



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Institutt for Helse- og Omsorgsfag

**"Et logisk og raust arbeidsredskap i miljøterapi" - om bruk av en
mentaliseringsbasert tilnærming**

*En kvalitativ studie om erfaringer med bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming
overfor pasienter med personlighetsproblematikk*

Klara Gautestad

Masteroppgave i helsefag, studieretning psykisk helse. Oktober 2015



Sammendrag

Forfatter: Klara Gautestad

Tittel: "Et logisk og raust arbeidsredskap i miljøterapi"- om bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming. En kvalitativ studie om erfaringer med bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming overfor pasienter med personlighetsproblematikk.

Forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har personalet i et utvidet poliklinisk tilbud med bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi overfor pasienter med personlighetsproblematikk?

Bakgrunn og formål: Mentalisering er et nytt ord for kjente begreper, og er et samlebegrep om implisitt og eksplisitt og fortolke egne og andres handlinger som meningsfulle ytringer av indre liv. I mentaliseringsbasert terapi (MBT) forsøker en å hjelpe pasientene til å forstå seg selv og andre på en mer hensiktsmessig måte. Målet er å bli bedre rustet til å reflektere over og respondere adekvat på andres og egne mentale tilstander. Flere miljøterapeutiske institusjoner i Norge har implementert mentalisering som modell i miljøterapien (MBT-M) innenfor kliniske felt som personlighetsproblematikk, spiseforstyrrelser, rus, selvskading og alvorlige traumer. Selv om man har tatt MBT-M i bruk mange steder finnes det ingen kjent forskning på helsepersonell sin opplevelse og erfaring med å bruke denne tilnærmingen i miljøterapeutisk arbeid. Det vil være formålet med denne studien. Erfaringer fra et brukerperspektiv kan bidra med nye beskrivelser av ulike områder innenfor dette feltet.

Metode: Tre terapeuter med helsefaglig bakgrunn og inngående kjennskap til MBT ble intervjuet om erfaringer med å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi. Terapeutene har flere års erfaring med å bruke MBT overfor pasienter med personlighetsproblematikk; både i miljøterapi, individualterapi og en av dem også i gruppeterapi. De arbeider alle i en enhet som tilfredsstillende de fleste av de kravene som skal til for at den skal kunne kalles en mentaliserende organisasjon (MBT-M). Datamaterialet ble analysert ved hjelp av fenomenologisk analyse. Som en del av forberedelsene til intervjuene ble det gjennomført et prøveintervju med en miljøterapeut med inngående kjennskap til og erfaring med mentaliseringsbasert miljøterapi overfor pasienter med spiseforstyrrelser. Samtlige funn ble bekreftet i dette prøveintervjuet.

Funn: Gjennom analysen ble fire kategorier trukket frem som de mest fremtredende i informantenes beskrivelser. Disse kategoriene er: et logisk og raust arbeidsredskap for å forstå og hjelpe mennesker med personlighetsproblematikk; den mentaliseringsbaserte teorien og tilnærmingen har betydning for hvordan terapeutene agerer på og i situasjoner; det er mye å holde øye med samtidig - pasientene, en selv og det som skjer imellom; det krever mer i miljøterapi enn i andre terapeutiske settinger. På bakgrunn av at terapeutene kjente tilnærmingen igjen ut fra tidligere miljøterapeutisk erfaring opplevde de den som logisk. I de balansegangene miljøterapien representerte opplevde de at tilnærmingen hadde en fleksibilitet som gjorde at de kunne tilpasse den til de ulike situasjonene. De opplevde også en raushet innenfor rammen av MBT som gjorde at de kunne ta i bruk det de fant nyttig i en situasjon.

Konklusjon: Å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi kan åpne opp og skape et større refleksjonsrom mellom terapeuter og pasienter. Terapeutene opplevde at tilnærmingen åpnet for en deltakelse fra dem som terapeuter som var annerledes enn de var vant til. De opplevde en form for ærlighet i denne tilnærmingen, samt stor grad av likeverd mellom dem selv og pasientene. I tråd med eksisterende forskning kan tilknytningsteorien i mentaliseringstradisjonen hjelpe helsepersonell med å bli kvitt negative holdninger til og oppfatninger av mennesker med personlighetsproblematikk. Terapeutene opplevde at de etter å ha tilegnet seg kunnskap innenfor denne tradisjonen forsto disse pasientene på en annen måte enn de hadde gjort tidligere.

Nøkkelord: Mentalisering; mentaliseringsbasert tilnærming; miljøterapi; mentaliseringsbasert miljøterapi; MBT-M; kvalitativ; fenomenologisk metode; semistrukturert intervju

Abstract

Author: Klara Gautestad

Title: “A logical and generous tool for use in milieu therapy”- on the use of the mentalization based therapeutic approach. A qualitative study of staff experience related to usage of the mentalization approach on patients diagnosed with personality disorders.

Research Question: How did staff at an outpatient care facility experience using the mentalization approach on patients with a personality disorder diagnosis?

Background: Mentalization is a new and broad concept that relates to how subjects in interpersonal dealings, implicitly and explicitly, actively interpret their own as well as other's actions as meaningful expressions of the other's inner lives. In mentalization- based therapy (MBT), one strives to help patients understand themselves and others in a more constructive manner. The goal is to enable or improve a given patient's ability to reflect over and respond adequately to others as well as their own mental states. Several healthcare institutions in Norway have implemented mentalization as a model in milieu therapy (MBT-M) in clinical fields as varied as treatment of personality disorders, eating disorders, drug abuse, self-harming as well as serious trauma. Even though MBT-M has been utilized in several places, no known research has so far focused on health worker's own experiences with using this approach in milieu therapeutic settings. The goal of this research is to focus on health worker's experiences related to incorporating MBT-tools in milieu therapeutic work. User experiences can contribute toward supplementary descriptions of just these experiences within therapeutic environments.

Method: Three therapists with background in healthcare, and comprehensive knowledge of - and experience in - Mentalization-based Therapy (MBT) were interviewed about their experiences with using a mentalization-based approach in milieu therapy. The therapists have several years of experience in using MBT in meeting patients with personality disorders; both in milieu therapy as well as in individual therapy, and one of them also in a group-therapy setting. They all work in an institutional setting that meets a majority of the requirements for being titled a mentalizing organization (MBT-M). A phenomenological approach was applied in analyzing the data from the interviews. As part of the preparations for these interviews, a trial interview with a therapist involved in using MBT for eating disorders was conducted. The findings from the trial interview were consistent with the other interviews.

Findings: During the analysis four categories emerged as common and most apparent amongst the informant's descriptions. These categories are: a logical and generous tool for working that helps understanding and assisting people with personality disorders; the mentalization-based theory and approach influenced how the therapists responded to, and behaved in, different situations; one needs to focus on several things at once, that being the patients, therapists themselves and what goes on between them; working with this approach in milieu therapy demands more than in other therapeutic settings. Based on the fact that the social workers recognized the MBT approach in light of earlier milieu therapeutic experience, they found the approach to be logical. In meeting the challenges of finding the right balance in milieu therapy, the informants experienced that this approach had within it a flexibility that enables them to use it in various situations. They also found the therapeutic frame of MBT to be generous in permitting them to make use of whatever they found beneficial in a given situation.

Conclusion: Using the mentalization-based approach in milieu therapy can potentially create more room for reflection in encounters between patients and social workers. The milieu therapists found that the approach opened up for a different kind of participation from them as therapists, in contrast of their past experiences. They also found that the approach necessitated a level of honesty in their encounters and supported more equitable relations between themselves and their patients. In accordance with existing research, the attachment theory within the mentalization tradition can help practitioners in shifting to more positive attitudes toward patients suffering from personality disorders. Therapists in this study claimed to have come to understand their patients in a different manner contra their experiences before acquiring knowledge in the MBT tradition.

Keywords: Mentalization, mentalization based approach; therapeutic environment work, MBT-M, phenomenological method, semi structured interview.

Forord

En forutsetning for at jeg skulle ta fatt på et arbeid med å skrive masteroppgave var å finne et emne som kunne inspirere meg nok til at dette kunne bli en meningsfylt prosess gjennom et helt år. Jeg har snart 30 års erfaring som sykepleier innenfor ulike fagfelt og finner det etter hvert helt nødvendig å arbeide med noe som gir stor grad av mening; enten det nå er praksis eller teori. Og faktisk var dette emnet så spennende og lærerikt at motivasjonen min ble opprettholdt gjennom hele prosessen. Ikke minst skyldes det utrolig engasjerte, kunnskapsrike og dyktige informanter som med stor velvilje delte sine erfaringer med meg. Så tusen takk både til informanten i prøveintervjuet og til informantene som var deltakere. Uten dere hadde ikke denne studien blitt til.

En annen forutsetning for å gjøre dette arbeidet var at jeg skulle gjøre det på *min* måte; uten det "stresset" som alltid følger av å studere ved siden av full jobb. Det kunne jeg gjøre fordi mine snille foreldre hadde lyst til å sponse meg økonomisk slik at jeg kunne gå i redusert stilling mens jeg holdt på med denne oppgaven. Så tusen takk til mine kjære foreldre for den sponsingen. Dere fortjener også en takk for at dere alltid har sagt at jeg kan *hvis* jeg vil.

Veileder for dette prosjektet har vært Jurgen Kasper. Han fortjener en takk for at han har stilt opp de gangene jeg har hatt behov for råd og veiledning undervegs.

Så må det nevnes at medstudenter har vært til stor hjelp og støtte gjennom hele denne prosessen. Heidi - som forbarmet seg over meg når jeg slet med søk etter forskningsartikler og andre datatekniske finurligheter, og som alltid lot seg engasjere i diskusjoner om mentalisering. Bente på det forrige kullet - som alltid var imøtekommende og positiv og delte av sine erfaringer med å skrive masteroppgave. Grethe - som ut fra sitt tema på masteroppgave ga meg noen nye perspektiver når jeg trengte det som mest. Takk til dere.

Sist men ikke minst til min samboer Leif Erik; tusen takk for at du har vært så positiv og tålmodig, og laget så mange kjempegode middager, underveis i hele denne lange studietiden.

Innhold

1	Introduksjon	1
1.1	Sentrale begreper og teoretisk bakgrunn	2
1.2	Tidligere forskning.....	4
1.3	Studiens formål og forskningsspørsmål	7
2	Vitenskapsteoretisk perspektiv	9
3	Metode	12
3.1	Metodisk tilnærming.....	12
3.2	Datainnsamling.....	12
3.2.1	Utvalg.....	12
3.2.2	Rekruttering	13
3.2.3	Intervju	14
3.2.4	Gjennomføring av intervju	14
3.2.5	Avklaring av forskerrollen.....	16
3.2.6	Etiske overveielser	18
3.3	Analyse av datamaterialet.....	19
3.3.1	Transkripsjon.....	20
3.3.2	Analysen	21
4	Funn	23
4.1	Et logisk og raust arbeidsredskap for å forstå og hjelpe mennesker med personlighetsproblematikk	25
4.1.1	Et redskap til å tenke annerledes om denne gruppen	25
4.1.2	En slags grunnholdning til den andre - og til seg selv - som åpner opp og skaper et større refleksjonsrom	27
4.1.3	Det er logisk, det "klikket liksom bare inn" i forhold til den erfaringen og kompetansen jeg hadde fra før	29

4.1.4	Det er en raushet innenfor rammene av MBT som gjør at man kan ta i bruk det man finner nyttig i en situasjon	30
4.2	MBT har betydning for hvordan jeg agerer på og i situasjoner.	30
4.2.1	Den relasjonelle tilknytningen ligger i bunn	30
4.2.2	Å utforske uberettigede oppfatninger	32
4.2.3	Å regulere følelser	34
4.2.4	Å finne ut av misforståelser og reparere relasjoner	35
4.3	Det er mye å holde øye med samtidig: pasientene, meg selv og det som skjer imellom	37
4.3.1	Det er ikke sånn at den MBT-biten er der hele tiden, men det er viktig å være oppmerksom og ha den fremme når det oppstår ting.	38
4.3.2	Vi må hele tiden også holde øye med oss selv og jobbe med vår egen mentaliseringsevne	39
4.4	Krever mer i miljøterapi enn i andre settinger	40
4.4.1	Pasientene skal ikke behøve å kjenne på at de må være i terapimodus hele tiden. 40	
4.4.2	Det er en større balansekunst å regulere mange enn å regulere en	41
5	Diskusjon	43
5.1	Veier til å sikre studiens kvalitet	43
5.2	Diskusjon av funn	48
5.2.1	Betydning for forståelsen av mennesker med personlighetsproblematikk.	48
5.2.2	Betydning for oppmerksomhet	53
5.2.3	Betydning for hvordan man agerer på og i situasjoner	54
5.2.4	En beskyttelse når ens egen mentaliseringsevne blir satt på prøve	57
5.3	Implikasjoner	58
5.4	Oppsummering	60
	Vedlegg 1	65

Vedlegg 2	67
Vedlegg 3	69
Vedlegg 4	72

1 Introduksjon

Innenfor psykiatrisk behandling har man de senere år sett radikale fremskritt i arbeidet med personlighetsforstyrrelser. Fremskritt i behandlingsprogrammer har vært påvirket av to forhold; den økende anerkjennelsen av at forstyrrelsen har et langt gunstigere forløp enn tidligere og fremveksten av relativt effektive og praktiske psykososiale intervensjoner som synes å akselerere en positiv utvikling (Bateman & Fonagy, 2007).

En evidensbasert behandling for borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) er mentaliseringsbasert terapi (MBT). MBT ble utviklet av Bateman og Fonagy (Levy et al., 2012), og bygger på en omfattende teori om mentalisering som et allmennmenneskelig fenomen og integrerer elementer fra blant annet evolusjonsteori, affektiv nevrovitenskap, allmenn nevrobiologi, tilknytningsteori, teori om selvutvikling, sosialisering, gruppedynamikk og psykopatologi (Karterud, 2013).

Den utviklingen som har skjedd innenfor mentaliseringsbasert terapi (MBT) de siste tiårene har vakt stor internasjonal oppmerksomhet og behandlingsformen prøves ut på stadig nye lidelser, som personlighetsforstyrrelser i generell forstand, spiseforstyrrelser, rusmiddellidelser, depressive lidelser, angstlidelser med mer (Skårderud & Karterud, 2007).

MBT er en terapi for individuell oppfølging av pasienter. I tillegg har MBT egne tilpasninger eller versjoner for gruppeterapi (MBT-G) og miljøterapi (MBT-M), og en egen for psykoedukative grupper (MBT-I) - hvor man gir pasientene grunnleggende kunnskap om begrepene, teorien og terapien (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). I denne tradisjonen kan man altså bruke den samme tilnærmingen til pasienter i flere settinger. På den måten vil også fagpersoner i en institusjon, enhet eller organisasjon, som har implementert MBT-M kunne legge en felles tilnærming til grunn for samarbeid.

Skårderud og Sommerfeldt ga i 2013 ut en norsk bok om mentalisering som teoretisk modell og praktisk tilnærming i miljøterapi (MBT-M). Her beskrives manualene i MBT, operasjonalisert som 17 ledd (se vedlegg), som har fokus på sentrale holdninger og terapeutisk teknikk innenfor denne terapiformen. Disse leddene brukes også som veiledende for miljøterapeutiske institusjoner (Skårderud & Sommerfeldt, 2013).

Flere miljøterapeutiske institusjoner i Norge har implementert mentalisering som modell innenfor kliniske felt som personlighetsproblematikk, spiseforstyrrelser, rus, selvskading og alvorlige traumer. Skårderud og Sommerfeldt beskriver noen grunnleggende strukturer og nødvendige forutsetninger for at en institusjon, enhet eller avdeling kan påberope seg å drive mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M) (2013, s. 153). I den enheten hvor informantene i denne studien arbeider er mange av disse strukturene og forutsetningene tilstede; individualsamtaler, gruppesamtaler, psykoedukative grupper og ekstern veiledning. Daglig leder sier imidlertid at de ikke tilfredsstill alle kravene som skal til for at de skal kunne kalle seg en mentaliserende organisasjon (MBT-M), men at de er underveis i arbeidet mot å komme dit. I denne oppgaven har jeg derfor valgt å bruke begrepet "mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi" i stedet for "mentaliseringsbasert miljøterapi". Dette for at leseren ikke skal forledes til å tro at det empiriske materialet er hentet fra en enhet som tilfredsstill alle kravene til implementering, organisering og drift, og på den måten kan påberope seg å drive mentaliseringsbasert miljøterapi. Årsaken til at betegnelsen "terapeut" og ikke "miljøterapeut" er brukt er at informantene ikke bare arbeider miljøterapeutisk. De er også behandlere for pasientene og har individuelle samtaler med dem.

Det er gjort lite kvalitative studier fra et behandlerperspektiv i forhold til en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi. Det vil være mitt bidrag med denne studien.

1.1 Sentrale begreper og teoretisk bakgrunn

Som tidligere nevnt er mentaliseringsbasert terapi først og fremst utviklet i tilknytning til emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Jeg vil i det følgende kort skissere ICD-10 kriteriene for denne personlighetsforstyrrelsen – fordi det også sier noe om hvilke utfordringer disse pasientene og deres behandlere og hjelpere står overfor. I ICD-10 kategoriseres emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse under impulsiv og borderline type. Kriteriene for impulsiv type er manglende følelsesmessig stabilitet, manglende impulskontroll, voldsutbrudd og truende atferd. Borderline type vil i tillegg til disse kriteriene ha forstyrrede og uklare selvbilder, mål og preferanser, tendens til å involvere seg i intense og ustabile forhold, kronisk tomhetsfølelse, selvdestruktive handlinger og selvmordstrusler (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010).

Et grunnlag for forståelse av borderline personlighetsforstyrrelse ligger i John Bowlbys tilknytningsteori, samt utviklingspsykologers utvidelse av denne teorien. Ifølge tilknytningsteorien finner utviklingen av selvet sted i affektregulerende kontekster fra tidligere relasjoner. Her antar man at spedbarnet må få sine emosjonelle signaler nøyaktig eller tilstrekkelig speilet av en tilknytningsperson for å oppnå normal selvopplevelse. For at spedbarnet skal kunne skille mellom omsorgsgiverens speiling og sin egen emosjonelle erfaring må speilingen være markert, eksempelvis overdrevet (Bateman & Fonagy, 2007, s. 15). Ifølge Bateman og Fonagy vil fravær av markert speiling være forbundet med senere utvikling av desorganisert tilknytning. En opplevd fragmentering i selvstrukturen reduseres gjennom utvikling av mentalisering, det vil si evnen til å representere interpersonlig erfaring så vel som selverfaring, i termer som handler om mental tilstand (Bateman & Fonagy, 2007, s. 15-16).

Personer med BPF har en tendens til å tolke seg selv og andre feilaktig når de er emosjonelt aktivert og når relasjonen med en annen går inn i tilknytningsdimensjonen. Denne relasjonelle intensivering medfører at evnen til å forestille seg en annens mentale tilstand raskt kan forsvinne. Når dette skjer dukker det opp førmentalisteriske måter å organisere subjektet på. Disse har kraft til å desorganisere relasjonen, og ødelegge den sammenhengende selvopplevelsen som er gitt gjennom fortellinger basert på normal mentalisering. På denne måten kan mentalisering gå over i psykisk ekvivalens, hvor pasienten tror urokkelig på at slik de tenker er slik verden og det de møte er, eller pretend modus, hvor pasienten går over til utydelig "tom prat" (Bateman & Fonagy, 2007, s. 17). Disse to måtene å organisere subjektet på er grunnleggende former for mentaliseringssvikt, som igjen svarer til utviklingsstadier og hvordan barnet tar inn psykisk virkelighet. De er normale hos det lille barnet, men erfares som mentaliseringssvikt og umodenhet hos ungdommen eller den voksne (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 93).

I mentaliseringsbasert terapi forsøker en å hjelpe pasientene til å forstå seg selv og andre på en mer hensiktsmessig måte. Målet er å bli bedre rustet til å reflektere over og respondere adekvat på andres og egne mentale tilstander (Karterud & Bateman, 2010).

Mentalisering er et nytt ord for kjente begreper, og er et samlebegrep om implisitt og eksplisitt og fortolke egne og andres handlinger som meningsfylte ytringer av indre liv. Implisitt mentalisering innebærer at vi i mellommenneskelige samspill tillegger automatisk

meningsbærende intensjoner til andre og oss selv. Eksplisitt mentalisering innebærer at vi tenker igjennom og reflekterer over hva som motiverer andre eller oss selv til å gjøre hva vi gjør. I terapeutisk praksis anvender vi eksplisitt mentalisering (Skårderud & Karterud, 2007).

Hovedfokus for MBT er mentaliseringssvikt i pasientens løpende liv, så vel som i den løpende terapeutiske samtalen med terapeuten. Dette er på ingen måte spesifikt for MBT, men det som skiller MBT fra andre terapier er i hovedsak at dette perspektivet er rendyrket og at det er utviklet et sett av terapeutiske strategier som er spesielt designet for den spesielle formen for mentaliseringssvikt man finner hos pasienter med borderline PF (Karterud, 2013).

MBT handler først og fremst om en terapeutisk holdning. Det anbefales en stil og holdning som vektlegger å være ikke-vitende nysgjerrig, leken, aktiv i dialog med pasienten, med et fokus på "minding the mind" (Bateman & Fonagy, 2007, Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010). Terapien retter oppmerksomheten mot en prosess av felles oppmerksomhet, hvor pasientens mentale liv er i fokus. Rent teknisk vil en slik behandlingsprosess oppfordre behandleren til å være synlig som profesjonell person. Behandleren vil være en modell i evnen til å undre seg, innrømme at en kan ta feil og ha flere perspektiver på en sak (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke 2010).

