25(3), 139-171.
- Hummelen, Benjamin, Wilberg, Theresa & Karterud, Sigmund. (2007). Interviews of female patients with borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy. *International journal of group psychotherapy*, 57(1), 67-92.
- Karterud, Sigmund. (2012). *Manual for mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G)*: Gyldendal.
- Kvale, Steinar. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*: Gyldendal akademisk.
- Kvale, Steinar & Brinkmann, Svend. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvarstein, Elfrida Hartveit, Nordviste, Ola, Dragland, Lone & Wilberg, Theresa. (2016). Outpatient psychodynamic group psychotherapy–outcomes related to personality disorder, severity, age and gender. *Personality and Mental Health*.
- Malterud, Kirsti. (1996). Qualitative methods in medical research. *Oslo: Tano Aschoug AS*.
- Malterud, Kirsti. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo.
- Paris, Joel. (2008). *Treatment of borderline personality disorder: A guide to evidence-based practice*: Guilford Press.
- Svartdal, Frode. (2017, 03.02.17). Forskningsmetoder i psykologien. Hentet 22. mars, 2017, fra [https://snl.no/forskningsmetoder\\_i\\_psykologien](https://snl.no/forskningsmetoder_i_psykologien)
- Tjora, Aksel. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wilberg, Theresa & Karterud, Sigmund. (2001). The place of group psychotherapy in the treatment of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(2), 125-129.
- World Health Organization. (1993). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research*.
- Yalom, Irvin D & Elkin, Ginny. (2014). *Every day gets a little closer: A twice-told therapy*: Basic Books.

**Vedlegg 4: Godkjenning NSD**



Truls Ryum  
Institutt for psykologi NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 03.05.2017

Vår ref: 54043 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 06.04.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>54043</i>	<i>Klienters opplevelse av mentaliseringsbasert gruppeterapi</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Truls Ryum</i>
<i>Student</i>	<i>Hanna-Emilie Kværner</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](http://www.nsd.uib.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*



## Vedlegg 5: Tilbakemelding fra REK



<b>Region:</b> REK midt	<b>Saksbehandler:</b> Øystein Lundestad	<b>Telefon:</b> 73597507	<b>Vår dato:</b> 24.05.2017	<b>Vår referanse:</b> 2017/595/REK midt
			<b>Deres dato:</b> 28.03.2017	<b>Deres referanse:</b>

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Truls Ryum  
NTNU

### PROSJEKTET ER UTENFOR REKS MANDAT Å VURDERE

**Ref.nr.** 2017/595

**Prosjektittel:** Klienters erfaringer med MBT gruppeterapi

**Forskningsansvarlig:** Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

**Prosjektleder:** Truls Ryum

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 05.05.2017. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

#### Prosjektleders prosjekttale

Ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD) er en psykisk lidelse karakterisert av ustabil selvbylde, skiftende stemningsleie og vanskelige interpersonlige relasjoner. Mentaliseringsbasert behandlingsprogram som tilbys denne pasientgruppen på mange distriktspsykiatriske sentre i landet, og kombinerer psykoedukasjon, gruppeterapi og individualterapi. På grunn av relasjonelle og impulsive vansker i BPD, kan gjennomføring av gruppeterapi ansees som en spesielt stor utfordring, men kan også fungere som en unik terapeutisk arena. På et samfunns- og individnivå er intervjuer en positiv måte å la pasientene selv kunne uttale seg om egen opplevelse av behandling. Det vil gjennomføres intervjuer med deltakere i en MBT-gruppe som transkriberes og analyseres. Innsikt i hvordan gruppeterapien oppleves av pasientene, kan gi viktig informasjon om hvordan MBT-grupper for denne diagnosegruppen bør tilrettelegges og hvilke hensyn som bør tas for å forbedre opplevelsen av endring hos deltakerne.

#### Vurdering

##### Komiteens prosjektsammendrag

I prosjektet søkes det å evaluere deltakeres erfaringer med et etablert behandlingstilbud ved [redacted] Trondheim. Det søkes å rekruttere sju personer med ustabil personlighetsforstyrrelse (BPD) til kvalitative, individuelle intervju om deres refleksjoner rundt gruppeterapi hvor det benyttes mentaliseringsbasert behandlingsprogram (MBT). Ved sviktende rekruttering kan det være aktuelt å kontakte et annet lokalt DPS. Formålet med studien er å gi en beskrivelse av deltakernes erfaringer med tanke på å evaluere og forbedre denne typen behandling. Studien er samtykkebasert og inngår i en hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi ved NTNU.

##### Spørsmål om framleggingsplikt

**Besøksadresse:**  
Fakultet for medisin og  
helsevitenskap Håkon Jarls  
gate 11, Oya helsehus

**Telefon:** 73597511  
**E-post:** rek-midt@mh.ntnu.no  
**Web:** <http://helseforskning.etikk.com.no/>

All post og e-post som inngår i  
saksbehandlingen, bes adressert til REK  
midt og ikke til enkelte personer

Kindly address all mail and e-mails to  
the Regional Ethics Committee, REK  
midt, not to individual staff

# DELTAKERES OPPLEVELSER AV MENTALISERINGSBASERT GRUPPETERAPI

Komiteen har vurdert prosjektprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. REK skal vurdere all forskning på mennesker, helseopplysninger eller humant biologisk materiale hvor studiens hensikt er "å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom" (helseforskningsloven (hfl.) § 4 a, jf. også § 2). Annen type forskning og rene evalueringer av etablert behandlingspraksis faller utenfor REKs mandat å vurdere. Formålet vurderes som avgjørende for spørsmålet om framleggingsplikt for REK.

Komiteen vurderer forelagt studie som primært rettet mot ei evaluering av etablert behandlingstilbud ved [redacted]. Deltakere blir spurt om deres erfaringer og refleksjoner knyttet til tilbudet, med den hensikt å evaluere og forbedre dette. Det benyttes vitenskapelig metodikk i studien, men komiteen mener at det ikke forskes på mennesker eller helseopplysninger med den hensikt å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom. Hovedformålet i studien vurderes heller som rettet mot en systematisk undersøkelse av etablert behandling og hvorvidt dette virker etter hensikten.

Denne typen studie faller utenfor helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. hfl. § 2, og kan gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at studien bare kan gjennomføres etter at den er forankret i lokal ledelse ved helseinstitusjonen. I tillegg må studien meldes til det lokale personvernombudet, ev. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

## Vedtak

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Midt-Norge har funnet at prosjektet faller utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningsloven § 2.

Komiteens beslutning var enstemmig.

## Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold  
Dr.med.  
Leder, REK midt

Øystein Lundestad  
Rådgiver

Kopi til: postmottak@svt.ntnu.no