1.2 Tidligere forskning

Så langt har mye av behandlingsforskningen knyttet til mentaliseringstradisjonen blitt gjort i forhold til borderline personlighetsforstyrrelse. I en randomisert, kontrollert studie i London viste mentaliseringsbasert behandling anvendt på en dagavdeling over to ganger 18 måneder seg å være effektivt. Behandlingen ga færre innleggelseser og mindre medikamentbruk, suicidalitet og selvskading. I tillegg viste pasientene bedring i sosial og mellommenneskelig fungering og hadde mindre depresjon og angst. Også etter avsluttet behandling fortsatte bedringen på disse områdene (Bateman & Fonagy, 2001, 2008, 2009).

En av styrkene ved studien som ble publisert i 2009 (Bateman & Fonagy) var at MBT ble utført av helsearbeidere som ikke var spesialister, noe som tyder på at MBT kan gis med minimal trening og veiledning uten å kreve avansert psykoanalytisk trening (Levy, et al, 2012). Warrender peker på at en mentaliseringsbasert tilnærming er kostnadseffektiv fordi den kan gis av "generalist practitioners" uten omfattende trening (2015).

En norsk studie ble gjennomført på en enhet med spesialistbehandling for pasienter med BPF. I denne enheten skiftet de i 2008 ut et psykodynamisk behandlingsprogram med et MBT behandlingsprogram, og sammenliknet effekten av disse to behandlingene. Studien viser at pasientene som ble behandlet med MBT hadde bemerkelsesverdig lav "drop-out rate" sammenliknet med de som deltok i det tidligere behandlingsprogrammet. De hadde også mindre angst og bedring i mellommenneskelig og yrkesmessig fungering. Reduksjon i selvmordsforsøk og selvskading ble funnet i begge gruppene. Her konkluderte man med at denne studien bekrefter at MBT er en effektiv behandling for pasienter med BPF som indikerer større kliniske fordeler enn tradisjonelle psykodynamiske behandlingsprogrammer (Kvarstein, et al., 2014).

Ifølge Kvarstein m.fl. har MBT blitt funnet effektiv for pasienter med BPF i flere randomiserte studier (Bateman & Fonagy, 2001, 2008, 2009), mens resultatene så langt har vært mer sprikende utenfor England (2014).

Warrender hevder at MBT er anerkjent, men at mange av studiene har blitt gjennomført av de som har manualisert metoden. Dette reiser spørsmål om bias som bare kan håndteres av videre uavhengig forskning (2015).

I Norge har man innenfor rusfeltet, i et samarbeidsprosjekt i Stiftelsen Bergensklinikkene mellom kompetansesenter rus region vest Bergen og Avdeling for klinisk virksomhet, gjort et pilotprosjekt når det gjelder mentaliseringsbasert terapi til rusavhengige kvinnelige pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. 9 pasienter gjennomførte programmet over en behandlingsperiode på 2 ½ år. Behandlingen var poliklinisk og omfattet kombinert individual- og gruppeterapi. I dette prosjektet erfarte man at pasienter med dårlig prognose fikk intensiv og godt strukturert psykologisk behandling. Pasientene reduserte sitt rusmiddelbruk betydelig og ble mer psykologisk robuste. Man konkluderte her med at polikliniske team for mentaliseringsbasert rusterapi kan anbefales for rusinstitusjoner i Norge (Arefjord, 2013). En publikasjon fra dette prosjektet er en kvalitativ pilotstudie med tittelen "Terapeuters opplevelse i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi" (Øverbø & Holgersen, 2012).

Terapeutene i Øverbø og Holgersen sin studie hadde opplevd positive endringer etter opplæring i MBT. De fleste terapeutene som mottok opplæring fortalte om en opplevelse av økt trygghet, empati og håp i møte med pasienter med personlighetsforstyrrelse. Terapeutene

opplevde å ha en mer autonom tilstedeværelse i terapirelasjonen, og økt fokus på empatisk refleksjon i samtalene. Videre ble de mer oppmerksomme på pasientens "tomprat" og interвенerte mer på dette. De snakket også spontant i intervjuene om generalisering av terapiformen til andre pasienter utenfor prosjektet (2012).

I en annen kvalitativ studie med tittelen "Room to roam - om terapeutrollen etter MBT" ble terapeuter med erfaring med MBT i behandling av spiseforstyrrelser intervjuet. Resultatene ble her oppsummert langs to hovedspor; hvordan det oppleves å være MBT-terapeut og hva de opplever å gjøre annerledes nå. Samlet ga dette opplevelse av frihet, personlig aksept og et mer optimistisk syn på terapi til disse pasientene. Det innebar rom for større grad av nysgjerrighet og mer enn tidligere kunne terapeutene ta i bruk en større del av personlig repertoar uten at det oppleves å gå på kant med den terapeutiske rammen. Det at de ble mer aktive i terapeutrollen virket befriende på terapeutene. Også her ble opplevelsen av å være mer autentisk i terapirollen trukket frem som et kjernebudskap (Arvnes, 2014).

Det er nylig publisert en kvalitativ studie i Skottland som er meget relevant for herværende studie. Dette er så vidt meg bekjent den eneste studien som ser på erfaringer med en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapeutisk arbeid. Utgangspunktet er at man har tatt i bruk ferdighetstrening i mentaliseringsbasert behandling (MBT-S) i form av en ny og kompakt 2-dagers "workshop" for profesjonelle helsearbeidere. Hensikten er å gi dem mentaliseringsbaserte behandlingsferdigheter til bruk i "generic health-care settings". Utvalget i studien er sykepleiere som har gjennomgått denne treningen og som arbeider innenfor akuttpsykiatri. Studien ser på sykepleiernes oppfatning av de nye ferdighetenes påvirkning på deres arbeid overfor pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BP) (Warrender, 2015).

I denne studien fant man at sykepleierne opplevde denne tilnærmingen som lett å forstå, og kjente igjen elementer i MBT-S ut fra egne arbeidserfaringer. De opplevde også de nye ferdighetene som fleksible i bruk både i planlagt og spontan samhandling med pasientene. MBT-S fikk spesielt betydning for hvordan sykepleierne tilnærmet seg situasjoner med selvskading. Til forskjell fra tidligere, hvor de kunne håndtere slike situasjoner på en distansert måte ved bare å "vaske opp og gi pasienten et plaster", responderte de i tråd med MBT-S; med empati og humane responser. På denne måten regulerte de pasientens spenningsnivå og fjernet potensialet for en ond sirkel med selvdestruktiv atferd. Ved hjelp av

mentaliseringsbaserte ferdigheter snakket de med pasienten om hva som lå til grunn for selvskadingen i den aktuelle situasjonen, og kunne komme frem til andre tiltak enn tettere oppfølging i avdeling. Sykepleierne opplevde her at de nye ferdighetene styrket dem og gav dem større trygghet i arbeidet med pasienter med BP, samt at det virket inn på sykepleiernes evne til å tåle risiko (Warrender, 2015). I og med at flere sykepleiere innenfor samme arbeidsplass hadde gjennomgått MBT-S fikk de en felles plattform, som førte til en mer konsistent tilnærming. Sykepleierne opplevde det i utgangspunktet utfordrende å arbeide med disse pasientene og hadde utviklet negative holdninger til dem; stereotyper på grensen til stigmatisering. MBT-S hadde bidratt til økt forståelse for årsakene til pasientenes atferd. Dette førte til en holdningsendring i retning av at de ikke lenger oppfattet dem som bevisst vanskelige (Warrender, 2015).

1.3 Studiens formål og forskningsspørsmål

Pasienter med personlighetsproblematikk er å finne i store deler av den psykiatriske helsetjenesten; i allmennpsykiatriske avdelinger, distriktpspsykiatriske sentre og kommunale psykiatritjenester, hvor det i stor grad er miljøterapeuter som er ansatt for å gi dem de helsetjenestene de har behov for. De færreste miljøterapeuter har imidlertid videreutdanning spesielt rettet mot å arbeide med denne pasientgruppen.

I mitt arbeid som miljøterapeut på en lukket psykiatrisk avdeling kan jeg oppleve det utfordrende å arbeide med disse pasientene. Stilt overfor det symptomtrykket de ofte har opplever jeg at det er fort gjort å "trå feil" i forsøkene på å hjelpe dem. Jeg har mange ganger følt behov for kunnskap og verktøy i forhold til hvordan jeg, og personalgruppen som helhet, kan møte disse pasientene på en god måte - både etisk og faglig sett.

Ifølge Skårderud og Karterud vegrer behandlere i forskjellige kontekster seg for å ta pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) i behandling, fordi de oppleves som for ustabile; identitetsmessig, følelsesmessig, sosialt, og ikke minst i den terapeutiske alliansen (2007). I en kvalitativ studie i Skottland har man også funnet at sykepleiere opplever det utfordrende å arbeide med disse pasientene (Warrender, 2015). Videre har man funnet at både sykepleiere og annet helsepersonell har utviklet negative holdninger til dem (Wollaston & Hixenbaugh, 2008, Westwood & Baker, 2010, Weight & Kendal, 2012, Warrender, 2015).

Mot denne bakgrunnen er det relevant å se nærmere nye tilnæringer som også er utviklet og tatt i bruk i miljøterapeutisk arbeid.

Ut fra søk i ulike databaser har jeg som nevnt funnet tre kvalitative studier hvor det er forsket på erfaringer med bruk av mentaliseringsbaserte tilnæringer ut fra et behandlerperspektiv. I to av dem har man sett på psykologer og psykiatere sine erfaringer med å bruke MBT i individualterapi (Øverbø & Holgersen, 2012, Arvnes, 2014) og i en av dem har man sett på sykepleieres erfaring med å bruke MBT-S i miljøterapeutisk arbeid i en akuttavdeling (Warrender, 2015).

I denne sammenhengen er Wallander sin studie særlig relevant. Denne studien er imidlertid en evaluering av *en spesiell versjon* av mentaliseringsbasert terapi kalt MBT-S. MBT-S gir profesjonelle helsearbeidere to dagers trening i mentaliseringsbaserte behandlingsferdigheter til bruk i "generic health-care settings". I og med dette utgangspunktet har Wallander sin studie en kontekst og et formål som er forskjellig fra det som er tilfelle i herværende studie.

Herværende studie har tre informanter med lang erfaring innefor miljøterapeutisk arbeid. Når det gjelder opplæring innenfor MBT har informantene tatt denne ved Institutt for mentalisering i Oslo; samtlige har introduksjonskurs, to av dem har ettårige videregående kurs i individualterapi mens en av dem har deler av dette kurset. Videre har samtlige flere års erfaring med å bruke MBT, både i miljøterapi, individualterapi og en av dem også i gruppeterapi i en enhet som tilfredsstillende de fleste av de kravene som skal til for at den skal kunne kalles en mentaliserende organisasjon (MBT-M). Det ble også gjort et prøveintervju med en informant som arbeider som miljøterapeut og gruppeterapeut i en annen institusjon, ut fra en tilsvarende tilnærming, overfor pasienter med spiseforstyrrelser. Informanten her hadde videregående kurs i mentaliseringsbasert gruppeterapi. Samtlige funn i studien ble bekreftet i dette prøveintervjuet.

Selv om man har tatt MBT-M i bruk mange steder i Norge har man ikke forsket på helsepersonell sin opplevelse og erfaring med å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapeutisk arbeid. Det vil være formålet med denne studien.

Erfaringer fra et brukerperspektiv kan bidra med beskrivelser av ulike områder innenfor en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi. Slike nye beskrivelser vil tegne "et litt annerledes kart" over denne tilnærmingen enn det som er beskrevet fra før. I og med at det er etablert et eget institutt for mentaliseringsbasert terapi i Norge, og interessen for denne

terapiformen er stor, er det sannsynlig at flere behandlere og behandlingstilbud vil ta den i bruk i fremtiden. Denne studien kan gi nyttig informasjon for opplæring i MBT-M.

Selv om deltakerne i studien er rekruttert fra en enhet som tilstreber å drive mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M), vil studien også være relevant for miljøterapeuter som arbeider med pasienter med personlighetsproblematikk i institusjoner eller enheter som ikke har eller har planlagt å innføre MBT-M. Ut fra tidligere nevnte forskning (Wollaston & Hixenbaugh, 2008, Westwood & Baker, 2010, Weight & Kendal, 2012, Warrender, 2015) er det behov for kompetanseutvikling innenfor miljøterapeutisk arbeid med henblikk på hvordan man skal forstå og tilnærme seg disse pasientene. Mot denne bakgrunnen er det viktig at også miljøterapeuter som ikke arbeider innenfor den faglig modellen MBT-M lar seg informere av praktikere om hvordan de erfarer bruk av ny kunnskap og nye metoder overfor denne pasientgruppen. Kanskje vil det etter hvert også i Norge komme nye versjoner av MBT som egner seg for implementering i miljøterapi i den psykiatriske helsetjenesten generelt; hvor disse pasientene er å finne?

Mitt forskningsspørsmål: Hvilke erfaringer har personalet i et utvidet poliklinisk tilbud med bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi overfor pasienter med personlighetsproblematikk?

Her må det nevnes at det ikke har vært en hensikt med denne studien å måle etterlevelse av tilnærmingen. Når jeg likevel spør om eksempler på hvordan tilnærmingen brukes i ulike situasjoner er det for å få et bilde i læringsøyemed. Det har heller ikke vært en hensikt å belyse kausalitet. I hvilken grad og på hvilke måte pasientene har nytte av tilnærmingen vil ikke denne studien gi noe svar på.

For å få svar på forskningsspørsmålet bruker jeg en fenomenologisk tilnærming som er en kvalitativ forskningsmetode.

2 Vitenskapsteoretisk perspektiv

I dette kapittelet presenteres først min forskningstilnærming, det vil si studiens ontologiske og epistemologiske utgangspunkt. Videre argumenteres det for bruk av kvalitativ metode og redegjøres for noen av de teoretiske elementer denne metoden er bygget på.

Ifølge Polit og Beck har disiplinert forskning innenfor sykepleie hovedsakelig blitt gjennomført innen to store paradigmer: det positivistiske og konstruktivistiske. Et paradigme er et syn på verden, et generelt perspektiv på verdens kompleksitet. Et paradigme innenfor humane undersøkelser er ofte karakterisert ut fra måten man forholder seg til grunnleggende filosofiske spørsmål på, slik som "Hva er virkelighetens natur?" (ontologisk) og "Hva er forholdet mellom forskeren og de som blir studert?" (epistemologisk) (Polit og Beck, 2011).

Denne studien er plassert innenfor en kvalitativ forskningstradisjon som er forbundet med et konstruktivistisk paradigme. Innenfor dette paradigme tenker man at virkeligheten er mangfoldig og subjektiv; mentalt konstruert av individer, samtidig formet – og ikke bygget på årsak og virkning (ontologi). Virkeligheten er ikke en fast enhet, men heller en konstruksjon gjort av hvert enkelt individ. Den eksisterer innenfor en kontekst, og mange konstruksjoner er mulige. Epistemologisk sett vil en konstruktivistisk forsker samhandle med de som blir forsket på, funnene skapes gjennom en interaktiv prosess. Det konstruktivistiske paradigmet antar at kunnskap maksimeres når distansen mellom forskeren og de som blir forsket på er minimalisert, og de hevder at subjektivitet og verdier er uunngåelig og ønskelig. Kvalitative forskningsmetoder har altså fokus på det subjektive og ikke-kvantifiserbare. Metodene kjennetegnes ved fleksibilitet og lite faste prosedyrer, der de ulike fasene går mer eller mindre i hverandre. Innsikten i forskningen er fremvoksende og bunn i deltakernes erfaringer. I kvalitativ forskning vil man velge små og informasjonsrike utvalg (Polit og Beck, 2011).

Begrepet metodologi refererer til et grunnleggende epistemologisk nivå. Det handler om å knytte forbindelse til grunnleggende spørsmål om forholdet mellom teori og empiri, hvordan en oppnår gyldig viten, samt hva vitenskapelighet i det hele tatt er (Thornquist, 2003). Når det gjelder spørsmål av epistemologisk art, som hvilke rolle forskeren har i forhold til de som blir forsket på, vil en få ulike svar avhengig av hvilke vitenskapelig perspektiv forskeren har. I en positivistisk tradisjon vil en få til svar at forskeren skal ha et helt uavhengig forhold til de det forskes på, og resultatene vil heller ikke være influert av forskeren. Tilsvarende vil man i en konstruktivistisk tradisjon få til svar at forskeren er i interaksjon med de som blir forsket på, og resultatene oppstår i en interaktiv prosess (Polit og Beck, 2011).

En hovedregel innenfor forskning er å benytte metoder som er adekvate i forhold til problemfelt og problemstillinger (Thornquist, 2003). I denne studien, som spør etter terapeuters erfaringer med å bruke en ny behandlingstilnærming i miljøterapi, er

kunnskapsgrunnlaget i utgangspunktet tynt. Siden forskningsspørsmålet som skal utforskes også er sammensatt og kompleks vil det være sentralt for meg som forsker i dette feltet å stille meg åpen for et mangfold av mulige svar. Ut ifra disse forholdene vil kvalitativ metode være godt egnet (Malterud, 2013).

Kvalitative metoder bygger på teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk) (Malterud, 2013). Typisk for fenomenologer er at de er opptatt av å illustrere hvordan mennesker opplever fenomener i sin livsverden, mens hermeneutikere er opptatt av fortolkning av mening (Kvale og Brinkmann, 2010).

Fenomenologi fremstilles ofte som læren om det som kommer til syne og viser seg. I fenomenologi rettes oppmerksomheten mot verden slik den erfares for subjektet; ikke på verden uavhengig av subjektet. Den verden vi lever i til daglig, og som vi har umiddelbar fortrolighet og erfaring med, kalles i fenomenologien for "livsverden". Denne livsverden er ikke underlagt analyse, det er nettopp en verden av ikke-tematiserte og ikke-ekspliserte erfaringer, og denne anses for menneskets primære erkjennelsesform. Den danner forutsetning for - går forut for - all kunnskap og vitenskap (Thornquist, 2003).

Relatert til forskning formidler fenomenologien respekt for det konkrete som konkret, og legger vekt på fyldige, erfaringsnære og kontekstualiserte beskrivelser. Det gjelder ikke å komme til sakene med fordommer, fiks ferdige teorier og kategorier, men la dem selv komme til uttrykk. Derfor oppfordres det til en åpenhet og en viss tilbakeholdenhet slik at verden ikke bare tilpasses kategorier definert på forhånd, ferdige forestillinger og tankemodeller. Vi kan forstå - komme sakene nærmere eller fjernere - avhengig av hvilke bevissthetsholdning, erfaring og innføling vi stiller med." (Thornquist, 2003).

Hermeneutikkens objekter er først og fremst tekster, men har etter hvert fått et videre virkefelt (Thornquist, 2003). I en beskrivelse av hermeneutisk filosofi skriver Kvale og Brinkmann at mennesker er selvfortolkende, historiske vesener, med forståelsesredskaper som er betinget av tradisjon og historisk liv (2010). Gadamer, som representerer den filosofiske hermeneutikken, er berømt for å ha sagt at forståelse er avhengig av visse for-dommer (Kvale og Brinkmann, 2010). *"I Gadamers tankeverden er begrepet fordom nøytralt, og viser til at noe går foran og forut: for-dom."* (Thornquist, 2003, s.142). Ifølge Thornquist kommer vi til sakene, teksten, handlingene med en tankemessig og erfaringsmessig "bagasje" som er med å bestemme det vi forstår og fortolker, som på et vis dreier seg om betingelse for forståelse overhodet. Innenfor

den filosofiske hermeneutikken er det et poeng å erkjenne at vi aldri er forutsetningsløse; at vi *alltid allerede* har en forutforståelse (Thornquist, 2003). Relatert til denne studien vil både datainnsamlingen og fortolkningen av den være forståelsesprosesser. Min forforståelse og mine fordommer vil være med på å bestemme det jeg forstår og fortolker i løpet av hele forskningsprosessen. Jeg går inn i forskningen med mine erfaringer, antakelser og teoretiske og faglige perspektiv som er med å bestemme det jeg forstår – og fortolker. Ifølge Kvale og Brinkmann bør forskeren forsøke å få innsikt i disse uunngåelige fordommene og skrive om dem når det synes påkrevet i forskningsprosjektet (2010).

3 Metode

3.1 Metodisk tilnærming

I analysen blir det brukt en analysemetode kalt systematisk tekstkondensering som er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud (Malterud, 2013, s.96).

3.2 Datainnsamling

I forhold til datainnsamlingen i studien vil jeg i det følgende si noe om utvalget, rekrutteringen, intervju, gjennomføring av intervju, avklaring av forskerrollen og etiske overveielser.

3.2.1 Utvalg

Et strategisk utvalg er sammensatt ut fra en målsetting om at materialet har best mulig potensial til å belyse den problemstillingen man tar opp (Malterud, 2013). Inklusjonskriterier i denne studien var at informantene måtte ha utdanning på høyskolenivå, inngående kjennskap til MBT og erfaring med å arbeide med denne tilnærmingen i miljøterapi. De tre informantene som ble rekruttert i denne studien tilfredstilte de inklusjonskriteriene som var stilt.

Samtlige informanter har lang erfaring som miljøterapeuter i psykiatriske sykehusavdelinger fra tidligere (før de utdannet seg innenfor MBT). Når det gjelder opplæring innenfor MBT har

samtligte tre dagers introduksjonskurs, to av dem ettårige videregående kurs i individualterapi mens en av dem har deler av dette kurset. Videre har samtligte flere års erfaring med å bruke MBT, både i miljøterapi, individualterapi og en av dem også i gruppeterapi i en enhet som tilfredsstillter de fleste av de kravene som skal til for at den skal kunne kalles en mentaliserende organisasjon (MBT-M).

Informantene arbeider i et utvidet polikliniske tilbud for pasienter med personlighetsproblematikk hvor grunnlaget for behandlingen er mentaliseringsbasert terapi. Tilbudet er i praksis en dagavdeling hvor pasientene har mulighet til å være fra klokken 10.00 - 15.00 fra mandag til fredag, med faste ukentlige program for individualsamtaler, psykoedukativ gruppe og terapigruppe. Det mer uformelle samværet i miljøet er en viktig arena for samhandling og den mentaliseringsbaserte tilnærmingen i miljøterapien er en del av behandlingen.

Som nevnt foreligger noen grunnleggende strukturer og nødvendige forutsetninger for at en institusjon, enhet eller avdeling kan påberope seg å drive mentaliseringsbasert miljøterapi, MBT-M (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Ifølge daglig leder i den enheten hvor jeg rekrutterte deltakere er de enda ikke er en rendyrket MBT-behandlingsplass. Hun poengterer at de sikter mot å komme dit, men at de av ulike årsaker enda er undervegs i dette arbeidet.

3.2.2 Rekruttering

Via epost forespurte jeg lederen for det polikliniske tilbudet om tillatelse til å levere ut forespørslter om deltakelse til ansatte i den aktuelle enheten, og informerte kort om studiet, bakgrunn og formål, veileder, og godkjenning fra NSD (Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste). Jeg la også ved en forespørsel om deltakelse i intervjuundersøkelsen, samtykkeskjema og kvittering fra NSD. Via svar på epost fikk jeg til tillatelse fra denne lederen til å sende ut forespørslter om deltakelse til ansatte i enheten.

Videre tok jeg kontakt med daglig leder i enheten. Hun gav meg navn på aktuelle deltakere til intervjuundersøkelsen, og distribuerte ut forespørslter med informasjon og samtykkeskjema til disse. Av de tre som ble forespurt samtykket samtligte til deltakelse. Forespørsel om deltakelse i intervjuundersøkelsen, samtykkeskjema og kvittering fra NSD er vedlagt.

3.2.3 Intervju

Intervjuene er de viktigste dataene i min studie og utgjør hovedmaterialet som masteroppgaven er bygget på.

I det kvalitative forskningsintervjuet søker man å forstå verden sett fra intervjupersonenes side. Et mål her er å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer. Forskningsintervjuet er en profesjonell samtale som bygger på dagliglivets samtaler. I denne typen intervju konstrueres det kunnskap i samspill eller interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede (Kvale & Brinkmann, 2010).

Det finnes få forhåndsstrukturerte eller standardiserte prosedyrer for hvordan et forskningsintervju skal utføres. Hvis man ser på ytterligheter kan det på den ene siden være en "ingen-metode"-basert tilnærming (fritt og spontant) og en "bare-metode"-basert tilnærming (rigid og strukturert). Tilnærmingen skal imidlertid være varsomt spørre-og-lytteorientert, og hensikten er å frembringe kunnskap som er grundig utprøvd. Det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen. Temaet for samtalen gis av intervjueren, som også kritisk følger opp intervjupersonenes svar på spørsmålene (Kvale & Brinkmann, 2010). I og med at det finnes lite forskning på erfaringer med bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi ut fra et brukerperspektiv, var det i herværende studie sentralt å gå bredt ut; å stille seg åpen for et mangfold av mulige svar.

Mot denne bakgrunnen valgte jeg å bruke et delvis strukturert intervju. Det ble fastlagt temaer på forhånd, men rekkefølgen av disse ble vurdert undervegs i intervjuet. Før intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide med temaer og spørsmål som var relevant for mitt forskningsspørsmål. Intervjuguiden er lagt som vedlegg.

3.2.4 Gjennomføring av intervju

I intervjuguiden hadde jeg ni spørsmål med stikkord under noen av dem. Stikkordene omhandlet undertema som var ment som forslag til spørsmål, som jeg brukte når det kjentes relevant og naturlig.

Som en del av forberedelsene til intervjuer ble det gjennomført et prøveintervju. Informanten i prøveintervjuet hadde inngående kjennskap til og erfaring med mentaliseringsbasert miljøterapi overfor pasienter med spiseforstyrrelser. Gjennom dette intervjuet, som også ble transkribert, fikk jeg utforsket og utvidet min kunnskap om hvordan et kvalitativt intervju kan utføres. I tillegg fikk jeg vite mer om mentaliseringsbasert tilnærming i teori og praksis. Via veiledning i forhold til det transkriberte prøveintervjuet ble jeg spesielt bevisstgjort på det å lytte aktivt uten å avbryte informanten, ikke stille ledende spørsmål, samt stille oppfølgingsspørsmål. Ifølge Malterud er forutsetningen for et godt materiale at deltakeren føler seg trygg og ivaretatt, og at samtalen foregår på en måte der intervjueren ikke har svarene klare på forhånd. Det å lytte med åpent sinn, slik at man som forsker kan høre det nye eller uventede, er en egen forskerkompetanse som må utvikles og læres (2013). Siden jeg var uerfaren i forhold til forskning ble prøveintervjuet en nyttig forberedelse til de senere intervjuene.

Intervjuene med deltakerne varte i omlag en til en og en halv time. Totalt besto intervjuene av 32782 ord med et gjennomsnitt på omlag 10927 ord. Jeg hadde på forhånd forberedt deltakerne om at varigheten på intervjuene skulle være ca en time. To av intervjuene ble lengre enn jeg hadde forespeilet deltakerne på forhånd, noe jeg i ettertid beklaget overfor de det gjaldt. Det at jeg fikk mulighet til å bruke noe lengre tid førte imidlertid til større informasjonsrikdom i det datamaterialet jeg senere fikk å arbeide med.

Intervjuene foregikk i et egnet rom på deltakernes arbeidsplass, og ble foretatt mellom kl. 08.30 - 10.00 - før åpningstiden for pasientene. Dette passet best for deltakerne. Intervjuene startet med en kort presentasjon av meg selv og min studie, samt informasjon om praktisk gjennomføring. I tillegg til at jeg gjentok den på forhånd gitte informasjonen om rettigheter informanter har i et forskningsprosjekt, anbefalte jeg deltakerne å lese gjennom kapittelet med funn når det etter analyse ble ferdigstilt; med mulighet for å fjerne deler av tekst. Dette ble gjort ut fra veileders anbefaling med tanke på at enheten kan være gjenkjennelig for eventuelle lesere av den ferdigstilte oppgaven.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av tre uker, og lydfilene ble transkribert så fort som mulig etter hvert intervju. Dette er i tråd med Malterud sin anbefaling om å gjennomføre en fleksibel prosess der feltarbeid og analyse trinnvis går hånd i hånd (2013). Ved å transkribere intervjuene fortløpende fant jeg viktige spor til temaer som fortjente utdyping og

konkretisering. Jeg observerte også egne talemåter som stengte for utvikling av ny kunnskap (Malterud, 2013). Slike oppdagelser førte til justeringer underveis i intervjuprosessen. Selv om spørsmålene ikke ble endret la jeg for eksempel vekt på at sentrale tema som ble lite utdypet i det første intervjuet ble mer vektlagt i de neste.

På bakgrunn av mye kunnskap om og erfaring med MBT, og også stort engasjement innenfor feltet, gav informantene meningsfortettede beskrivelser av sine erfaringer som på ulike måter belyste mitt forskningsspørsmål. Jeg la vekt på at informantene skulle få snakke mest mulig fritt uten å avbryte dem, og kom med oppfølgingsspørsmål der jeg opplevde det relevant. Istedenfor å holde meg strikt til intervjuguiden forsøkte jeg å følge opp de intervjuedes svar og de nye retningene de åpnet for. Ifølge Kvale og Brinkman vil intervjuerens skjønn og taktfullhet her være avgjørende for hvor nær han vil holde seg til guiden (2010).

Intervjuguiden ble imidlertid fulgt i den forstand at samtlige informanter var innom alle spørsmålene i guiden et eller annet sted i intervjuene.

For å være sikker på at det ble gjort lydopptak brukte jeg to opptakere, noe jeg også forklarte for informantene. Selv om lydopptakerne synes å sjenerer informantene litt i starten av intervjuene, noe to av dem også kommenterte, virket ikke dette å prege intervjuene i nevneverdig grad. Samtalene fløt stort sett lett og ubesværet avsted og det var ikke noe problem å få informantene til å fortelle om sine erfaringer.

3.2.5 Avklaring av forskerrollen

I den kvalitative forskningsprosessen er tolkning en sentral aktivitet. I og med at forskeren selv er det viktigste redskapet for tolkning vil erfaringer, antakelser og teoretiske og faglige perspektiv være med på å prege den kunnskapsutviklingen som finner sted (Maltrud, 2013). I det følgende vil jeg gjøre noen avklaringer i forhold til min rolle som forsker i denne studien.

Implisitt i min forforståelse ligger videreutdanninger innenfor helse- og sosial administrasjon og kreftomsorg. Jeg har også lang erfaring og fra ulike fagfelt innenfor helsevesenet - som sykepleier, avdelingssykepleier og kreftsykepleier i det somatiske fagfeltet og som miljøterapeut i det psykiatriske fagfeltet. Før jeg bestemte meg for å gjøre dette forskningsprosjektet hadde jeg imidlertid lite kjennskap til MBT. Min teoretisk forforståelse

innenfor dette emnet har jeg stort sett ervervet som et ledd i forberedelsene til prosjektet - gjennom å lese faglitteratur og tidligere forskning innenfor emnet.

I mitt arbeid som miljøterapeut på en lukket psykiatrisk avdeling har jeg opplevd det utfordrende å arbeide med pasienter med personlighetsproblematikk. Stilt overfor det symptomtrykket disse pasientene ofte har er det fort gjort å "trå feil" i forsøkene på å hjelpe dem. Jeg har mange ganger følt behov for kunnskap og verktøy i forhold til hvordan jeg, og personalgruppen som helhet, kan møte disse pasientene på en terapeutisk god måte. Når jeg startet på masterstudiet hadde jeg mange spørsmål rundt denne tematikken som jeg håpet å finne svar på. Mot dette bakteppet var det nærliggende å bli nysgjerrig på nye tilnærminger som har gjort fremskritt innenfor arbeidet med personlighetsforstyrrelser. Siden den mentaliseringsbaserte tilnærmingen også er tatt i bruk i miljøterapi ble dette en relevant teori og fordype seg i. Det var også noe med det genuint menneskelige og emosjonsfokuserede ved dette begrepet og denne tilnærmingen som fant klangbunn hos meg.

Når jeg som forsker skal belyse erfaringer terapeuter har gjort seg i forbindelse med å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming overfor denne pasientgruppen vil særlig mine erfaringer innenfor fagfeltet psykiatri gi grunnlag for gjenkjennelse. Disse elementene av forforståelse er legetime og kan være nyttige i forskningsprosessen. Det at jeg i utgangspunktet er innenfor miljøet vil gi meg et særlig godt grunnlag for forståelse av de fenomenene som studeres. På en annen side kan tilknytningen til miljøet føre til at jeg overser det som er forskjellig fra mine egne erfaringer. Jeg kan dermed bli mindre åpen for å se nyanser i de situasjonene som studeres (Malterud, 2013). Undervegs i forskningsprosessen har jeg etter beste evne forsøkt å være bevisst på disse forholdene, og legge til side min egen forforståelse, for å være i stand til å gjengi informantenes fortellinger på en lojal måte.

Før jeg startet med dette forskningsprosjektet fikk jeg via en forelesning kjennskap til det poliklinisk tiltaket hvor det ble praktisert mentaliseringsbasert miljøterapi. Foranledningen til at jeg intervjuet akkurat disse miljøterapeutene som arbeidet i denne enheten var min interesse for feltet samt at disse var tilgjengelige og velvillige til å delta.

3.2.6 Etiske overveielser

Etiske problemstillinger vil prege hele forløpet i en intervjuundersøkelse, og man bør ta hensyn til mulige etiske problemer helt fra begynnelsen av undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger (Kvale og Brinkman, 2010). I denne studien vil særlig relevante etiske prinsipper være informert samtykke fra deltakerne, mulighet for å trekke seg, anonymisering og vurdering av konsekvenser av deltakelse.

Prinsippet om at forskeren må ha deltakernes informerte samtykke er sentralt i ethvert forskningsprosjekt (Kvale og Brinkman, 2010). Jeg har vektlagt tydelig informasjon til deltakerne, både skriftlig og muntlig, om prosjektet, dets rammer, hva deltakelse innebærer og hvilke rettigheter som er knyttet til dette. Ut ifra informasjonen gav alle de forespurte skriftlig samtykke til deltakelse.

Et annet etisk prinsipp for en forsvarlig forskningspraksis er at opplysninger gitt av deltakerne skal behandles konfidensielt. Konfidensialitet her innebærer at private data som identifiserer deltakerne ikke avsløres (Kvale og Brinkman, 2010). Fordi det ble samlet inn personidentifiserende materiale ble prosjektet meldt til NSD, og godkjenning ble innhentet i desember 2014 (se vedlegg). Gjennom å følge NSD sine retningslinjene mener jeg i størst mulig grad å ha sikret ivaretagelse av informantenes personvern.

Innledningsvis ble det tatt opp med informantene at de av hensyn til taushetsplikten måtte utelate alle identifiserende opplysninger ved eventuell omtale av enkeltpasient. Når de kom med eksempler fra pasienter de har møtt i klinisk praksis ble disse omtalt anonymt. Det er videre sørget for at eksemplene ikke er identifiserbare på individnivå.

Ut ifra at dette er et poliklinisk tilbud med MBT som behandlingsform overfor pasienter med personlighetsproblematikk vil informantenes arbeidsplass potensielt kunne gjenkjennes. Dette har gjort det spesielt viktig for meg, gjennom hele forskningsprosessen, å være bevisst på de forskningsetiske krav som stilles til konfidensialitet og vurdering av konsekvenser av deltakelse. Informantene er anonymisert og i presentasjonen av funnene henvises det ikke til noen spesiell informant. Samtlige informanter har fått betegnelsen "informant" eller "terapeut".

I og med at informantenes arbeidsplass potensielt sett kan gjenkjennes ble informantene innledningsvis oppfordret til å lese gjennom kapittelet med funn (etter at analysen var gjort)

med mulighet for å fjerne deler av tekst. Denne anbefalingen ble foreslått av veileder i forbindelse med at etiske spørsmål ble diskutert.

Etter å ha lest gjennom kapittelet med funn kom informantene med ønske om at sitatene ble redigert til en mindre muntlig form. Dette ønsket ble imøtekommet og blir nærmere redegjort for i kapittelet om transkripsjon. Ut over dette var det ingenting i teksten informantene ønsket fjernet eller endret. Informantene er også informert om at studien ikke vil bli offentliggjort med mindre de samtykker til det.

Når det gjelder prøveintervjuet er det transkribert på lik linje med de andre intervjuene, selv om det ikke er medregnet i funnene. Jeg har imidlertid brukt to sitater fra dette intervjuet i andre kapitler etter å innhentet tillatelse fra informanten.

Språkmessig sett er dialekt omskrevet til bokmål.

3.3 Analyse av datamaterialet

Som analysemetode har jeg som nevnt valgt å bruke systematisk tekstkondensering som er inspirert av Giorgi og modifisert av Malterud. Dette er en fenomenologisk metode som egner seg for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper (Malterud, 2013, s. 96-97). Ifølge Malterud krever ikke systematisk tekstkondensering omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi (2013).

Giorgi sier at:

"...formålet med den fenomenologiske analysen er å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Vi leter etter essenser eller de vesentlige kjennetegn ved de fenomenene vi studerer, og forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes." (Malterud om Giorgi, 2013, s. 97)

Selv om vi i møte med data forsøker å sette vår egen forforståelse i parentes vet vi at det egentlig er et mål som er uopnåelig. På bakgrunn av dette påtar vi oss å ha et reflektert forhold til vår egen innflytelse på materialet, slik at vi mest mulig lojalt kan gjenfortelle deltakernes erfaringer og meningsinnhold uten å legge våre egne tolkninger som fasit (Malterud om Giorgi, 2013, s. 96-97).

3.3.1 Transkripsjon

Formålet med skriftliggjøring er å fange opp samtalen i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele (Malterud, 2013). Det at jeg transkriberte selv, mens jeg enda hadde intervjuene friskt i minne, førte til at jeg husket ulike momenter etter hvert som jeg hørte dem. Lydopptakene var gode, og det var en uproblematisk prosess å gjengi det som ble sagt i intervjuene - ord for ord. Også pauser, latter og små ytringer som "ja" og "mm" ble markert i teksten.

Det at jeg selv var mellomledd mellom tale og tekst, førte til at jeg via en detaljert gjennomgang gjorde meg kjent i materialet fra en ny side. Denne prosessen ga rom for ettertanke og refleksjon.

Når informanters uttalelser ble brukt som sitater i funndelen ble disse gjengitt slik de i utgangspunktet var blitt transkribert; ordrett skriftliggjorte fra samtalen. Tanken bak dette var at teksten mest mulig lojalt skulle gjengi det opprinnelige materialet (Malterud, 2013). Denne formen for gjengivelse ble også tatt opp og diskutert med veileder i forkant. Imidlertid reagerte informantene når de leste gjennom funndelen; de opplevde at deres uttrykk ble latterliggjort ved denne typen gjengivelse. Ifølge Malterud er dette en risiko forskeren skal være spesielt oppmerksom på. Hun fremholder videre at det, for å forebygge dette, som regel er rett og redigere teksten i noen grad under utskriften (2013). For å imøtekomme informantens ønske, og rette opp i den uheldige situasjonen som oppsto, valgte jeg å gjøre små redigeringer i noen av sitatene - etter at analyse- og funndelen var skrevet - for å gjøre setningene mer presise og sammenhengende. Det ble imidlertid ikke gjort noen endringer i innholdet i teksten.

Samtidig som man tilstreber å omforme virkeligheten til tekst fra intervjuer er det viktig å erkjenne at selv den mest nøyaktige transkripsjon aldri kan gi mer enn et avgrenset bilde av det vi skal studere. En tekst er bare en tekst, en fortolkning av representasjoner av den virkeligheten vi ønsker å studere, og ikke virkeligheten selv. Viktigheten av å vise respekt for transkripsjonsfasen fremheves; fordi den i noen grad også dreier seg om filtrering og tolkning. Nærkontakt med materialet vil også i denne fasen innebære at forskeren setter spor som på ulike måter kan påvirke meningen i teksten (Malterud, 2013).

3.3.2 Analysen

Ut fra Malterud (2013) sin beskrivelse er systematisk tekstkondensering delt inn i fire analysetrinn. Jeg vil i det følgende gi en beskrivelse av disse trinnene slik de ble fulgt i herværende studie:

Trinn 1

I trinn 1 ble transkriptene lest og lyttet gjennom samtidig for å få et mest mulig helhetlig bilde av materialet. I tråd med Malterud sine anbefalinger (2013) arbeidet jeg aktivt undervegs med å legge til side min forforståelse og teoretiske referanseramme, og forsøke å høre deltakernes stemmer. Min umiddelbare erfaring med materialet var at innholdet var preget av stor meningstetthet. Det var mange utsagn som fanget min interesse, som jeg umiddelbart så for meg som foreløpige temaer. Det ble nødvendig å høre og lese gjennom hver enkelt tekst flere ganger og samtidig gjøre notater. Notatene ble gjort for at jeg skulle huske hva som umiddelbart traff meg, berørte meg eller gjorde inntrykk - uten at teksten på noen måte ble systematisert.

I denne prosessen begynte det etter hvert å avtegne seg noen tema som i større grad enn andre synes å representere vesentlige aspekter i informantenes erfaringer med mentaliseringsbasert miljøterapi. Dette var tema som gjentok seg i teksten, i ulike ord og vendinger, som vekket min oppmerksomhet.

Ideelt sett skulle jeg ha gjort denne analysen sammen med en annen forsker. Ifølge Malterud kan man da lese teksten hver for seg og få øye på ulike detaljer og tema - og forhandle om hva som er sammenfallende og hva som spriker (Malterud, 2013). Siden jeg ikke fant noen tilgjengelig person for et slikt samarbeid, forsøkte jeg etter beste evne på egen hånd å reflektere over hva jeg mente med de foreløpige temaene jeg hadde satt opp og hvordan de kunne tenkes å belyse min problemstilling. I en oppsummering av inntrykkene i denne første fasen kom jeg frem til følgende fem foreløpige tema: "prøver å ha MBT i hodet hele tiden", "mer krevende i miljøterapi", "typiske mentaliseringsbaserte samtaler i miljøet", "å reparere brudd" og "et verktøy for å tenke annerledes om denne gruppen".

Trinn 2

I trinn 2 ble det gjort en systematisk gjennomgang av materialet, linje for linje, for å identifisere meningsbærende enheter. Tekst som på en eller annen måte bar med seg kunnskap om et eller flere tema fra første trinn og som kunne tenkes å belyse problemstillingen ble valgt ut som relevant. Jeg jobbet med et intervju av gangen, og markerte de ulike meningsbærende enhetene. Samtidig som relevant tekst ble skilt fra irrelevant begynte prosessen med å systematisere de meningsbærende enhetene (koding) (Malterud, 2013).

For å gjøre kodearbeidet mest mulig oversiktlig ble meningsbærende enhetene som på en eller annen måte synes å ha noe felles markert med samme farge, og kopiert over til et nytt dokument. Gjennom et utfordrende og møysommelig arbeid, frem og tilbake mellom empiri og analyse, ble det tydeligere hva denne kodingen hadde resultert i. To foreløpige tema fra første trinn viste seg ved denne type gjennomgang å kunne slås sammen til et, og et nytt kom til. Slik tok kodegrupper form, og jeg kunne starte arbeidet med å sørge for at de enkelte meningsbærende enhetene ble plassert under den eller de gruppene hvor de hørte hjemme.

Trinn 3

I analysens tredje trinn skal man abstrahere kunnskapen som er funnet i andre trinn. Mening skal systematisk hentes ut ved at man kondenserer innholdet i de meningsbærende enhetene som er kodet sammen. Man starter dette arbeidet med å bruke den enkelte kodegruppe som enhet (Malterud, 2013). Den delen av materialet hvor meningsbærende enheter ikke var funnet ble foreløpig lagt til side. Resten av materialet var nå sortert i fem kodegrupper med meningsbærende enheter hvorav to av dem inneholdt få meningsbærende enheter. Ved nærmere ettersyn fant jeg at de meningsbærende enhetene i disse to gruppene på en eller annen måte inneholdt flere sider av samme sak, og valgte da slå dem sammen til en. Jeg tok så for meg en og en kodegruppe og sorterte innholdet i subgrupper.

Videre ble subgruppene brukt som analyseenhet, og materialet ble tilsvarende sortert under disse. I tråd med prosedyren for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2013) omsatte jeg nå de meningsbærende enhetene til kondensat, fortrinnsvis ved å gjenfortelle og sammenfatte det som befant seg i den aktuelle subgruppen. I kondensatet ble det brukt jeg-form for å minne meg om at jeg foreløpig skulle representere hver av deltakerne. I løpet av denne

prosessen dukket det også opp tekst som ikke passet inn i sitatet og som ble lagt til side. Det ble valgt et "gullsitat" for hvert kondensat for best mulig å illustrere dets innhold.

Trinn 4

I fjerde trinn ble det som var funnet sammenfattet i form av gjenfortellinger. Med basis i de kondenserte tekstene og de utvalgte sitatene ble det laget en analytisk tekst for hver kodegruppe. Da min rolle på dette trinnet var å gjenfortelle ble tredjeperson-formen brukt. Omtalen av hver enkelt subgruppe fikk sitt eget avsnitt, og eksempler og sitater ble brukt til å illustrere nyanser. På dette stadiet i prosessen ble også kodegruppene og subgruppene gitt overskrifter som sammenfattet det de omhandlet.

Gjennom analysearbeidet ble teksten omgjort fra en kjede av enkeltstående historier til en sammenfattet essens av flere historier. Denne analytiske teksten representerer resultatene i mitt forskningsprosjekt.

Ifølge Malterud er ikke analysen ferdig før funnene er validert. Det vil si at man skal vurdere hvorvidt funnene fortsatt gir en gyldige beskrivelse av den sammenhengen de opprinnelig er hentet fra (2013). Når den analytiske teksten på dette stadiet ble sammenliknet med det som var blitt sagt i intervjuene, fant jeg at subgruppene hadde en sterk forankring i det opprinnelige materialet. Jeg fant ingen begreper som var vanskelig å tilbakeføre til de opprinnelige rådata og ingen data som motsa de konklusjonene jeg hadde kommet frem til. For meg ble dette en bekreftelse på at jeg undervegs i hele analyseprosessen har tilstrebet å være lojal i forhold til informantenes stemmer. I denne sammenlikningen med rådata ble det også tydelig at samtlige deltakere har bidratt med mange tekstbiter og på den måten vært med på å prege innholdet.

4 Funn

På bakgrunn av analysen har jeg kommet frem til fire kategorier med respektive subgrupper som viser erfaringer terapeuter har med å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi overfor pasienter med personlighetsproblematikk.

Funn:

Kategori 1: Et logisk og raust arbeidsredskap for å forstå og hjelpe mennesker med personlighetsproblematikk

Subgrupper:

Et redskap til å tenke annerledes om denne gruppen

En slags grunnholdning til den andre - og til seg selv - som åpner opp og skaper et større refleksjonsrom

Det er logisk, det "klikket liksom bare inn" i forhold til den erfaringen og kompetansen jeg hadde fra før

Det er en raushet innenfor rammene av MBT som gjør at man kan ta i bruk det man finner nyttig i en situasjon

Kategori 2: MBT har betydning for hvordan jeg agerer på og i situasjoner

Subgrupper:

Den relasjonelle tilknytningen ligger i bunn

Å utforske uberettigede oppfatninger

Å regulere følelser

Å finne ut av misforståelser og reparere relasjoner

Kategori 3: Det er mye å holde øye med samtidig: pasientene, meg selv og det som skjer imellom

Subgrupper:

Det er ikke sånn at den MBT-biten er der hele tiden, men det er viktig å være oppmerksom og ha den fremme når det oppstår ting.

Vi må hele tiden også holde øye med oss selv og jobbe med vår egen mentaliseringsevne

Kategori 4: Krever mer i miljøterapi enn i andre settinger

Subgrupper:

Pasientene skal ikke behøve å kjenne på at de må være i terapimodus hele tiden

Det er en større balansekunst å regulere mange enn å regulere en

4.1 Et logisk og raust arbeidsredskap for å forstå og hjelpe mennesker med personlighetsproblematikk

4.1.1 Et redskap til å tenke annerledes om denne gruppen

Samtlige informanter forteller, på ulike måter og med ulike eksempler, at MBT har gitt dem et redskap til å tenke annerledes om personer med personlighetsproblematikk.

En informant sier at MBT har gitt henne en forståelse for hvordan disse menneskene har det, hvordan de fungerer og også hvordan de kan hjelpes. Med ny kunnskap og ny forståelse opplever hun at det har kommet mye mer optimisme inn i dette fagfeltet. Hun poengterer imidlertid at det ikke utelukkende er den mentaliseringsbaserte tenkningen som har bidratt til ny forståelse for hennes del, men at det har vært et viktig bidrag.

"Det å ha satt seg inn i mentaliseringsbasert tenkning (...) gjør at man ser mennesker med denne type problematikk på en helt annen måte. Det er vel kanskje det viktigste. At det har hjulpet en til fullstendig å luke bort en del av disse mere befengte begrep som har hvilt over denne gruppen alltid, sånn som manipulering og splitting, i en veldig negativ forstand da."

Informanten sier videre at hun har hatt en nysgjerrighet i forhold til det med å jobbe med mennesker innenfor personlighetsproblematikk-feltet i mange år, og har holdt mye på med det, og med den nye kunnskapen og forståelsen hun har fått synes hun det har blitt morsomt å jobbe innenfor dette feltet.

"Det er jo ikke sånn at off og akk og nei og nei. Det er morsomt!"

Når informantene beskriver ulike hendelser kommer de flere ganger med eksempler på hvordan de forstår disse hendelsene i lys av en mentaliseringsbasert tenkning. En informant forteller for eksempel om en hendelse hvor hun fikk en telefon fra en annen instans om at en

av hennes pasienter hadde kommet med en klage på henne der. I en beskrivelse av hvordan informanten forsto denne hendelsen legger hun vekt på at det å søke allianser, bygge opp allianser, er en del av disse pasientene sin måte å fungere på. Informanten sier også at hun forstår at det er lett for andre å bli trukket inn i pasientenes alliansebygging. Hun ser pasientens atferden i lys av tilknytning; som en konsekvens av hvordan vedkommende har lært seg å fungere.

"Det er ikke sånn at de tenker at nå skal jeg liksom ødelegge også skal jeg gå og klage på den personen bak ryggen dens. Det er bare sånn de føler, de blir drevet av indre krefter. Motoverføring og splitting... det er jo ubevisst hos dem. Det er ikke noe de bevisst gjør, det er sånn de har lært seg å fungere."

Hvis informanten ikke hadde hatt denne tenkningen med seg, og forstått det på den måten, kunne hun blitt irritert på pasienten i denne situasjonen. Isteden tok hun hendelsen opp med pasienten og oppfordret henne til å si ifra til den det gjelder. I denne samtalen poengterte hun også at de som terapeuter tåler å høre negativ kritikk og at ingen av dem blir sure for det.

Samtlige informanter har ansvar for å lede psykoedukative kurs som består av 12 enkeltganger der de tar opp ulike tema med pasientene etter en mal. Her tar de blant annet opp tema som mentalisering, mentaliseringssvikt, tilknytning, følelser og behandlingsmodellen. De to informantene som er innom temaet psykoedukativ undervisning har inntrykk av at pasientene er interessert i å forstå seg selv bedre og at den innsikten de får gjennom undervisningen er viktig for dem. Her får altså pasientene også redskaper til å forstå personlighetsproblematikk på en annen måte enn de har vært vant til tidligere. Ut ifra pasientenes reaksjoner på denne undervisningen sier en informant at hun tror det oppleves godt for dem å se seg selv og det de plages med, også i relasjon til andre, i et nytt lys.

"At det liksom er godt for dem og få sett at det er en diagnose, at det ikke bare er det at de er onde mennesker, dårlige mennesker, dårlig moralske mennesker. Det er en grunn til at de er sånn som de er, de deler skjebne med andre og det går an å bli bedre."

4.1.2 En slags grunnholdning til den andre - og til seg selv - som åpner opp og skaper et større refleksjonsrom

Informantene opplever at pasientene har mye absolutter eller ytterpunkter i tenkningen sin; enten så hater de noe eller så elsker de noe. Terapeutene forsøker å møte unyanserte oppfatninger hos pasientene med en ikke-vitende og nysgjerrig holdning. De prøver å være nysgjerrige på hvordan pasientene tenker; stille spørsmål og undre seg over det som blir sagt og gjort og få dem til å reflektere mest mulig rundt det. De fremhever at det å være åpent utforskende og inspirere pasientene til å undersøke er en sentral del av deres tilnærming.

En informant sammenlikner MBT med den tilnærmingen til pasienter hun var vant til fra miljøterapi på en akuttavdeling. Hun sier at utgangspunktet i MBT er en mye større grad av nysgjerrighet, og at hun må være mye mer oppmerksom på å legge sin forforståelse til side for at det skal bli terapeutisk riktig. Hun opplever at det skaper et større refleksjonsrom å møte den andre på denne måten.

"I MBT må man være kanskje mer oppmerksom på sine forforståelser og legge dem litt mer til side. (...) Og den måten å møte den andre på, den skaper jo et større rom på en måte... altså, den åpner jo opp..."

En informant fremholder at de er veldig opptatt av å være bevisst på det med å være undrende og ikke-dømmende og sier at de rommer ganske mye. Samtidig problematiserer hun dette med fordommer og sier at det er noe vi alle har selv om vi prøver å skyve dem bort. Uansett hvor mye vi tenker at vi er reflektert, så har vi ofte fordommer.

Hun sier videre at hun synes det er spesielt utfordrende og vanskelig å ha en ikke-dømmende holdning. Samtidig sier hun at det er viktig for pasientenes tilfriskningsprosess at de klarer å være ikke-dømmende.

"Fordi..., ja, det er så ekstreme ting de gjør, det er så ekstreme ting de forteller om, ja... det er vanskelig. Du kan jo rive deg i håret mange ganger, ikke sant. Men samtidig så er det det man kjenner er virksomt. (...) Det er det som heler dem tenker jeg, det at vi er ikke dømmende. Jeg tror stort sett at vi klarer det, at de kjenner at her er en plass der de kan være som de er. De blir ikke sett ned på eller... fordømt eller... Ja, at det blir forstått som det er..."

Når det gjelder det å ha en ikke-vitende holdning sier en informant at hun tenker at det er spesielt nyttig og en basis i det arbeidet de gjør. Hun sier at dette for henne handler om å spørre som om hun ikke vet, noe hun mange ganger synes det er ganske vanskelig. Hun kan oppleve at hun får lyst til å forklare ting for pasienten, fordi hun får egne ideer om hvordan ting henger sammen, istedenfor å vente og høre hva pasienten selv har å si.

"Så er det liksom å holde det igjen, og hele tiden tenke: Å ja, fortell mer om det og... det var jo interessant og... For det er jo ofte vanskelige ting å snakke om og man blir engasjert selv og får lyst til liksom å hjelpe til i refleksjonen. Men det er hele tiden og liksom få dem til selv til å prate."

Terapeutene i denne institusjonen blir godt kjent med pasientene. I det tette samværet, ikke minst i miljøet, fremkommer det tydelig for pasientene at terapeutene også har sine feil og mangler. Informantene forteller at de ikke på noen som helst måte forsøker å fremstå som sånne som kan alt og vet alt og har sine egne liv helt "opplainet" og velsortert. De er åpne og selvavslørende i stil overfor pasientene, men poengterer at de likevel opplever at de har grenseoppgangene godt inne. En av informantene holder frem at man innenfor den mentaliseringsbaserte retningen, i motsetning til i flere andre retninger, ikke skal være så redd for å vise seg som menneske. Hun har også inntrykk av at pasientene opplever dette positivt.

"Så langt så er ikke det mitt inntrykk at det har vært en ulempe. Tvert imot så hører vi jo fra pasientene inn i mellom at de synes det er veldig all right å registrere og se at vi er vanlige mennesker, som lever vanlige... (ler litt)... normalt trøblete liv."

En annen informant sier hun opplever at MBT åpner for en deltakelse fra dem som terapeuter som er annerledes enn det hun har vært vant til. Hun opplever en form for ærlighet i måten de møter pasientene på, som hun liker veldig godt. Videre sier hun at hun også opplever en større grad av likeverdighet. De sitter ikke der som en type autoriteter som har svar på spørsmål, men kan gå inn i en mer refleksiv dialog med pasientene.

" (...) jeg liker det veldig godt, jeg liker den ærligheten på en måte.(...) Vi kan møtes mer ærlig, men selvfølgelig også filtrert da vil jeg jo si, i forhold til hva den andre gjør med oss og hva vi tenker om den andre og vice versa."

Informantene fremholder også viktigheten av å ikke være rigid selv og å kunne innrømme egne feil. Noen ganger så "blingser" de og sier kanskje ting som kan krenke en pasient. Da er det viktig å kunne be om unnskyldning.

4.1.3 Det er logisk, det "klikket liksom bare inn" i forhold til den erfaringen og kompetansen jeg hadde fra før

Samtlige informantene har lang erfaring innenfor psykisk helsearbeid og har også ulike videreutdanninger innenfor feltet. De sier alle noe om at opplæring i og utøvelse av MBT passer dem godt. Ingen av dem opplever noen motsetning mellom MBT og den kunnskapen og erfaringen de har med seg fra tidligere.

En informant forteller at hun alltid har hatt en åpen nysgjerrighet med seg i møte med pasienter, og opplevde at akkurat den biten ved MBT falt veldig godt inn i det.

En annen informant fremhever at MBT for henne ikke representerer en ukjent måte å tilnærme seg denne pasientgruppen på. Tilnærmingen er i tråd med hennes erfaringer med hva kompetente miljøterapeuter selv kan finne ut er logisk og fornuftig miljøterapi overfor pasienter med denne problematikken. Hun eksemplifiserer dette med å fortelle om en pasient med alvorlig selvskadingsproblematikk som hun arbeidet med tidligere. I forhold til denne pasienten erfarte miljøpersonalet blant annet at det fungerte at de ikke gikk inn i pasientens følelser, men heller stoppet opp og roet seg ned. De fikk til en stor bedring med denne pasienten. Selv om ingen av disse miljøterapeutene kunne noe om MBT sier informanten i et tilbakeblikk at det var mentaliseringsbasert miljøterapi pasienten fikk den gangen.

Mennesker som har en normalt god fungering er vanligvis flinke til å mentalisere. Vi gjør det i samhandling med venner, kollegaer, familie og ikke minst i forhold til våre barn. En informant sier at hun synes mentalisering handler om en god måte å leve på sammen med sine medmennesker, og at man bare "spisser" det mer når man skal ha det som terapi. Slik hun opplever MBT er det laget noen "knagger" og utkrystallisert noen redskaper av noe vi egentlig gjør mye av hele tiden. Om det at man innenfor MBT har utviklet spesifikke undervisningsopplegg, ledd og manualer sier hun at det er bra å ha dette som "knagger". Hun opplever disse "knaggene" som gode arbeidsredskaper både i forhold til undervisning og

terapi. Samtidig opplever hun en fleksibilitet i metoden som gjør at de kan tilpasse den i forhold til de ulike situasjonene.

4.1.4 Det er en raushet innenfor rammene av MBT som gjør at man kan ta i bruk det man finner nyttig i en situasjon

Det er viktig å være mest mulig tro mot leddene og manualene i MBT for å kunne si at man driver med MBT. Likevel opplever ikke informantene at det er satt opp "vanntette skott" mellom MBT og andre behandlingsformer. De opplever en raushet i forhold til at de kan gjøre det som fungerer i ulike situasjoner og de synes i noen tilfeller at det er greit å få inn annen kunnskap som supplerer MBT. For eksempel har de funnet det nyttig å låne litt fra DBT som tilbyr mer konkrete forslag til hva pasienter kan gjøre for å roe seg ned og for å holde ut i krise. Pasientene får også tilbud om kunst- og uttrykksterapi i gruppe eller i visse tilfeller også individuelt, samt tilbud om å delta på kroppsorientert yoga.

Det er også slik at mange av de pasientene informantene jobber med er belastet med traumer. I forhold til det å arbeide med traumer opplever informantene at MBT kan bli litt begrensende. I slike tilfeller trekker de inn andre perspektiver, eventuelt andre fagpersoner, som har mer kompetanse innenfor traumebehandling.

Samtlige informanter uttrykker at den rausheten og fleksibiliteten de opplever at finnes innenfor MBT er fornuftig og medvirker til at de finner det meningsfullt å jobbe innenfor denne modellen.

4.2 MBT har betydning for hvordan jeg agerer på og i situasjoner.

4.2.1 Den relasjonelle tilknytningen ligger i bunn

Innenfor mentaliseringsbasert terapi vil pasientenes relasjonelle tilknytningen til terapeuten(e) være helt sentral. En av informantene poengterer at en trygg relasjon er nødvendig i forhold til det arbeidet de gjør med å regulere følelser og utfordre uberettigede oppfatninger.

"Altså, har du ikke den tilknytningen så har du heller ikke nok trygghet i relasjonen til å utfordre. For det er jo også noe med det å holde temperaturen på et passe høyt nivå. Altså, du skal også kunne utfordre pasientene dine. Og da er det viktig at relasjonen ligger der i bunn. (...) Ikke sant, at den tåler det. (...) Ja, at den er på en måte god og stødig nok til at det kan utfordres innenfor den."

To av informantene er innom det med at den terapeutiske relasjonen skal være et bilde på et sunt tilknytningsforhold til en omsorgsperson. De sammenlikner og ser likhetstrekk mellom terapeutrollen og rollen som en god mor, som med trøst, omsorg og forståelse hjelper barnet med å regulere ned når det tar av, samtidig som de også utfordrer. En informant sier det på denne måten:

"Altså det er jo ikke mamma som sitter der, men (...) det skal på en måte være et bilde på en form for et sunt tilknytningsforhold. Det er jo en viktig del av det. (...) Mm. Vi er jo terapeuter, men likevel så skal terapien gjenspeile et sunt tilknytningsforhold (...)Også kommer jo den biten som handler om å utfordre også, ikke sant. Så vi er ikke bare gode mødre og fedre, men vi skal jo også utfordre..., ungene skal jo også utfordres (ler litt...).

En annen informant sier at pasienten gjennom en ny tilknytning, som er så mentaliserende som mulig, på en måte skal reparere det som er skadet:

"De skal liksom forsøke å etablere en ny tilknytning til oss. Gjennom å gjøre denne tilknytningen så mentaliserende som mulig, tenker man at man på en måte kan reparere det som er skadet. Vi går ut fra at det er en relasjonell tilknytningsskade som ligger i bunn. (...) Det blir derfor en kontinuerlig prosess hele tiden og ta opp og diskutere små og store ting; kan det være sånn eller sånn, hva tenkte du da og hva tror du han tenkte... Det å oppøve evnen til å få flere perspektiver på ting - enn bare den ene voldsomme, sterke følelsen de har... ofte."

Når det gjelder å styrke den relasjonelle biten sier samtlige informanter at den mentaliserende holdningen de har med seg, samt flere av de andre leddene i MBT, er til hjelp.

4.2.2 Å utforske uberettigede oppfatninger

Ifølge informantene bruker de mentaliseringsbasert tilnærming i ulike situasjoner i miljøet. Det skal ikke dramatiske hendelser eller konflikter til for at informantene skal ta i bruk denne tilnærmingen. En informant sier at det hovedsakelig er i det jevne, og i små drypp hele tiden, at de prøver å være nysgjerrige på hvordan pasientene tenker og føler i forhold til ulike fenomener; å stille spørsmål og få dem til å reflektere mest mulig rundt det.

En annen informant kommenterer tilsvarende at de hele tiden tar opp små og store ting, stiller spørsmål, diskuterer, og øver opp pasientenes evne til å få flere perspektiver.

"Det med å få inn flere perspektiver på ting tenker jeg er veldig sentralt. Altså, det er noe med den der fleksibiliteten i det å tolke ting. (...) Ja, her er det flere muligheter og svaret med to streker under kjenner vi kanskje ikke, ikke sant... Ja, prøve å åpne opp for en sånn type dialog rundt ting."

I dette ligger at man skal være åpen for flere tolkningsmuligheter; man bringer inn undring ved å stille en del spørsmålstegn ved dem.

Informantene erfarer at pasientene noen ganger kan være ganske følelsespreget og bastante i sine utkjør. For eksempel kan pasienter møte opp i miljøet og komme med høylytte negative utsagn om personer de har vært i konflikt med. Ifølge informantene vil da forsøke å møte denne situasjonen på en mest mulig åpent utforskende måte. I samtaler forsøker de å få tak i hendelsen som utløste en slik reaksjon, og også få til å nyansere mer. Kanskje kan pasienten si noe mer om det og forstå seg selv og sine egne reaksjoner litt mer i lys av hendelsen. I tillegg forsøker de å mentalisere eller ta inn perspektivet til andre involverte parter. Det er altså et poeng at man ikke skal "kjøpe" pasientens fremstilling med en gang, men stille spørsmål til den.

Noen ganger forekommer det situasjoner i miljøet der noen pasienter fyrer og blir veldig engasjert og andre kan bli veldig tilbaketrukket. En av informantene eksemplifiserer hvordan hun ut fra en mentaliseringsbasert tilnærming kan gripe inn i en slik situasjon og stille spørsmål og kommentere det som skjer både fra et utenfra- og innenfraperspektiv:

"(...) "Nå ser jeg at du...", eller, "Jeg opplever at du trekker deg tilbake nå", eller "Jeg opplever at dere to kommer inn i noe, hva er det som skjer nå?". "Hva er det som skjer inni dere og hva er det dere tenker rundt det her som foregår akkurat nå?" Ja, også kan man jo

si noe på hvordan man selv opplever det også da stille spørsmål: "Hvordan opplever dere det?" Ja, så fra et litt sånn utenfraperspektiv og så et spørsmål til det som skjer innenfor. (...) Det handler jo om å få i gang en refleksjon rundt tanker og følelser - se det hele utenfra, se det hele innenfra..."

Pasientene har med seg ulike opplevelser og erfaringer fra det å være innlagt i akuttpsykiatrien. Av og til bringer de inn tema rundt dette, og kan komme inn i en modus der det blir intens snakk om negative møter med helsepersonell. De kan kanskje ha kjent på det å ikke bli forstått, det å bli forstått på en måte som gjør at de ikke har følt seg ivaretatt eller at bare en liten del av dem, da gjerne den syke delen, blir sett. Det vil ofte være mye følelser knyttet til dette temaet. Terapeutene forsøker å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i samtaler rundt dette temaet ved å stille spørsmål som kan utfordre bastante oppfatninger. En informant kom med eksempel på spørsmål hun kan stille i en slik situasjon:

"Hva var det tror du som gjorde at den sykepleieren eller den miljøterapeuten handlet på den måten?"(...) "Jeg hører at du opplever det sånn men hva kan ligge til grunn for det?". Også kan det jo igjen være, så får man jo gjerne et svar som kan kanskje være litt sånn begrenset, ikke sant, sånn type ikke-mentaliserende: "Han er en idiot!" eller: "Han forstår bare ikke!" eller "Ho er sånn og ho er sånn!". Og så er det jo på en måte og åpne opp for hvorvidt det kan være andre muligheter for å forstå det?", "Kan det være noen andre beveggrunner som gjorde at vedkommende handlet sånn eller sa det?" (...) Så det å prøve å få en sånn dialog rundt det."

Informantene opplever av og til at pasienter kan bli provosert når de blir møtt med denne tilnærmingen. Det at pasienten ikke får uforbeholden støtte på sine tanker og oppfatninger blir ikke nødvendigvis godt mottatt. Ofte vil pasientene at terapeutene skal være enig med dem heller enn at de skal utfordre og stille spørsmål til deres oppfatninger. Likevel opplever informantene at denne tilnærmingen er nyttig for pasientene over tid.

" Det er jo på en måte å utfordre. Du kan si at det instinktive som de vil er bare å være i følelsene og at noen er enig med dem når det er en person de ikke liker. Det er liksom det de drives mot. (...) Det skjer jo at de blir provosert, at de opplever det som at vi ikke bryr oss når vi forsøker å nyansere uttrykkene og hjelpe dem å analysere de forskjellige situasjonene: "Og mener du at han..., har jeg gjort noe feil?"...ikke sant, når man prøver å nyansere. Men vi ser jo over tid at det er poenget."

Et annet aspekt ved MBT som informantene opplever er til hjelp også i miljøterapien, er den psykoedukative undervisningen. Det at også pasientene har kunnskap om ulike tema innenfor mentaliseringsbasert tenkning og terapi gjør at de har noe felles. En informant beskriver det som kjempenyttig at de har denne teorien å referere til og snakke om i samtaler i miljøet.

4.2.3 Å regulere følelser

I MBT er det med å regulere spenningsnivået et sentralt punkt. To av informantene forteller noe om hvordan de erfarer det med å regulere følelser i samhandling med pasientene. En informant sier at det i miljøet er mest sentralt å dempe sterke følelsesutbrudd og få det trygt å være der, og hjelpe til med at samtaleene blir mest mulig nyansert. Det handler altså ikke bare om å regulere ned følelser for at miljøet skal bli trygt, men også for å skape et klima for mest mulig reflekterende samtaler. Hun sier videre at det på en måte handler om å være i et emosjonelt modus der man er såpass rolig at man har mulighet til å fortolke ting på ulike måter. Er man veldig fyrt og sint, det vet man jo selv også, så er "tunell-synet" veldig fremtredende. Da er det gjerne bare en tolkningen man ser.

I forhold til det å regulere temperaturen ned erfarer informantene at det flere ting som har effekt. Det som kanskje virker aller mest sinnedepende er å gi pasienten rom til å "snakke seg litt tom". Det kan imidlertid være vanskelig å la pasienten få et slikt rom i miljøet, fordi det blir krevende for de andre pasientene å forholde seg til. Det nevnes også at det å ha en mentaliserende holdning i seg selv ofte tar brodden av sinne; det å være empatisk, undrende og ikke-dømmende. Men mest snakker informantene om viktigheten av å bekrefte følelser som et tiltak for å regulere ned temperatur. De ser at det å bekrefte de følelsene pasienten har i en situasjon virker beroligende. En informant kommer med følgende eksempel på hvordan hun kan bekrefte pasientens følelser:

"Uff, det der høres nå..., hvor slitsomt og hvor tungt det må være og ha opplevd akkurat det. Jeg skjønner godt at du blir irritert for det. Det er ikke noe rart."

En informant sier at det kan være krevende å bekrefte hvis ting blir veldig unyansert. Hvis hun opplever at en pasient går inn i en veldig ikke-mentaliserende beskrivelse av noe så kan hun oppleve at det er krevende å bekrefte. Da er det viktig for henne å poengtere at hun ikke

bekrefter et objektivt syn på en situasjon, men pasientens subjektive opplevelse av situasjonen. Hun eksemplifiserer dette på følgende måte:

"Men da er det jo på en måte det der med å bekrefte..., altså du bekrefter jo ikke et objektivt syn på en situasjon, men det å forstå at du bekrefter pasienten. Du kan for eksempel bekrefte overfor pasienten at; (...) Hvis det er sånn du opplever å bli møtt, så er det klart at det her er vanskelig."

Informanten sier videre at hun opplever det å regulere temperatur som den vanskeligste delen av den mentaliseringsbaserte tilnærmingen. Det å tåle at en pasient kan bli litt irritert eller uenig eller kanskje til og med litt sint på en, og det å tørre å justere slik at man er der man bør være, synes hun er krevende. Hennes erfaring er at terapeuter generelt stort sett er gode på å være støttende, mens mange finner det utfordrende å regulere temperatur - enten det er opp eller ned. Hun legger også til at dette er noe hun må være bevisst på og øve på.

"(...) vi som terapeuter går fort inn i en modus der vi liksom er..., veldig okay og veldig støttende og veldig sånn og sånn, ikke sant. (...) Så det der med å holde sesjonen på en sånn passe emosjonelt varmt nivå. Det er viktig, men også vanskelig da. Det med støtte er vi stort sett gode på. Ja. Det er klart at det er viktig det og."

I miljøet handler det altså ofte om å dempe sterke følelser som utageres. Men sviktende følelsesregulering kan også handle om dårlig tilgang på følelser. Da vil det for terapeutene handle om å forsøke å regulere opp, eller å koble på, følelser. En informant sier at pasienten ikke blir utfordret hvis det blir for kjølig og for rolig. Igjen handler det om å være i et sånt modus at samtalen kan være virkelig terapeutisk, at det utfordres nok.

En måte informantene gjør dette på er at de sier noe til pasienten om det de ser og tenker om pasientens emosjonelle uttrykk, og stiller spørsmål ut fra det. De to informantene som uttaler seg om erfaringer med å regulere følelser beskriver at de opplever det enda mer utfordrende å få tak i følelser, å regulere følelser opp, enn å regulere ned.

4.2.4 Å finne ut av misforståelser og reparere relasjoner

Informantene erfarer hele tiden at pasientene misforstår og mistolker atferd. Ofte utløses misforståelser og mistolkninger av at pasienten føler seg avvist på grunn av andres atferd, selv

om atferden ikke var ment som avvisning. Samtlige informanter sier noe om at MBT har mange gode redskaper i forhold til det å rydde opp i misforståelser og reparere relasjoner. De henviser her til leddene i MBT og sier at mange av dem er rettet mot nettopp dette arbeidet.

"En av de tingene vi ser utrolig tydelig her, som jeg nesten vil si er overskriften for de som er her, er misforståelser. Misforståelser, misforståelser og mistolkninger... hele tiden.(...) Vi ser at vi har sånn ekstremt sånn sårbare sjeler her som er så var for alle ting. Og hvor viktig det er da etterpå og liksom ettergå det."

Det at pasientene er sårbare og lett mistolker atferd i retning av avvisning, utløser ofte sterke følelsesmessige reaksjoner. Hos noen pasienter vil det være lett å registrere disse reaksjonene, mens det hos andre vil være vanskeligere. En informant forteller at mistolkninger hos pasienter med klassisk ekstroverte borderline kan føre til eksplosjoner der og da med sinneutbrudd og dører som smeller, mens hos pasienter med mer unnvikende trekk kan reaksjoner holdes tilbake utad. Hos dem kan reaksjonen komme som implodering som på en måte er som en eksplosjon som skjer innover i dem. En slik reaksjon merkes ikke nødvendigvis utenpå, og terapeutene får det kanskje ikke med seg før de eventuelt senere får en tilbakemelding fra pasienten.

Informanten kommer med et eksempel på en typisk misforståelse mellom en pasient med sterke unnvikende trekk og en pasient med ekstrovert borderline personlighetsforstyrrelse, hvor den ene opplever det ubehagelig at den andre "buser ut" med ting. De to pasientene kommer inn i en ordveksling rundt dette temaet, og det hele ender med at den unnvikende pasienten bare går, hun forlater stedet. Informanten forteller hvordan de i ettertid måtte bruke mye tid på å jobbe med denne hendelsen.

"Og det er klart at det gir jo ikke da anledning til å jobbe så mye der og da med det når vedkommende går. Men der måtte vi jobbe med det i ettertid, over flere samtaler. Og da vil jeg si at poenget er å prøve få fram den egne opplevelsen i størst mulig grad, fra begge parter. Nu var det vel i dette tilfellet mere den unnvikende som strevde med det der i ettertid. Denne hendelsen gjorde at hun fikk ikke lyst til å komme tilbake - også sa ho på en måte opp hele..., ho sa at: "Jeg kommer ikke tilbake mer der". Men vi vet jo at når ting får roet seg litt grann så kommer hun tilbake. Så vi fikk snakka litt mer om det."

I en refleksjon rundt denne episoden sier informanten at det her veldig fort kunne blitt til et brudd. I mange andre sammenhenger kunne det ha endt ut med at vedkommende slutta, og ikke kom tilbake.

Informantene opplever også at pasientene rett som det er "sier dem opp", med sterkere eller svakere intensitet. I slike situasjoner er de ganske pågående for å få dem tilbake og få dem i tale igjen. De understreker også overfor pasientene at det å undersøke hva som ligger bak og prøve og finne ut av misforståelser og reparere relasjoner er utrolig viktig.

"Alle terapeutene som er her har blitt sagt opp veldig mange ganger. Det kan for eksempel skje ved at en springer ut herfra og sier: "Jeg skal aldri mer komme tilbake!" (...) Jeg tror det skjer ukentlig. (...) Men det skjer mindre og mindre etter hvert som de har vært ei stund. Men når de sier i døra at de ikke kommer tilbake er det et eller annet vi har sagt eller gjort som de har følt seg krenket over. I slike situasjoner prøver vi å sende SMS med: "Kom nå tilbake..." og "Kom nu..." og så tar vi det opp i en samtale i ettertid: "Hva var det som skjedde? Hvorfor ble du så sint på meg?"

En informant sammenlikner den tilnærmingen hun har til pasientene når det emosjonelle trykket blir høyt, men den tilnærmingen hun har overfor sine barn.

"(...) Vi holder dem her fordi vi har en ide og en tanke bak det, sant. Ideen at de skal se at det går fint an å bli sint på meg. Vi finner ut av det etterpå. Det ordner seg.(...) Det er vel en del av det, ikke sant; om ungen din blir sint på deg hjemme, så sier du ikke bare; okay, bare gå du, du trenger ikke å komme mer tilbake hit. (ler litt...) Du jobber jo for å få ungen din tilbake!"

Det poengteres også at det skal mer enn en reparasjon til for å lage et stabilt mønster. Men med gjentakelse på gjentakelse på gjentakelse håper de på å gi pasientene gode erfaringer på at det nytter.

4.3 Det er mye å holde øye med samtidig: pasientene, meg selv og det som skjer imellom

4.3.1 Det er ikke sånn at den MBT-biten er der hele tiden, men det er viktig å være oppmerksom og ha den fremme når det oppstår ting.

I forhold til det å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi sier informantene at de prøver å ha denne tenkningen langt fremme i bevisstheten. Selv om de ikke bruker det hele tiden, forsøker de å bruke det når det oppstår situasjoner og hendelser der det er relevant.

"(...) viktig å ha det fremme når det oppstår ting, der jeg tenker at det er veldig relevant å ha et MBT-perspektiv på det. (...) Sånn at vi kan plukke opp situasjoner og hendelser i miljøet og ivareta dem. Sånn sett så må man jo ha en sånn form for våkenhet i forhold til det."

I miljøet må man altså være oppmerksom på hva som til enhver tid skjer for å greie å plukke opp situasjoner og hendelser hvor det er hensiktsmessig å intervensere. En typisk situasjon hvor informantene bruker MBT i miljøet er når pasienter mistolker eller misforstår noe eller noen. En informant sier at misforståelser og mistolknings også kan foregå i det stille, på en slik måte at det lett kan passere uten at man får øye på det.

"Fra sånne bitte små hverdagsligheter som jeg tipper går en helt hus forbi ellers, med mindre du får på deg de (ler litt...) rette brillene og er veldig oppmerksom på det."

En informant tar opp det med å være trofast mot den mentaliseringsbaserte modellen. Hun sier at de sikkert mange ganger har latt en del muligheter gå fra seg der de kunne gått inn og vært mer spesifikke i forhold til modellen. For til en viss grad å måle trofasthet mot modellen har de diskutert at de med jevne mellomrom bør sette seg ned med listen over leddene og spørre seg hvilke ledd de har vært innom i forhold til konkrete situasjoner i miljøet, mens de har dem ferskt i minne.

I dialogene, hvor terapeutene bruker en mentaliseringsbasert tilnærming, kreves det også våkenhet fra deres side. En informant sier at hun ikke synes den mentaliseringsbaserte tilnærmingen i seg selv er så vanskelig, hvis hun bare føler seg våken og opplagt og klar i hodet.

"(...) det er noe med å være tilstede i samtalen. Ja. Å ha en sånn overvåkenhet - både i forhold til kroppsspråk og blick og det det snakkes om (...). Det er mye å holde styr på!"

Videre forteller informanten at man i dialogen ikke bare må være våken i forhold til det som skjer med pasienten, men at man også må være våken i forhold til hva som skjer med en selv.

4.3.2 Vi må hele tiden også holde øye med oss selv og jobbe med vår egen mentaliseringsevne

En informant sier noe om følelser hun selv kan få i arbeidet med pasientene. For det første kan hun bli opprørt på pasientenes vegne når de forteller om situasjoner hvor de har blitt urettferdig behandlet. For det andre kan hun bli fylt opp selv, og få ulike følelsesmessige reaksjoner, av ting pasienter sier og gjør.

"(...) jeg blir jo også irritert på pasientene, det kan jeg godt bli. Lei også, og synes det er om og om igjen de samme tingene med selvmordsforsøk og innleggelse og selvskading og man kan bli veldig sånn fylt opp av det."

Informanten sier videre at hun hele tiden må jobbe med seg selv for å greie å holde på en mentaliserende holdning. Hun sier at det å minne seg selv på noe av det hun har lært om tenkningen bak MBT hjelper henne; det å ikke være dømmende, det å være spørrende og forsøke å jobbe med å få pasienten til selv å reflektere over ting. Hun sier hun stadig leser litt i bøkene om MBT for å minne seg selv på hva som er formålet og hvordan man skal forsøke å tenke.

Terapeutene opplever ofte at pasienter blir irritert på dem, og at de favoriserer den ene terapeuten fremfor den andre. For eksempel kan det skje at pasienter ikke vil komme med mindre den terapeuten de liker best er på jobb. Da blir det viktig for terapeutene å oppføre seg "voksent og modent" selv, altså ha et mentaliserende perspektiv, og formidle til pasienten at det er helt greit. En informant sier at de ikke kunne jobbet der hvis slike ting førte til at de ble sure eller misunnelige eller sjalu på hverandre. Samtidig sier hun at hun likevel av og til kjenner på en irritasjon over pasienter som ikke klarer å relatere seg til flere, og at hun da må snakke om det og eventuelt ta det opp på veiledning.

"Vi kan ikke gå rundt og irritere oss, da blir det vanskelig. Det er jo gjennomsiktig her. Vi er jo hele tiden sammen med pasientene og det vil være antiterapeutisk hvis vi går rundt og irriterer oss. Så hvis det er noe prøver vi å ta det opp."

Samtlige informanter sier det har betydning at terapeutene har en felles teori. Det gjør det enklere på mange måter. De har en felles grunnholdning i bunn, de vet hva som er arbeidsverktøyet og det er den forståelsen de jobber ut fra. Det er ingen diskusjoner i personalgruppa rundt disse temaene. De har en felles forståelse, et felles ståsted og et felles siktemål. En informant sier at det ikke hadde gått uten en felles teori. Hun opplever at det er det som gjør det artig og spennende og som gjør at de får det til.

Terapeutene jobber veldig tett sammen. Informantene erfarer at den mentaliseringsbaserte tilnærmingen er til hjelp også i samhandlingen dem imellom. En informant sier at de må være åpne med hverandre, si ifra hvis de blir irritert på hverandre og rydde opp i det.

I miljøet er det flere terapeuter som ser en pasient. Det poengteres at det er en fordel med flere øyne og flere tanker inn rundt pasienten for at terapeuten ikke skal "se seg blind". Når ting står fast gir det en mulighet til å søke råd hos hverandre.

Samtlige informanter trekker frem at de har en veileder som er til stor hjelp for dem. I disse timene kan de ta inn problemstillinger rundt pasienten og det de gjør i terapien og få veiledning på det. Når informantene beskriver deres opplevelse med veiledning bruker de mange superlativer. En informant sier:

"(...) ho er kjempedyktig. Ho hjelper oss med å tenke. Når vi sliter og føler at vi står fast i ting så tar vi det opp. (...) Det er fint å få hennes perspektiv. Vi trenger jo noen ganger også et utenfraperspektiv."

Veilederen holder også kurs om MBT som informantene deltar på. En informant sier at veilederen i det hele tatt er flink til å minne dem på det mentaliserende perspektivet. Hun sier videre at hun tror fagliggjøring av det de holder på med, og påminnelser om teorien, er avgjørende for at hun klarer å jobbe med denne pasientgruppen over tid.

4.4 Krever mer i miljøterapi enn i andre settinger

4.4.1 Pasientene skal ikke behøve å kjenne på at de må være i terapimodus hele tiden.

En informant fremhever at det i individual- og gruppeterapi er tydelige rammer rundt terapien og det er eksplisitt for alle hva man går inn i rommet for å gjøre. I disse settingene handler det

om at man tar opp hendelser som har innebåret mentaliseringssvikt og utforsker disse. Ifølge informanten utforsker de også hendelser i miljøet, men der er det ikke på samme måte definert at de skal gjøre det hele tiden.

"Man må liksom føle seg litt mer fram... Men det betyr ikke at man ikke kan ha veldig betydningsfulle, viktige samtaler omkring hendelser i miljøet også."

Hun sier videre at det ukentlige programmet pasientene har med individualsamtaler og ulike grupper er ganske krevende, mens miljøet skal være et sted der de kan lene seg litt tilbake. Det vektlegges at pasientene kan komme til institusjonen uten å kjenne på at de må være i en sånn terapimodus hele tiden.

I miljøet blir det også mange forskjellige typer samtaler avhengig av hvor mange pasienter som er der. En informant sier at de der forsøker å ha i bakhodet at det uansett prat ikke skal bli så voldsomt følelsesstyrt. Hun sier at de vektlegger at det heller skal bli litt lett prat, litt ufarlig prat, i miljøet.

"(...) samtalene kan jo fort bare handle om sånne hverdagslige og praktiske ting. Det kan bare være en sånn hverdagsdiskurs, om hverdagslivet og hverdagslivets enkelthet på en måte (ler litt), som ikke behøver å omhandle ting som relasjonelle utfordringer eller kriser."

Samtidig påpeker informanten viktigheten av at de hele tiden har med seg en mentaliserende holdning og at de prøver å bruke mentalisering når det oppstår situasjoner hvor det er relevant.

4.4.2 Det er en større balansekunst å regulere mange enn å regulere en

Samtlige informanter sier at det er vanskeligere å ha en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi enn for eksempel i individualterapi fordi det ofte er flere pasienter i miljøet samtidig.

"Det er flere dynamikker - flere personer og flere personligheter - som reagerer på en situasjon. Sånn at det er en større balansekunst enn å sitte en til en."

I miljøet sitter det gjerne flere terapeuter og flere pasienter sammen. Terapeutene må da håndtere flere mennesker, flere synspunkter og flere innspill, samt ting som oppstår i dialogen

mellom pasientene. En informant forteller at noen pasienter kan bringe frem tema på en på en måte som gjør at de får andre lett med seg, og at de da kan komme inn i en ikke-mentaliserende diskurs der utsagn blir veldig beskrivende og lite reflektert. Dette kan medføre at pasienter trigger hverandre og at temperaturen blir høy. De to informantene som bringer denne problematikken frem sier at det i slike situasjoner er spesielt utfordrende å regulere temperaturen i samtalene.

"Og man ser jo også at pasientene kan trigge hverandre. Noen er veldig gode på å få opp stemningen (ler litt) og temperaturen. Slik sett krever det mer å regulere temperatur opp og ned i miljøet - i forhold til at ting ikke skal ta av enkelte ganger for eksempel."

Informantene opplever disse settingene som mer krevende enn en-til-en-samtaler. Selv om det kan være mye følelser og høy temperatur i individualsamtalene også, og mye ikke-mentaliserende i det, er det enklere å regulere det enn å skulle regulere flere samtidig.

"(...) det er en mye mer oversiktlig situasjon på mange vis. (...) vil jeg si. Så jeg synes jo at miljøterapien kan være mye mer krevende slik sett, hvis du kommer inn i samtaler og diskusjoner som... der temperaturen stiger da."

I individualterapien kan man gi pasientene tid og rom for at de kan snakke seg litt tom. I miljøet kan det være vanskelig å forholde seg til for de andre pasientene. En informant forteller at de har opplevd at pasienter har måttet gå ut fordi det har blitt for mye for dem i slike situasjoner. Da er det viktig at det er flere terapeuter i miljøet, slik at noen også kan ivareta den pasienten som ikke tåler dette.

"Så det med å regulere kan også handle om at en pasient som ikke tåler det her velger å gå ut. Da går gjerne en terapeut også ut for å hjelpe vedkommende med å roe ned. Samtidig må noen være igjen å ta hånd om det som er her, og sørge for at det også landes på en måte som er okay."

Informantene sier de er veldig observante i forhold til hvilke tema som tas opp i miljøet. For eksempel kan temaet selvskading være en "trigger" som kan føre til at pasientene kommer inn i dialog der de utveksler tanker og ideer om hvordan de kan skade seg. Terapeutene har jobbet og jobber mye med å "ta ned" slike former for samtaler som kan føre til at pasientene påvirker hverandre i negativ retning. En informant forteller at de også får til gode samtaler om

selvskading i miljøet der det blir pratet om det på en slik måte at pasientene kan lære noe av det.

5 Diskusjon

5.1 Veier til å sikre studiens kvalitet

Ifølge Malterud er refleksivitet, validitet og relevans sentrale grunnlagsbetingelser for vitenskapelig kunnskap (2013). Disse punktene har også vært sentrale i forhold til å sikre denne studiens kvalitet.

Refleksivitet innebærer at vi erkjenner og overveier betydningen av vårt eget ståsted i forskningsprosessen. Dette er en aktiv holdning - en holdning forskeren må oppsøke og vedlikeholde. Sentralt i denne sammenhengen er forforståelse, som hele veien påvirker måten man samler og leser data på (Malterud, 2013). Jeg har tidligere i oppgaven avklart min rolle som forsker i denne studien, med særlig vekt på å redegjøre for min forforståelse. Undervegs i prosessen har jeg etter beste evne forsøkt å ha en klar oppfatning av min forforståelse, sette den i bakgrunnen, og være åpen for informantenes formidlinger. Samtidig kan jeg ikke fornekte at jeg som forsker er synlig i mitt materiale. Min forforståelse har påvirket mitt valg av perspektiv, problemstilling, metode og utvalg, samt hvilke resultater som har gitt svar på mine forskningsspørsmål (Malterud, 2013).

Validitet er knyttet til tolkningen av data og handler om gyldighet av de tolkninger forskeren har kommet frem til. Validiteten av forskningen kan vurderes med henblikk på spørsmålet om resultatet av forskningen representerer den virkeligheten vi har studert. For å kunne svare på dette spørsmålet skal man punkt for punkt utvikle sine egne motforestillinger som sørger for at man ser sine tolkninger og beslutninger i forhold til alternative muligheter (Malterud, 2013).

Problemstillingen i herværende studie ble formulert ut fra min forforståelse av begrepet mentalisering. Slik jeg i utgangspunktet forsto dette begrepet ble det relevant å bruke formuleringen "erfaringer med bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi". Som funnene viser snakket informantene om dette fenomenet som et arbeidsredskap både til å forstå og hjelpe mennesker med personlighetsproblematikk. I ettertid har jeg imidlertid reflektert over hvorvidt "mentaliseringsbasert tilnærming" er en god nok formulering sett i

forhold til funnene. Kanskje skulle jeg brukt en formulering som fikk frem at det her er snakk om erfaringer med mentalisering som teoretisk modell og praktisk tilnærming? Etter å ha vurdert frem og tilbake hvorvidt jeg skulle endre formuleringen i problemstillingen valgte jeg likevel å la den bli stående slik den i utgangspunktet var. Jeg tenker at det viktigste uansett er at jeg ved å stille de spørsmålene jeg gjorde i intervjuguiden ga informantene mulighet til snakke om ulike aspekter ved sine erfaringer. Når jeg valgte en bred inngang til undersøkelsen var det også på bakgrunn av at det på dette tidspunktet ikke forelå tidligere forskning om helsearbeideres erfaringer på dette feltet.

En erfaring jeg gjorde meg mange ganger i løpet av forskningsprosessen var at det var fort gjort å gå seg fast i egne spor. Ifølge Malterud skyldes dette "blinde flekker" som de fleste av oss har (2013). Undervegs forsøkte jeg etter beste evne å være bevisst på denne tendensen, og sørge for å legge inn spørsmålstejn undervegs. I forhold til dette kan metaposisjoner åpne opp for andre perspektiver enn dem vi får øye på når vi står midt opp i noe (Malterud, 2013). For å se meg selv og prosjektet i et slikt fugleperspektiv var veiledning og også diskusjoner med to medstudenter av betydning. Begge disse studentene holdt på med egne forskningsprosjekter med tema som var meget relevante i forhold til mitt. Ved hjelp av synspunkter og kritiske spørsmål ut fra deres perspektiver fikk jeg ståsteder i forskningsprosessen som gjorde det mulig å se på det jeg gjorde fra siden, med friske øyne.

En svakhet ved denne studien er at jeg kun har tre informanter - som også arbeider i samme enhet. Alle er positivt innstilt til mentaliseringsbasert tilnærming. Dette reiser spørsmål om hvorvidt funnene er overførbare og om jeg har favnet det som er mulig å favne av viktige erfaringer med bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi.

Informantene ble valgt fordi de arbeider i en enhet hvor mentaliseringsbasert miljøterapi er en del av behandlingen og fordi de har inngående kjennskap til og erfaring med denne teorien og tilnærmingen. Ved at samtlige informanter bidro med stor informasjonsrikdom til materialet opplevde jeg at innholdet var tilstrekkelig om det jeg ønsket å si noe om når studien var gjennomført. I kvalitative studier vil også informasjonsrikdom være et mer adekvat kriterium for et godt utvalg enn representativitet (Malterud, 2013). Det er altså ikke nødvendigvis antall informanter som bærer en studie, men hvor mye informasjon den enkelte har å bidra med.

Et forhold som styrker validiteten, og kanskje også overførbarheten, i denne studien er at det ble gjort et prøveintervju før intervjuene med deltakerne. Informanten i prøveintervjuet

arbeider som miljøterapeut og gruppeterapeut i en annen institusjon, ut fra en tilsvarende tilnærming, overfor pasienter med spiseforstyrrelser. Informanten her hadde videregående kurs i mentaliseringsbasert gruppeterapi. Dette intervjuet ble transkribert på tilsvarende måte som de andre, selv om det ikke er medregnet i funnene. Hensikten med dette intervjuet var å sjekke om metoden og intervjuguiden var bra. Samtlige funn i studien ble bekreftet i dette prøveintervjuet. Det kan tyde på at miljøterapeuter innenfor ulike enheter, om de arbeider med pasienter med personlighetsforstyrrelser eller spiseforstyrrelser, har liknende erfaringer med å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming. I etterpåklokskapens lys ser jeg imidlertid at jeg ikke burde kalt dette første intervjuet for et prøveintervju, men isteden regnet det inn som empiriske data med forpliktende bidrag til prosjektet. Dette fordi det var en erfaring som ga meg kunnskap som på ulike måter preger resultatene. I ettertid innhentet jeg imidlertid tillatelse fra denne informanten til å få bruke noen sitater fra dette intervjuet i studien.

Slik jeg ser det er det en styrke ved studien at informantene også snakket om hva de erfarte som utfordrende og vanskelig med å bruke denne tilnærmingen. Selv om jeg i prosessen forsøkte å være oppmerksom på forventningseffekt fant jeg ingen tegn på at informantene forsøkte å rose sine erfaringer.

Det at informantene arbeider med de samme pasientene i ulike settinger, både i miljøterapi, individualterapi, psykoedukative kurs og en av dem også i gruppeterapi har påvirket funnene. Først og fremst har det beriket funnene ved at de ut fra erfaring kunne sammenlikne og si noe om hva de opplever forskjellig ved bruk av denne tilnærmingen i ulike settinger. Men man kan også spørre seg om det å jobbe i ulike settinger, og det å ha tatt videregående kurs i MBT i individualterapi istedenfor miljøterapi, gir informantene andre forutsetninger for å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi. I så tilfelle er det mulig at de også vil ha andre erfaringer med å bruke denne tilnærmingen. I en refleksjon rundt dette temaet sier informanten i prøveintervjuet:

"Mange av de som har tatt det videregående kurset i mentaliseringsbasert miljøterapi og kun arbeider i den miljøterapeutiske settingen er kjempegode på det. Det har mer å gjøre med om du har tatt et videregående kurs, om du har integrert tanken og om du har erfaring med å jobbe den ut. Det er jo en trenings sak dette... å holde på det perspektivet."

Da denne oppfatningen er meget relevant i forhold til det spørsmålet jeg stilte velger jeg å ta den med her. Hvorvidt dette er en utbredt oppfatning har jeg imidlertid ingen forutsetning for å si noe sikkert om.

Selv om mange faktorer peker i retning av at utvalget er representativt i forhold til det jeg ønsket å si noe om kan jeg likevel ikke med sikkerhet hevde at jeg har funnet alle de mest sentrale erfaringene miljøterapeuter har gjort på dette feltet.

Valget av teoretisk referanseramme har påvirket alle fasene av forskningsprosessen. I min søken etter å forstå begrepet mentalisering har jeg brukt ulike forfattere innenfor denne tradisjonen (se litteraturliste). Til dette begrepet hører modeller, språk, holdninger, strukturer og praksiser (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). I løpet av forskningsprosessen ble det også gitt ut en ny bok med tittelen *Miljøterapi* av Skårderud og Sommerfeldt (2013). Her oppsummeres det mest sentrale i den nye teorien om mentalisering og plasserer det innenfor det mellommenneskelige behandlingssystemet som utgjøres av dagens miljøterapi (Fonagy, 2013). Denne boken var spesielt godt egnet til å gi meg en forståelse av fenomenet i en miljøterapeutisk kontekst. Det er likevel mulig at det er sider ved dette begrepet jeg ikke har fått en tilstrekkelig forståelse av, og at dette kan ha fremkommet i studien.

Som et ledd i å få en utvidet forståelse for materialet har også kunnskapsteori vært til hjelp. Her ble teori fra Gadamer (2003), Kalman (2006) og Hamran (1996) valgt. Studier om helsepersonells holdninger til og oppfatninger av mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse har også vært av betydning (Wollaston & Hixenbaugh, 2008, Westwood & Baker, 2010, Weight & Kendal, 2012). Videre har jeg brukt to norske kvalitative studier om terapeuters erfaringer med å bruke MBT i individualterapi; en pilotstudie av Øverbø og Holgersen (2012) og en masterstudie av Arvnes (2014). Mot slutten av mitt arbeid med denne masteroppgaven ble det også publisert en kvalitativ studie fra Skottland med meget stor relevans. Denne studien ser på sykepleiernes oppfatning av mentaliseringsbaserte ferdigheters påvirkning på deres arbeid overfor pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse i akuttpsykiatri (Warrender, 2015). Disse teoretiske perspektivene ble løftet frem i diskusjonen og ga ny innsikt i noen av de problemstillingene materialet representerer (Malterud, 2013).

I denne studien samlet jeg data og gjorde analysen alene. Jeg ser imidlertid at det kunne vært en fordel om jeg hadde fått en annen forsker med i analysearbeidet slik at jeg kunne fått øye

på detaljer jeg ikke så. Av etiske hensyn (se kapittel 3.2.6) ble imidlertid informantene i denne studien oppfordret til å lese gjennom funndelen før oppgaven ble ferdigstilt. Utover et ønske om å få sitatene redigert til en mindre muntlig form var det ingenting i teksten de ønsket fjernet eller endret. Dette kan tyde på at mine konklusjoner stemmer overens med det som den enkelte informant ga uttrykk for (Malterud, 2013), noe som igjen er med på å styrke studiens validitet.

Når det gjelder presentasjonsformen av denne oppgaven har jeg forsøkt å gjøre den så lesevennlig som mulig for den målgruppen jeg har sett for meg underveis i skrivearbeidet, nemlig miljøterapeuter som arbeider innenfor kliniske felt hvor dette temaet er aktuelt. En svakhet kan være at både funndelen og diskusjonsdelen er omfattende å lese, men med et såpass innholdsrikt materiale ble det umulig for meg å korte disse delene ned.

Relevans og overførbarhet

Relevans handler om hva kunnskapen kan brukes til. Sentrale spørsmål her vil være hva som er kjent fra tidligere og hva denne studien kan tilføre i forhold til dette. Når det gjelder forskningsresultatenes overførbarhet er spørsmålet om den tolkningen som utvikles innenfor rammen av et prosjekt også kan være relevant i andre sammenhenger (Malterud, 2013).

Selv om den mentaliseringsbaserte tradisjonen er rik på teori er det lite kvalitativ forskning å finne innenfor dette temaet. Som nevnt har jeg kun funnet tre kvalitative studier som er relevante, og bare en av dem ser på erfaringer med bruk av mentaliseringsbaserte ferdigheter i miljøterapeutiske settinger. Mot denne bakgrunnen synes jeg å se at herværende studie legger noen nye farger og nyanser til den samlede kunnskapen som allerede finnes om bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi (Malterud, 2013).

I analysefasen utviklet og satte jeg navn på kategorier som ga en meningsfylt inndeling av materialet. De nye kategoriene bar med seg essensen av beskrivelsene, samtidig som de ble de påvirket av det begrepsapparatet og de teoretiske modellene jeg kjente fra før. En av disse kategoriene ble til et nytt begrep; "Et logisk og raust arbeidsredskap i miljøterapi", som også reflekteres i overskriften i oppgaven.

Jeg tror studien har fått frem nye aspekter ved hvordan mentaliseringsbasert teori kan hjelpe miljøterapeuter til ny forståelse av pasienter med personlighetsproblematikk og også generelle

aspekter ved praktisk bruk av en mentaliseringsbasert tilnærming. Slik jeg ser det er dette aspekter ved bruk av denne tilnærmingen som også kan ha betydning for videre klinisk arbeid og forskning innenfor dette feltet.

På tross av studiens begrensninger vil jeg også hevde at informantenes formidlede erfaringer har gitt verdifull kunnskap til hvordan man kan bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi.

5.2 Diskusjon av funn

Gjennom analysen ble fire kategorier trukket frem som de mest fremtredende i informantenes beskrivelser. Disse kategoriene er; et logisk og raust arbeidsredskap for å forstå og hjelpe mennesker med personlighetsproblematikk; den mentaliseringsbaserte teorien og tilnærmingen har betydning for hvordan terapeutene agerer på og i situasjoner; det er mye å holde øye med samtidig: pasientene, en selv og det som skjer imellom; det krever mer i miljøterapi enn i andre settinger.

I det følgende vil jeg gi leseren innblikk i mulige måter å forstå funnene på. Her velger jeg også å ta med et sitat fra et prøveintervju som jeg gjorde før jeg intervjuet deltakerne i studien. Selv om prøveintervjuet ikke er medregnet i funnene, ble transkribert på tilsvarende måte som de andre intervjuene

Funnene vil her bli vurdert i lys av filosofisk hermeneutikk, kunnskapsteori og forskning og teori innenfor den mentaliseringsbaserte tradisjonen. De teoretiske perspektivene blir løftet frem for å gi ny innsikt i noen av de problemstillingene materialet representer. Leddene i MBT, som det flere ganger refereres til, er lagt som vedlegg.

5.2.1 Betydning for forståelsen av mennesker med personlighetsproblematikk

Samtlige informanter sier noe om at mentaliseringsbasert teori og tenkning har gitt dem utvidet forståelse for hvordan menneskene med personlighetsproblematikk har det, hvordan de fungerer og også hvordan de kan hjelpes. En informant sier at hun opplever at det har kommet mye mer optimisme inn i dette fagfeltet. Hun poengterer imidlertid at det ikke

utelukkende er den mentaliseringsbaserte tenkningen som har bidratt til ny forståelse for hennes del, men at det har vært et viktig bidrag.

"Det å ha satt seg inn i mentaliseringsbasert tenkning (...) gjør at man ser mennesker med den her type problematikk på en helt annen måte. Det er vel kanskje det viktigste. At det har hjulpet en til å fullstendig luke bort en del av disse mere befengte begrep som har hvilt over denne gruppen alltid, sånn som manipulering og splitting og altså (...), i en veldig negativ forstand da."

I forhold til det informantene sier om befengte begrep som har hvilt over denne gruppen alltid viser flere studier at helsepersonell som arbeider innenfor psykisk helsearbeid er tilbøyelige til å ha mer negative holdninger til og oppfatninger av mennesker med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) enn til de med andre diagnoser (Weight & Kendal, 2012). Begreper som tidslukende, manipulative, vanskelige og oppmerksomhetssøkende blir brukt for å beskrive disse pasientene (Wollaston & Hixenbaugh, 2008). Slike oppfatninger er hos noen personal basert på at de tror at pasienter med denne diagnosen har kontroll over sin atferd - at atferden er kalkulerende og uærlig - heller enn at det er en del av deres sykdom (Westwood & Baker, 2010).

I en ny kvalitativ studie i Skottland har man sett på sykepleieres erfaringer med bruk av mentaliseringsbaserte ferdigheter overfor pasienter med BPF i akuttpsykiatri. I denne studien beskrev sykepleierne at de i utgangspunktet opplevde det utfordrende å arbeide med disse pasientene, noe som igjen hadde bidratt til negative holdninger; stereotypier på grensen til stigmatisering. MBT-S hadde bidratt til å snu disse holdningene; i retning av å endre oppfatninger av pasientene som bevisst vanskelige. På tilsvarende måte som i herværende studie bidro det til holdningsendring at sykepleierne nå forsto disse pasientenes atferd i lys av tilknytningsteorien innenfor mentaliseringstradisjonen (Warrender, 2015).

To av informantene kommer med eksempler på hvordan forståelse av atferd i et tilknytningsperspektiv gjør seg gjeldende i praksis. I et eksempel kommer en pasient med en uberettiget klage på en terapeut "bak hennes rygg". Denne atferden forsto terapeuten på følgende måte:

"Det er ikke sånn at de tenker at nå skal jeg liksom ødelegge også skal jeg gå og klage på den personen bak ryggen dens. Det er bare sånn de føler, de blir drevet av indre krefter."

Motoverføring og splitting... det er jo ubevisst hos dem. Det er ikke noe de bevisst gjør, det er sånn de har lært seg å fungere."

Videre sier hun at hun kunne blitt sint på pasienten i denne situasjonen dersom hun ikke hadde hatt denne tenkningen med seg - og forstått det på denne måten. Isteden tok hun hendelsen opp med pasienten på en ikke-krenkende måte. I tillegg til at dette eksempelet sier noe om forståelse ut fra et tilknytningsperspektiv viser det også hvordan en slik forståelse hjelper terapeuten til å opprettholde sin egen evne til refleksjon.

Dette samsvarer med funn i en kvalitativ studie av Øverbø og Holgersen hvor man fant at forståelse og gjenkjenning av sinnstilstand, samt det å sette ord på en slik atferd hos pasienten, hjelper terapeuten til å opprettholde sin refleksjonsevne (2012). Liknende funn ble rapportert i en kvalitativ studie av Arvnes. Hun fant at begreper innenfor MBT som beskriver ulike måter å være reflekterende på hadde fått betydning for terapeutene. Fenomener i den kliniske hverdagen fremsto litt annerledes og mer forståelig. Gjennom disse begrepene opplevde terapeutene her å se tilknytning i et nytt lys, den ble praktisk anvendbar (2014).

Hermeneutikk blir vanligvis omtalt som fortolkningslære. Man beskjeftiger seg her med spørsmål knyttet til forståelse og fortolkning. Relatert til herværende studie og den mentaliseringsbaserte teorien sin betydning for informantenes forståelse vil dette perspektivet kunne belyse betingelser for hvordan denne forståelsen er oppnådd - som betingelser for forståelse overhodet. Innenfor den filosofiske hermeneutikken er det et poeng å erkjenne at vi aldri er forutsetningsløse; vi har alltid allerede en forutforståelse. Vi kommer til sakene, teksten, handlingene med en tankemessig og erfaringsmessig "bagasje" som er med å bestemme det vi forstår - og fortolker (Thornquist, 2003). Et typisk begrep innenfor denne tradisjonen er fordom. Dette begrepet ble først og fremst rehabilitert av Gadamer og dreier seg om den forforståelsen eller bakgrunnskunnskapen vi møter fenomener med. *"I Gadamers tankeverden er begrepet fordom nøytralt, og viser til at noe går foran og forut: for-dom."* (Thornquist, 2003, s.142). Samtlige informanter har lang erfaring som miljøterapeuter i det psykiatriske fagfeltet, og har arbeidet mye med pasienter med personlighetsforstyrrelser - også før de satte seg inn i mentaliseringsbasert teori. I et hermeneutisk perspektiv vil deres tidligere erfaringer og den forståelsen de har av seg selv som miljøterapeuter utgjøre en del av den forforståelsen og de fordommene de har. I møte med ny teori vil dette være en tankemessig og erfaringsmessig "bagasje" som er med å bestemme det de forstår og fortolker.

I en tekst om "forståelsens sirkel" skriver Gadamer:

"Så lenge en fordom bestemmer oss, tenker vi ikke på den som en dom. Å gjøre oppmerksom på en fordom kan ikke lykkes så lenge fordommen selv er umerkelig og vedvarende er med i spillet, men bare i det den så å si blir provosert. Det som kan provosere slik er møte med overleveringen." (1993, s. 43)

Når den mentaliseringsbaserte teorien har gitt informantene utvidet forståelse for mennesker med personlighetsproblematikk kan man ut fra dette perspektivet tenke at deres fordommer har blitt provosert i møte med teksten. På den måten har de blitt oppmerksomme på sine fordommer. I videre refleksjon om forståelsens forutsetninger skriver Gadamer at: *"All forståelse begynner med at noe taler til oss. For at det skal skje må våre egne fordommer settes ut av spill"* (1993, s. 43). Når en informant sier at mentaliseringsbasert teori har hjulpet henne med å "luke bort befengte begreper som har hvilt over denne gruppen alltid" kan det, ut fra Gadamers tenkning, være et eksempel på at hun i møte med teorien har satt sine egne fordommer ut av spill og latt teksten tale til seg.

Funnene i denne studien viser at informantene opplever den mentaliseringsbaserte teorien og tilnærmingen som logisk. De kommer med ulike eksempler på hvordan de gjenkjenner ulike deler av teorien ut fra sin egen praksis - og også ut fra sine egne liv.

Ifølge Gadamer er det aldri slik at den som hører på noen eller leser noe ikke bringer med seg en for-mening om innholdet og glemmer alle sine meninger:

"Åpenhet overfor andre eller overfor tekstens mening vil tvert imot alltid allerede innbefatte at man setter dem i sammenheng med sine egne meninger og setter sine egne meninger i sammenheng med dem." (Gadamer, 1993, s 37).

Når informantene opplever MBT som logisk vil det ut fra Gadamer sitt perspektiv her begrunnes med at de har brakt med seg sine egne for-meninger - satt dem i sammenheng med tekstens meninger og tekstens meninger sammen med egne formeninger - og gjennom denne prosessen funnet at disse på mange måter sammenfaller. Informantene kommer med mange eksempler på at teorien og tilnærmingen stemmer overens med erfaringer de har med seg fra tidligere. For eksempel sier en informant at den mentaliseringsbaserte vinklingen falt veldig godt inn i "den åpne nysgjerrigheten" - som hun alltid har hatt med seg. I forhold til dette

temaet har også Skårderud og Sommerfeldt pekt på forbindelseslinjer mellom miljøterapi og sentrale holdninger innenfor den mentaliseringsbaserte tradisjonen:

"Med undring, undersøkelse og ikke-viten som organiserende holdning er det en klar og historisk forbindelse mellom miljøterapiens undersøkende kultur og dagens mentaliseringsbaserte tilnærminger" (2013, s. 33).

En annen informant forteller om en erfaring fra et behandlingsforløp i en psykiatrisk avdeling hvor de arbeidet med en pasient med personlighetsproblematikk og alvorlig selvskading. Hun beskriver at det i dette arbeidet falt helt naturlig for reflekterte miljøterapeuter å velge en tilnærming hvor de blant annet ikke gikk inn i "alle disse følelsene" - men heller stoppet opp og roet seg ned. De fikk til en stor bedring med denne pasienten. Ut fra informantens vurdering var det mentaliseringsbasert terapi denne pasienten fikk - uten at de den gangen teoretiserte over dette begrepet og denne tilnærmingen. Dette samsvarer med funn i Warrender sin studie; sykepleierne kjente igjen elementer i MBT-S ut fra egne arbeidserfaringer og opplevde det lett å forstå (2015). Ifølge Skårderud og Sommerfeldt foregår det da også mye god implisitt mentalisering i godt miljøterapeutisk arbeid - både mellom kollegaer og mellom profesjonelle og beboere. Implisitt mentalisering beskrives som en grunnleggende, automatisk og ikke-reflektert oppmerksomhet overfor seg selv og andre. *"Det betyr å være avstemt til situasjonen. Det går av seg selv" (2013, s. 144).*

Vektlegging av relasjonelt arbeid er også noe informantene har med seg i bagasjen fra miljøterapeutisk arbeid generelt. Det å utvikle gode relasjoner mellom miljøterapeuter og pasienter er et kjerneelement innenfor psykisk helsearbeid (Bøe og Thommasen, 2007). Tilsvarende vil pasientenes relasjonelle tilknytningen til terapeutene være helt sentral innenfor mentaliseringsbasert terapi. En av informantene poengterer at en trygg relasjon er nødvendig i forhold til det arbeidet de gjør med å regulere følelser og utfordre uberettigede oppfatninger. Ifølge Fonagy gjør miljøterapiens og den mentaliseringsbaserte behandlingens relasjonelle vesen dem til "naturlige parhester" (2013).

5.2.2 Betydning for oppmerksomhet

I forhold til det å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi sier informantene at de prøver å ha denne tenkningen langt fremme i bevisstheten. Selv om de ikke bruker det hele tiden, forsøker de å bruke det når det oppstår situasjoner og hendelser der det er relevant.

En informant sier om den mentaliseringsbaserte tilnærmingen:

"(...) viktig å ha det fremme når det oppstår ting, der jeg tenker at det er veldig relevant å ha et MBT-perspektiv på det. (...) Sånn at vi kan plukke opp situasjoner og hendelser i miljøet og ivareta dem. Sånn sett så må man jo ha en sånn form for våkenhet i forhold til det."

I teorier og vitenskap belyser vi noe - vi "plukker ut" ting eller egenskaper i verden. Teorier utvikles for å forstå og forklare sammenhenger mellom ulike fenomener. Teorien blir derved en slags tankemodell eller overbygning. Den teorien vi går ut fra som bakgrunn for å forstå en situasjon eller et problem styrer vårt blikk og vår oppmerksomhet (Kalman, 2009). På tilsvarende måte viser funnene at mentaliseringsbasert teori har betydning i forhold til hva informantenes ser etter og hva de legger merke til i ulike situasjoner.

To av leddene i MBT omhandler håndtering av ulike former for mentaliseringssvikt, henholdsvis pretend modus (forestillingsmodus) og psykisk ekvivalens. Informantene kommer ikke spontant inn på disse begrepene i intervjuene. Når de beskriver atferd de forsøker å være oppmerksomme på bruker de ofte begreper som misforståelser og mistolkninger. Dette er også fenomener man setter særlig søkelys på i mentaliseringstradisjonen (Skårderud & Sommerfeldt, 2013). Forskning innenfor denne tradisjonen viser også at det er det sammenhenger mellom tilknytning, mentaliseringssvikt og misforståelser hos mennesker med personlighetsforstyrrelser (Skårderud & Karterud, 2007). Som Kalman beskriver er teorien her utviklet for å forstå og forklare sammenhenger mellom ulike fenomener. Teorien blir derved en slags tankemodell eller overbygning - for de som bruker den i praksis.

En informant sier at misforståelser kan foregå på en slik måte at det lett kan passere uten at man får øye på det:

"Jeg vil nesten si at overskriften for de som er her er misforståelser.(...) Fra de der bitte små sånne hverdagsligheter som jeg tipper går en helt hus forbi ellers, altså... med mindre du får på deg de (ler litt) rette brillene og er veldig oppmerksom på det."

Et annet ledd i MBT omhandler utforskning av uberettigede oppfatninger, som kan handle både om en selv eller andre. I henhold til dette leddet viser funnene at informantene også er meget oppmerksomme på uttalelser og utspill i miljøet som representerer denne formen for oppfatninger (som de ofte omtaler som unyanserte eller bastante). I tråd med Kalman sine refleksjoner blir den mentaliseringsbaserte teorien her bakgrunnen terapeutene går ut fra for å forstå en situasjon eller et problem - og de "brillene" de bruker å se med; de teoretiske begrepene styrer deres blikk og oppmerksomhet. Uten denne teorien kan misforståelser, mistolkninger og uberettigede oppfatninger lettere passere - uten at man får øye på det.

I forhold til dette temaet sier også en informant at det i dialogene, hvor terapeutene bruker en mentaliseringsbasert tilnærming, kreves stor grad av våkenhet fra deres side;

"(...) det er noe med å være tilstede i samtalen. Ja. Å ha en sånn overvåkenhet - både i forhold til kroppsspråk og blikk og det det snakkes om (...). Det er mye å holde styr på!"

Informanten sier videre at man i dialogen ikke bare må være våken i forhold til det som skjer med pasienten, men at man også må være våken i forhold til hva som skjer med en selv. Avslutningsvis om dette temaet sier hun at hun ikke synes den mentaliseringsbaserte tilnærmingen i seg selv er så vanskelig, hvis hun bare føler seg våken og opplagt og klar i hodet. Utfordringen her ligger altså i å få det til når man selv er stresset.

5.2.3 Betydning for hvordan man agerer på og i situasjoner

Ifølge en informant er det ikke definert på deres arbeidsplass at de i miljøterapien hele tiden skal ta opp hendelser som har innebåret mentaliseringssvikt og utforske disse - slik de gjør i individual- og gruppeterapi. I et felles miljø må terapeutene i større grad ta hensyn til hvorvidt en mentaliseringsbasert tilnærming passer. De utforsker hendelser i miljøet også, men må her balansere det på en annen måte; de må føle seg litt mer frem.

Ifølge Hamran åpner man i noen kunnskapsteoretiske modeller opp for kunnskap som er utviklet gjennom erfaring - hvor man knytter person, kunnskap og handling tettere sammen enn vi er vant til. I disse modellene står skjønn og vurdering sentralt, og den høyeste form for kompetanse er erfaring og handlingskunnskap. *"Teorier og regler er nødvendige, men kun som hjelpemidler"* (Hamran, 1996, s. 69). Ifølge Kalman kan kunnskap om å samhandle med mennesker aldri fanges fullt ut i teoretiske beskrivelser. I den kunnskapsformen utvikles en

skikkethet som tar hensyn til det unike i hver situasjon (2006). I dette perspektivet vil også teorier og regler innenfor den mentaliseringsbaserte tilnærmingen kunne settes foran og skygge for praktisk kunnskap - og det unike i hver situasjon.

I prøveintervjuet sier informanten følgende om dette temaet:

"Hvis du skal gå med de leddene foran deg i møte med pasientene kan dette bli kunstig. Da mister du litt av spontaniteten og vitaliteten i møtet, ikke sant. Mentaliseringsbasert tilnærming er mer som en holdning man utvikler med dette som grunnlag. Noen situasjoner er åpenbare i forhold til å bruke mentalisering, mens i andre situasjoner klarer man ikke helt å se hvordan man kan bruke det. Og noen ganger skal man kanskje også tenke at det er greit bare å ha denne holdningen med seg - også tar du frem den frem når du ser at; her er det bruk for den."

Ut fra dette ser man at skjønn og vurdering er sentralt for at teorien og reglene ikke skal skape kunstige møter - der man mister litt av spontaniteten og vitaliteten.

En informant sammenlikner MBT med den tilnærmingen til pasienter hun var vant til fra miljøterapi på en akuttavdeling. Hun sier at utgangspunktet i MBT er en mye større grad av nysgjerrighet, og at hun må være mye mer oppmerksom på å legge sin forforståelse til side for at det skal bli terapeutisk riktig. Videre opplever hun at MBT åpner for en deltakelse fra dem som terapeuter som er annerledes enn det hun har vært vant til. Terapeutene sitter ikke der som en type autoriteter som har svar på spørsmål, men kan gå inn i en mer refleksiv dialog med pasientene. I en vurdering av den mentaliseringsbaserte tilnærmingen sier hun:

" (...) jeg liker det veldig godt, jeg liker den ærligheten på en måte.(...) Vi kan møtes mer ærlig, men selvfølgelig også filtrert da vil jeg jo si, i forhold til hva den andre gjør med oss og hva vi tenker om den andre og vice versa."

Det at terapeutene er åpne og selvavslørende i stil overfor pasientene innebærer også at de ikke forsøker å fremstå som om de kan alt og vet alt og har sine egne liv helt linet opp og velsortert. Dette samsvarer med funn i Arvnes sin studie. Hun fant at terapeutene la større vekt på selvavsløring etter opplæring i MBT, forstått som det å dele noe som reflekterer et personlig aspekt ved terapeuten. Terapeutene her opplevde det befriende å bruke seg selv mer aktivt enn tidligere (2014).

I MBT er det et aktivt fokus på riktig følelsesmessig temperatur. Når klimaet er for følelsesmessig varmt, i form av sinne, frykt eller angst, er det behandlerens oppgave å redusere intensiteten. Om det er for distansert eller kjølig, hjelper det å få opp "varmen" (Skårderud & Sommerfeldt, 2013, s. 125). Flere av leddene i MBT har også fokus på følelser og regulering av spenningsnivå. Ifølge informantene er det i miljøet mest sentralt å dempe sterke følelsesutbrudd - for å få det trygt å være der og hjelpe til med at samtalene blir mest mulig nyansert. En informant sier at det handler om å være i et emosjonelt modus der man er såpass rolig at man har mulighet til å fortolke ting på ulike måter. Informantene erfarer at det å ha en mentaliserende holdning i seg selv ofte tar brodden av sinne; det å være empatisk, undrende og ikke-dømmende.

I en tidligere nevnt kvalitativ studie brukte sykepleiere i akuttavdeling mentaliseringsbaserte ferdigheter (MBT-S) til å regulere spenningsnivå i situasjoner med selvskading. Her fant man at sykepleiere før opplæring i MBT-S kunne håndtere selvskadingssituasjoner på en kjølig og distansert måte, for eksempel ved kun å "vaske opp og gi pasienten et plaster", mens de etter opplæring responderte mer i tråd med MBT-S; med empati og humane responser. Ved å bruke mentaliseringsbaserte ferdigheter regulerte de pasientens spenningsnivå og fjernet potensialet for en ond sirkel med selvdestruktiv atferd. Når pasienten ble roligere snakket sykepleieren med pasienten om hva som lå til grunn for selvskadingen i den aktuelle situasjonen, og kunne komme frem til andre tiltak enn tettere oppfølging i avdeling. Sykepleierne opplevde her at de nye ferdighetene styrket dem og gav dem større trygghet i arbeidet med pasienter med BP, samt at det virket inn på sykepleiernes evne til å tåle risiko (Warrender, 2015). På tilsvarende måte som i herværende studie viser denne studien at det å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi kan bidra til å regulere pasientenes spenningsnivå, åpne opp for en annen deltakelse fra miljøterapeuter og gi et større rom for refleksjon mellom miljøterapeut og pasient.

I miljøet kan misforståelser og mistolkninger utløses av at pasienter føler seg avvist på grunn av terapeutenes eller andre pasienters atferd, selv om atferden ikke var ment som avvisning. Ifølge Skårderud og Karterud tolker gjerne disse pasientene atferd, for eksempel taushet, som avvisning. Følelsen av å være avvist, altså feiltolkningen, utløser følelsesmessige reaksjoner (2007). I lys av dette opplever informantene at pasientene rett som det er "sier dem opp" - med sterkere eller svakere intensitet - og noen ganger bare forlater institusjonen. I de fleste tilfellene klarer de ved hjelp av en mentaliserende tilnærming å rydde opp i slike situasjoner

og håper med det at de også gir pasientene gode erfaringer på at det nytter. De poengterer at det innenfor denne tilnærmingen finnes mange gode redskaper i forhold til det å rydde opp i misforståelser og reparere relasjoner og henviser igjen til leddene i MBT.

5.2.4 En beskyttelse når ens egen mentaliseringsevne blir satt på prøve

Når pasientene bringer frem tema om negative møter, for eksempel med helsepersonell eller politi, erfarer terapeutene at de kan komme med følelsesmessige, bastante uttalelser om de involverte partene. Ifølge informantene vil det da være sentralt ut fra en mentaliseringsbasert tilnærming at terapeutene ikke bare går inn i pasientens fremstilling og "kjøper" den med en gang, men stiller spørsmål til den. Terapeutene tillater seg altså litt betenkingstid før de agerer. På den måten bringer de seg selv og pasientene inn i undringens rom - på en mer nøytral måte enn om de hadde gått inn i pasientens fremstilling umiddelbart.

En informant fremhever at det er lett å bli revet med av ting pasientene forteller, og at hun kan oppleve å bli irritert på pasientenes vegne. Hun kan for eksempel også finne det urettferdig når pasienter som selvsikere forteller at de blir møtt fordomsfullt på legevakt og i akuttmottak. Dette kan være situasjoner hvor hun må arbeide med seg selv - for å opprettholde sin egen evne til mentalisering. Ifølge Skårderud og Sommerfeldt smitter mentalisering og mentaliseringssvikt. Dette er en utfordring som øker for behandlere som arbeider med pasienter hos hvem nettopp svekket mentalisering er et fremtredende trekk. Her vil det være et mål både for pasienter og behandlere å bli bedre til å mentalisere (2013, s.22). Som en informant sier er det en kontinuerlig prosess for terapeutene å arbeide med seg selv i forhold til å unngå mentaliseringssvikt og bedre evnen til å mentalisere.

I forhold til egne reaksjoner sier en informant:

"(...) jeg blir jo også irritert på pasientene, det kan jeg godt bli. Lei også, og synes det er om og om igjen de samme tingene med selvmordsforsøk og innleggelse og selvsikring og man kan bli veldig sånn fylt opp av det."

Videre sier hun at det eneste som hjelper henne i slike situasjoner er å gå tilbake og minne seg selv på noe av det hun har lært om tenkningen bak MBT; det å ikke være dømmende, det å være spørrende og forsøke å jobbe med å få pasienten til selv å reflektere over ting. Hun sier hun stadig leser litt i bøkene om MBT for å minne seg selv på hva som er formålet og

hvordan man skal forsøke å tenke. Dette synes hun hjelper for å greie å holde på sin egen mentaliseringsevne.

Samtlige informanter trekker frem at de har en veileder som er til stor hjelp for dem. En informant sier at veilederen er flink til å minne dem på det mentaliserende perspektivet. Hun sier videre at hun tror fagliggjøring av det de holder på med, og påminnelser om teorien, er avgjørende for at hun klarer å jobbe med denne pasientgruppen over tid.

Det at terapeutene har en felles teori blir fremhevet som meget betydningsfullt. Det at de har en felles grunnholdning i bunn, de vet hva som er arbeidsverktøyet og det er den forståelsen de jobber ut fra gjør arbeidet enklere på mange måter. Det er ingen diskusjoner i personalgruppa rundt disse temaene. En informant sier at det ikke hadde gått uten en felles teori. Hun opplever at det er det som gjør det artig og spennende og som gjør at de får det til. Informantene erfarer også at den mentaliseringsbaserte tilnærmingen er til hjelp i samhandlingen dem imellom. De fremholder at de i det tette samarbeidet må være åpne, si ifra hvis de blir irritert på hverandre og rydde opp i det. Også i Warrender sin studie hadde flere sykepleiere innenfor samme arbeidsplass gjennomgått MBT-S. På tilsvarende måte som i herværende studie erfarte de at det å få en felles plattform førte til en mer konsistent tilnærming til pasientene (2015).

5.3 Implikasjoner

Ifølge Skårderud og Karterud vegrer behandlere i forskjellige kontekster seg for å ta pasienter med borderline personlighetsforstyrrelse (BPF) i behandling, fordi de oppleves som for ustabile; identitetsmessig, følelsesmessig, sosialt, og ikke minst i den terapeutiske alliansen (2007). Kvalitativ forskning i Skottland viser at også sykepleiere opplever det utfordrende å arbeide med disse pasientene (Warrender, 2015). Også annen kvalitativ forskning viser at både sykepleiere og annet helsepersonell har utviklet negative holdninger til dem (Wollaston & Hixenbaugh, 2008, Westwood & Baker, 2010, Weight & Kendal, 2012, Warrender, 2015).

Den såkalte borderlinepasienten finner vi på alle nivåer i helsetjenesten (Skårderud & Karterud, 2007); i psykiatriske sykehusavdelinger, i rusomsorgen, på distriktpspsykiatriske sentre og i den kommunale psykiatritjenesten. På mange av disse stedene er det i stor grad miljøterapeuter som arbeider med dem. Et sentralt spørsmål er da om miljøterapeutene har

kunnskap og kompetanse nok til å hjelpe disse pasientene på en etisk og faglig forsvarlig måte. Et annet sentralt spørsmål er hvorvidt og på hvilken måte miljøterapeutene arbeider med seg selv for ikke å ende opp med utbrenthet og negative holdninger. Dersom den overnevnte forskningen er representativ også for norske forhold, synes det påkrevd å sette disse spørsmålene på dagsorden.

Deltakerne i studien har flere års erfaring med å bruke MBT, både i miljøterapi, individualterapi og en av dem også i gruppeterapi i en enhet som tilfredsstillende de fleste av de kravene som skal til for at den skal kunne kalles en mentaliserende organisasjon (MBT-M) (Skårderud og Sommerfeldt, 2013, s. 153). I og med at det er etablert et eget institutt for mentaliseringsbasert terapi i Norge, og interessen for denne terapiformen er stor, er det sannsynlig at flere behandlingstilbud vil ta den i bruk i fremtiden. Denne studien kan gi nyttig informasjon for opplæring i MBT-M.

Selv om deltakerne i studien er rekruttert fra et utvidet poliklinisk tilbud for pasienter med personlighetsproblematikk, som tilstreber å drive mentaliseringsbasert miljøterapi (MBT-M), vil herværende studie også være relevant for miljøterapeuter som arbeider med pasienter med personlighetsproblematikk på andre nivåer i helsetjenesten. Nettopp ut fra de overnevnte forhold er det viktig å la seg informere av erfarne praktikere om hvordan de erfarer bruk av ny kunnskap og nye metoder i miljøterapeutisk arbeid. Forhåpentligvis kan miljøterapeuter la seg inspirere ved at deltakernes erfaringer oppleves praksisnære og relevante.

I denne sammenhengen er det interessant at man i Skottland har tatt i bruk ferdighetstrening i mentaliseringsbasert behandling (MBT-S) i form av en ny og kompakt 2-dagers "workshop" for profesjonelle helsearbeidere. Hensikten er å gi dem mentaliseringsbaserte behandlingsferdigheter til bruk i "generic health-care settings". I en nylig publisert studie beskriver sykepleiere i akuttavdeling MBT-S som et nyttig og kraftfullt verktøy i miljøterapeutisk arbeid overfor pasienter med BPF (Warrender, 2015).

Selv om deltakerne i Warrender sin studie har betraktelig mindre opplæring innenfor en mentaliseringsbasert tilnærming enn deltakerne i herværende studie, er mange av funnene sammenfallende. Dette sier noe om metodens relevans også i settinger hvor man ikke har gjennomført eller har planer om å gjennomføre full implementering av den faglige modellen MBT-M. Kanskje kan implementering av elementer av en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi avhjelpe noen av de tidligere nevnte utfordringene helsepersonell står overfor i

arbeid med pasienter med personlighetsproblematikk - på ulike nivåer i det psykiatriske fagfeltet?

I forhold til implikasjoner for videre forskning anbefales ytterligere fordypning innenfor dette temaet med større utvalg og kanskje også mer avgrensede problemstillinger. Et sentralt spørsmål vil også være hvorvidt og i tilfelle på hvilke måte man skal integrere elementer av mentaliseringsbasert teori og tilnærming i institusjoner, enheter eller avdelinger hvor det av ulike årsaker ikke er hensiktsmessig med full implementering av MBT-M. I denne debatten er det av betydning at også ledere og opplæringsinstitusjoner innenfor dette fagområdet lar seg informere av helsepersonell om hvordan de erfarer å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapeutisk arbeid.

5.4 Oppsummering

Studien gir et bilde av tre terapeuters opplevelse av å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi overfor pasienter med personlighetsproblematikk. Terapeutene har blant annet lang erfaring fra miljøterapeutisk arbeid innenfor psykiatriske sykehusavdelinger. Etter at de tok grunnleggende og videregående kurs i MBT har samtlige flere års erfaring med å bruke MBT, både i miljøterapi, individualterapi og en av dem også i gruppeterapi i en enhet som tilfredsstillende de fleste av de kravene som skal til for at den skal kunne kalles en mentaliserende organisasjon (MBT-M). Samtlige funn ble bekreftet i et prøveintervju med en miljøterapeut som har videregående kurs i mentaliseringsbasert gruppeterapi og som arbeider i en enhet for pasienter med spiseforstyrrelser.

Gjennom analysen ble fire kategorier trukket frem som de mest fremtredende i informantenes beskrivelser. Disse kategoriene er: et logisk og raust arbeidsredskap for å forstå og hjelpe mennesker med personlighetsproblematikk, den mentaliseringsbaserte teorien og tilnærmingen har betydning for hvordan terapeutene agerer på og i situasjoner, det er mye å holde øye med samtidig; pasientene, en selv og det som skjer imellom og det krever mer i miljøterapi enn i andre settinger.

Ved hjelp av tilknytningsteorien i mentaliseringstradisjonen har terapeutene fått et redskap til å tenke annerledes om pasienter med personlighetsproblematikk. Teorien har gjort dem

bevisst på egne fordommer og hjulpet dem med å bli kvitt "befengte begrep" som har hvilt over denne pasientgruppen alltid.

På bakgrunn av at deltakerne kjente tilnærmingen igjen ut fra tidligere miljøterapeutisk erfaring opplevde de den som logisk. Den falt naturlig inn i den erfaringen og kompetansen de hadde med seg fra miljøterapi generelt blant annet når det gjaldt; vektlegging av relasjonelt arbeid, åpen nysgjerrighet og det å ikke "gå inn i" pasientenes følelser.

Den mentaliseringsbaserte teorien har betydning i forhold til hva terapeutene ser etter og hva de legger merke til i ulike situasjoner. Spesielt er de oppmerksomme på uttalelser og utspill i miljøet som representerer mentaliseringssvikt, misforståelser eller uberettigede oppfatninger. Når de opplever at det er behov for det bruker de den mentaliseringsbaserte tilnærmingen til å regulere spenningsnivå, utfordre uberettigede oppfatninger, rydde opp i misforståelser og reparere relasjoner. Samtidig forsøker de hele tiden å ha en mentaliseringsbasert holdning overfor pasientene, noe som krever at de kontinuerlig arbeider med seg selv.

Terapeutene opplever at det å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming åpner opp og gir et større refleksjonsrom mellom dem og pasientene. Tilnærmingen åpner for en deltakelse fra dem som terapeuter som er annerledes enn de har vært vant til. De sitter ikke der som en type autoritet som har svar på spørsmål, men går inn i en mer refleksiv dialog med pasientene. De er åpne og selvavslørende i stil, samtidig som de opplever å ha grenseoppgangene godt inne. Med denne tilnærmingen opplever de en form for ærlighet og likeverd i samtalene.

Når terapeutene sier at "det krever mer i miljøterapi enn i andre settinger" begrunner de det med at det i miljøet gjerne er flere pasienter samtidig og at de her må forholde seg til flere synspunkter og flere innspill, samt ting som oppstår i dialogen mellom pasienter. Når de utforsker hendelser i miljøet opplever de at de må balansere det på en annen måte enn i individualterapi; de må føle seg litt mer frem. I de balansegangene miljøterapien representerer opplever de at tilnærmingen har en fleksibilitet som gjør at de kan tilpasse den til de ulike situasjonene. De opplever også at det er en raushet innenfor rammen av MBT som gjør at de kan ta i bruk det de finner nyttig i en situasjon.

Terapeutene poengterer at en felles teori - felles forståelse, felles ståsted og felles siktemål - gjør arbeidet artig og spennende og gir dem en opplevelse av å få det til.

Litteraturliste

- Arefjord, N. (2013) *Mentaliseringsbasert terapi til rusavhengige kvinnelige pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse*. Helsedirektoratet ISDN 978-82-8224-042-0
- Arvnes, G. (2014) *Room to roam - om terapeutrollen etter MBT. En kvalitativ studie om opplevelse av terapeutrollen etter praktisering av mentaliseringsbasert terapi*. Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt. Universitetet i Oslo
- Bateman A. W., Fonagy, P. (2007) *Mentaliseringsbasert terapi*. Arneborg Forlag
- Bateman, A., Fonagy, P. (2001) *Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytic oriented partial hospitalization. An 18-month follow-up*. American Journal of Psychiatry, 158, 36-42
- Bateman, A., Fonagy, P. (2008) *8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment versus treatment as usual*. American Journal of Psychiatry, 165, 631-638. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07040636
- Bateman, A., Fonagy, P. (2009) *Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder*. American Journal of Psychiatry, 166, 1355-1364
- Bøe, T. D., Thommasen, A. (2007) *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid*. Om etikk, relasjoner og nettverk. Universitetsforlaget.
- Elstad, I. & Hamran, T. (1996) *Et kvinnefag i moderniseringen. Sykehuspleien mellom fagtradisjon og målstyring*. Oslo; Ad Notam Gyldendal
- Fonagy, P. (2013) Forord. *Miljøterapi*boken. Skårderud, F., Sommerfeldt, B.
- Gadamer, H. G. (2003) *Om forståelsens sirkel* (1959). I: Forståelsens filosofi. Utvalgte hermeneutiske skrifter. Cappelen Akademiske Forlag. Kap. 3, s. 33-44
- Kalman, H. (2006) *Kunskap i sosialt arbeid. Kunskap ock kunnigt handlande*. Blom, B., Moren, S, Nygren L. (red.). Forfattarena ock Bokforlaget Natur ock Kultur. Stockholm
- Karterud, S. *Emosjoner i mentaliseringsbasert terapi*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 50, nummer 8, 2013, 759 – 764

- Karterud, S., Bateman, A. (2010). *Manual for mentaliseringsbasert terapi (MBT) og MBT vurderingsskala*. Versjon individualterapi. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Urnes, Ø., Hummelen, T. W., S. Karterud (2014) *Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder - Does it make a difference?* Department of Personality Psychiatry, Clinic of Mental health and Addition, Oslo University Hospital, Oslo, Norway. DOI:10.1111/papt.12036
- Levy, K. N. et al (eds.) (2012), *Psychodynamic Psychotherapy Research; Evidens-based Practice and Practice-based Evidence*, Current Clinical Psychiatry, DOI 10.1007/978-1-60761-792-1_8, Springer Science+Business Media, LLC
- Malterud, K (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - En innføring* (3. utg.). Oslo - universitetsforlaget.
- Polit, D & Beck, C. (2011). *Nursing Research. Generating and Essesing Evidence for Nursing Practice*, 9th Edition. Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia
- Skårderud F, Haugsgjerd S, Stänicke E (2010) *Psykiatriboken – Sinn – kropp – samfunn*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Skårderud, F., Karterud, S. (2007) Introduksjon til norsk utgave. Vi blir ikke oss selv av oss selv. I: Bateman A. W., Fonagy, P. *Mentaliseringsbasert terapi*. Arneborg Forlag
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. (2008) *Mentalisering – et nytt teoretisk og terapeutisk begrep*. Tidsskrift for Den Norske Legeforening nr. 9, 128:1066-9
- Skårderud, F., Sommerfeldt, B. (20013) *Miljøterapi boken. Mentalisering som holdning og handling (MBT-M)*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Thornquist E. (2003) *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori – for helsefag*. Fagbokforlaget
- Warrender, D. (2015) Staff nurse perceptions of the impact of mentalization-based therapy skills training when working with borderline personality disorder in acute mental health: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. doi:1111/jpm.12248

Weight, E. J., Kendal, S. (2012) *Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder*. England. Mental health practice. November 2013. Volume 17. Number 3. Acute care. Art & science, 34-38

Westwood, I., Baker, J. (2010) *Attitudes and perceptions of mental health nurses toward borderline personality disorder clients in acute mental health settings; a review of the literature*. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 17, 7, 657-662

Wollaston, K., Hixenbaugh, P. (2008) "Destructive Whirlwind: nurses` perceptions of patients diagnosed with borderline personality disorder". Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 15, 9, 703-709.

Øverbø, M., Holgersen H. (2012) *Terapeuters opplevelse i praksis etter opplæring i mentaliseringsbasert terapi; en kvalitativ pilotstudie*. Matrix, Vol. 29 nr. 4

Vedlegg 1

Forespørsel om å delta i en intervjuundersøkelse:

En kvalitativ studie om erfaringer med mentaliseringsbasert terapi (MBT).

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Klara Gautestad. Jeg er spesialsykepleier og holder for tiden på med et mastergradsstudie i helsefag - studieretning psykisk helse ved Norges arktiske universitet i Tromsø. Opplysningene fra intervjuundersøkelsen skal brukes i en studie som er min mastergradsoppgave. Fokus i studien er helsepersonell sine erfaringer med å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i praksis, med særlig vekt på erfaringer med mentaliseringsbasert miljøterapi.

Du er valgt ut til å delta i denne undersøkelsen fordi du har fått opplæring i MBT og jobber i et utvidet poliklinisk tilbud der behandlingen er basert på en mentaliseringsbasert tilnærming.

Hva innebærer deltakelse i studien?

I studien vil jeg benytte kvalitativ metode og gjøre intervjuundersøkelser. Jeg ønsker å intervju deg om dine erfaringer med å jobbe med MBT overfor pasienter med personlighetsforstyrrelse(r). Deltakelse i studien innebærer gjennomføring av et intervju på ca 1 times varighet og vil bli tatt opp på lydbånd og transkribert. Intervjuteksten vil være grunnlaget for dataanalysen. Jeg skal imidlertid ikke ha personopplysninger eller andre sensitive opplysninger om pasienter i disse intervjuene.

Hva skjer med informasjonen om deg?

De opplysningene du gir i intervjuet blir behandlet konfidensielt. Alle opplysninger blir behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det er kun jeg og min veileder som har adgang til ditt navn og kan finne tilbake til deg. Lydbånd blir oppbevart og lagret på en passordbeskyttet datamaskin som kun jeg har adgang til. Jeg planlegger å avslutte eksamen høsten 2015. Lydbånd vil bli slettet og utskrevne intervju vil bli makulert når studien er ferdigstilt.

Jeg har på forhånd meldt prosjektet til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Veileder for dette prosjektet er professor Juergen Kasper som er ansatt ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT Norges arktiske universitet.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig og delta i studien. Du kan når som helst og uten noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien, og be om at data blir slettet (før studien er ferdigstilt).

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål vedrørende prosjektet ta kontakt med Klara Gautestad på telefonnummer: 97664704, e-mailadresse: klaragautestad@yahoo.no

Samtykke til å delta i forskningsprosjektet:

Erfaringer med bruk av mentaliseringsbasert terapi (MBT) overfor pasienter med personlighetsforstyrrelse(r).

Ja, jeg har mottatt informasjon om studien, og vil gjerne bli kontaktet for intervju

Navn:.....

Telefon/emailadresse:.....

Signert av prosjektdeltaker og dato.....

Jeg samtykker til å delta i intervju

Vedlegg 2

Intervjuguide

Introduksjon:

Presentere meg selv og prosjektet (en studie om terapeuters erfaring med å bruke en mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi). Introdusere tema og praktisk gjennomførelse av intervjuet; til sammen 9 spørsmål, varighet ca 1 time. Informere om hva materialet skal brukes til. Spørre: Hvilke opplæring har du innenfor MBT og hvor lenge har du brukt det i praksis.

1) Hvis du skulle si noe helt spontant nå i begynnelsen, er det noe du tenker er spesielt sentralt i forhold til din opplevelse og erfaring med bruk av mentaliseringsbasert tilnærming i miljøterapi?

Hvordan opplever du å bruke denne tilnærmingen i miljøet?

2) Kan du fortelle om en typisk situasjon i miljøet hvor du har brukt en mentaliseringsbasert tilnærming overfor en eller flere pasienter?

Hva var foranledningen til at du valgte denne tilnærmingen akkurat da? Var det etter en konkret hendelse i miljøet? Var det i forbindelse med at pasienten selv tok opp et spesielt tema? Etterspurte pasienten veiledning på en spesiell situasjon? Hvor i miljøet fant denne samtalen sted, var det for eksempel flere tilstede? Var det flere som deltok i samtalen? Hvordan møtte du pasienten (holdning), hva sa du helt konkret?

3) Hva er forskjellig med å bruke MBT i miljøterapi i forhold til i andre settinger? (individualterapi, gruppeterapi)

Bruk av manualer eller retningslinjer i miljøterapi (sammenliknet med de andre settingene). Brukes det mer eksplisitt i individual- og gruppeterapi? Er det er vanskeligere/mer kunstig i miljøterapi? Er det mer bare en holdning i miljøterapi?

4) Kan du si noe om fordeler og ulemper for deg som terapeut med å jobbe med de samme pasientene i ulike settinger (individual terapi, gruppeterapi og miljøterapi)?

5) Er det noen av leddene i MBT du opplever som spesielt nyttige for deg i miljøterapi?

Holdning (her og nå, ikke-vitende, utforskende), relasjon/tilknytning (forholdet til terapeuten, overføring/motoverføring, modell for pasienten), fokus på følelser, mentaliseringsnivå (ex pretend modus, psykisk ekvivalens), terapeutiske teknikker (ex "stopp og spol tilbake)

6) Er det noen av elementene/leddene i MBT du opplever har vært spesielt utfordrende å bruke i miljøterapi? Hvis ja, hvilke elementer er dette og hva er vanskelig med å bruke det?

Holdning, relasjon, affekter, mentaliseringsnivå, terapeutiske teknikker

7) Kan du si noe om hvilke betydning det har for deg personlig at du bruker en mentaliseringsbasert tilnærming til pasientene?

8) Kan du si noe om hvilke betydning det har for arbeidsmiljøet at dere har en felles teori?

9) Helt til slutt: Er det noe du ikke har fått snakket om eller ønsker å si noe mer om (når det gjelder bruk av mentaliseringsbasert miljøterapi)?

Vedlegg 3

Leddene i MBT

1. Engasjement, interesse og varme.

-autentisk, preget av omsorg og interesse.

2. Utforsking, nysgjerrighet og ikke-vitende holdning

-gjøre mentale tilstander / fenomener mer forståelige for pasienten gjennom utforskende dialog. Ikke tolke. Oppmuntre til interesse for egne og andres motiver.

3. Utfordring av uberettigede oppfatninger (eks ”jeg er dum”, ”alle psykologer er upålitelige” etc)

Når oppfatninger er ensidige og /eller globale, virker usannsynlig eller overdreven, må de utforskes.

4. Tilpassning til mentaliseringsnivå. VIKTIG!

Gjøre seg opp en formening om hvilket mentaliseringsnivå pasienten befinner seg og ”innstille seg på dennes bølgelengde”. Som regel viktig med korte og konsise intervensjoner, unngå omstendelige forklaringer og vanskelige ord. Unngå bruk av metaforer, allegorier og symboler.

5. Regulering av spenningsnivå.

Obs optimalt spenningsnivå (”window of tolerance”). Nedregulere fryktsystemet gjennom vennlig og omsorgspreget holdning. Unngå forvirring, ukontrollerte følelsesutbrudd uten å gjøre terapien for kjedelig. Fokuser på forholdet terapeut / pasient dersom pasienten har lukket seg til.

6. Stimulering av mentalisering gjennom prosessen.

Mentaliserende diskurs: Prosessen er viktigere enn ”innholdet” (saksforholdet); skape klima der pasienten kan tenke nye tanker om mentale prosesser.

7. Påskjønning av god mentalisering.

Bekreft og rose når pasienten har håndtert en situasjon på måter som vitner om god mentalisering – der hun/han har tenkt, reflektert og holdt ut sterke følelser, som tidligere førte til uhensiktsmessig atferd. Også sjekke ut med pasienten om han/hun er enig i vurderingen (av god mentalisering).

- 8. Håndtering av pretend modus** (overfladisk, uengasjert følelsesflatt ”snakk”).
Ofte ledsaget av motoverføringsreaksjoner (kjedsomhet / irritasjon), med fare for at terapeuten også går inn i pretend modus.

Pretend modus må påpekes og utfordres, for å unngå kvasiforståelser og konsekvensløse terapiforløp.
- 9. Håndtering av psykisk ekvivalens** (forestillinger antar sterk virkelighetskarakter).
Psykisk ekvivalens modus er preget av sterke følelser og må møtes med hjelp til affektregulering forut for utforsking.
- 10. Fokus på følelser**, som hos de fleste pasienter med p.f er kjennetegnet av emosjonell dysregulering.

Skape rom for bevissthet om følelser, toleranse for følelser, forståelse av følelser og evne til adaptive uttrykk for følelser. Viktig med presis forståelse av pasientens emosjonelle problemer. Ha spesielt fokus på ”her og nå”. Identifisere / arbeide med den følelsesmessige atmosfæren i timen.
- 11. Fokus på følelser og interpersonlige hendelser** (utenfor terapirommet).

Hjelpe pasienten å knytte hans /hennes opplevelser av ”elendig”, ”nedtrykt”, ”ute av balanse” etc til interpersonlige hendelser – helst av nyere dato. Utforske hendelser i detalj, langsomt, steg for steg – ”hva skjedde før det”, ”hva følte du da”, ”hva gjorde han så”, ”hva tror du han mente med det” osv.
- 12. Bruk av ”stopp og spol tilbake”.**

-for å dempe tempoet i ”fortellingen”, særlig når pasienten er opprørt eller får et tydelig fall i mentaliseringsevne. Teknikk for å dvele, finne ut av ”når det tok av” og hvorfor.
- 13. Bekreftelse av følelsesmessige reaksjoner** (”mirroring”).

Bekreft retten til å ha og uttrykke bestemte følelser, avkrefte fantasien om at andre kan ta skade av ens følelser etc. Terapeuten skal være klar og tydelig når pasienten spør om det er adekvat å føle slik eller slik.

Bekreft at følelser er forståelig og har en hensikt. Normalisere det å føle.

14. Fokus på overføring og forholdet til terapeuten.

Forholdet til terapeuten har overordnet betydning og er preget av rasjonelle så vel som irrasjonelle elementer. Oppfordre / hjelpe til å mentalisere overføringen gjennom felles oppmerksomhet på den– ikke tolke på den i lys av fortiden. Utforske overføringen på MBT-vis. Terapeuten må være villig til å erkjenne og eksplisitt påta seg ansvar for egne bidrag til pasientens opplevelse. Vær modell for pasienten.

15. Bruk av motoverføring.

Ikke alle følelsesmessige reaksjoner hos terapeuten ”skyldes” pasienten.

Motoverføring brukes (som en av flere kilder) til å forstå pasienten, men skal ikke tolkes på i MBT. Terapeuten lar egne følelsesmessige reaksjoner inngå i den terapeutiske dialogen på en ikke-krenkende måte. Bruk av motoverføringen blir mer og mer relevant utover i terapiforløpet.

16. Sjekke egen forståelse og korrigere misforståelser.

Være var på signaler på at man kan ha misforstått. Feil og misforståelser byr på utmerkede muligheter til utforsking for å utvide både egen og pasientens forståelse. Ta aktivt ansvar for feil og misforståelser.

17. Integrering av erfaringer fra samtidig gruppeterapi.

Klassisk MBT er kombinasjonsterapi gruppe/individuell. Pasient og terapeut samarbeider om å bringe stoff fra gruppeterapien inn i individualtimen.

Vedlegg 4

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21
Fax: +47-55 58 96
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 88

Jurgen Kasper

Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 15.12.2014

Vår ref: 40642 / 3 / IB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.11.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

40642	<i>Implementering og bruk av mentaliseringsbasert terapi i en dagavdeling</i>
Behandlingsansvarlig	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Jurgen Kasper</i>
Student	<i>Klara Gautestad</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering 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/personvern/meldeplikt/skjema.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, 13.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Inga Brautaset

Kontaktperson: Inga Brautaset tlf: 55 58 26 35

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Klara Gautestad klaragautestad@yahoo.no

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

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no