

MENTALISERINGSBASERET GRUPPEPROGRAM
FOR PERSONER MED BORDERLINE-
PERSONLIGHEDSFORSTYRRELSE OG DERES PÅRØRENDE
– EN KVALITATIV INTERVIEWUNDERSØGELSE
MED FOKUS PÅ PÅRØRENDES OPLEVEDE UDBYTTE

Af Henriette Clausager Marquardsen¹,
Klaus Nielsen² & Mickey T. Kongerslev³

Formålet med nærværende undersøgelse var at undersøge, hvilket selvvurderet udbytte pårørende til personer med borderline-personlighedsforstyrrelse (BPF) oplevede efter at have deltaget i et firesessions mentaliseringsbaseret (MBT)-program for personer med BPF og deres pårørende. Fire pårørende (tre forældre og en ægtefælle) til personer i behandling for BPF indgik i undersøgelsen. Kvalitative livsverdensinterviews blev analyseret ud fra en meningskondenserende tilgang. Undersøgelsen viste, at de pårørende oplevede at få en øget forståelse for og accept af personer med BPF's vanskeligheder og skrøbelige mentaliseringsevne, samt at de blev bedre til at håndtere potentielle konfliktsituationer i relation til personen med BPF.

Nøgleord: MBT, borderline-personlighedsforstyrrelse, pårørende, familier, kvalitativ.

Keywords: MBT, Borderline Personality Disorder, Significant Others, Families, Qualitative Interviews.

1. Indledning

Borderline-personlighedsforstyrrelse (BPF) er en alvorlig og hyppigt forekommende psykisk lidelse kendetegnet ved dysreguleret følelsesliv, adfærd og interpersonelle relationer (Karterud & Kongerslev, 2019; Kongerslev &

1 Henriette C. Marquardsen, specialpsykolog (cand.psych. aut.) og specialist i psykoterapi, Psykiatrisk Klinik Roskilde, e-mail: henriette@psykologeniroskilde.dk.

2 Klaus Nielsen, professor (cand.psych., ph.d.), Psykologisk Institut, Aarhus Universitet, e-mail: klausn@psy.au.dk.

3 Mickey T. Kongerslev, professor og ledende psykolog (cand.psych. aut., ph.d., specialist og supervisor i psykoterapi og psykopatologi), Distriktspsykiatrien Roskilde, e-mail: mkon@regionsjaelland.dk.

Simonsen, 2017). Det er veldokumenteret, at BPF griber alvorligt ind i personer med BPF's liv og blandt andet er forbundet med nedsat livskvalitet (IsHak et al., 2013) og skrøbelig tilknytning til arbejdsmarkedet (Hastrup, Kongerslev & Simonsen, 2019). Der er således tale om en diagnose forbundet med store omkostninger, ikke bare for de individer, som er diagnosticeret hermed, men også for deres pårørende og samfundet generelt (Hastrup, Kristensen & Kongerslev, 2017; Hastrup, Jennum, Ibsen, Kjellberg & Simonsen, 2019).

Men til trods for at BPF i høj grad er kendetegnet ved relationelle vanskeligheder, ikke mindst i nære relationer, så er der overraskende lidt forskning omhandlende pårørende til personer med BPF (Bateman & Fonagy, 2019; Guillen et al., 2021).

De få eksisterende undersøgelser med fokus på pårørende til personer med BPF finder, at disse pårørende oplever stærke negative følelser (Scheirs & Bok, 2007). En kvalitativ undersøgelse af familiemedlemmer til personer med BPF fandt endvidere, at de pårørende oplevede mange konflikter i familien (Giffin, 2008). Et andet kvantitativt studie konkluderede, at pårørende til personer med BPF rapporterede mere stress end pårørende til personer med mange andre psykiske lidelser (Bailey & Grenyer, 2014). På den baggrund kan det næppe overraske, at såvel personer med BPF som deres pårørende efterspørger mere pårørendeinddragelse i behandlingen på tværs af brugerfokuserede undersøgelser (Crawford et al., 2007; Dunne & Rogers, 2013).

Hvad angår forskning i interventioner målrettet pårørende til personer med BPF, er denne sparsom (for oversigt se fx Bateman & Fonagy, 2019; Guillen et al., 2021). Her begrænser vi os til at fokusere på det, der især er relevant for nærværende undersøgelse, nemlig mentaliseringsbaseret terapi (MBT).

MBT er én af flere evidensbaserede behandlingsformer for BPF (Kongerslev, Storebø & Simonsen, 2021; Stoffers-Winterling et al., 2022; Storebø et al., 2020). MBT har sit teoretiske ophav i psykodynamisk teori og udviklingspsykologi, ikke mindst tilknytningsteori (Bateman & Fonagy, 2016; Karterud, Folmo & Kongerslev, 2020; Sharp & Bevington, 2022), og har udviklet sin teoretiske model ad flere omgange. I henhold til den første bølge af MBT-teori bør BPF forstås som en lidelse kendetegnet ved dysfunktionel mentalisering – dvs. evnen til at forstå egne og andres sindstilstande og intentioner (Fonagy & Luyten, 2009). Evnen til at mentalisere er en almenmenneskelig kapacitet, som skal udvikles over tid i tilknytningsrelationer, i særdeleshed de tidlige relationer til omsorgspersoner, men udviklingen fortsætter naturligvis gennem hele livet og i relation til andre betydningsfulde personer. Kvaliteten af barnets tilknytningsrelationer vil således påvirke, hvorledes barnets mentaliseringskapacitet udvikles. I trygge tilknytningsrelationer vil barnet udvikle en robust evne til at mentalisere, hvorimod børn og unge, der opvokser i utrygge tilknytningsrelationer, risikerer at få undermineret denne evne (Fonagy & Luyten, 2009). Særlig betydning tilskrives omsorgspersonernes mentalisering af

barnet, deres måde at spejle dets gryende affektivitet og subjektivitet på (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002; se eventuelt også Stern, 2000; Katzenelson, 1994) Kvaliteten af tilknytningsrelationer, herunder kvaliteten af den måde, hvorpå barnet spejles og mentaliseres af omsorgspersonerne, antages at udgøre det grundlag, hvorfra barnets egen evne til at mentalisere sig selv og andre udvikles (Fonagy et al., 2002), og påvirker dermed også udviklingen af barnets evne til selv- og affektregulering samt opmærksomhedskontrol (Fonagy & Luyten, 2009). Omsorgssvigt, overgreb og traumer kan underminere udviklingen af evnen til at mentalisere robust og hensigtsmæssigt og dermed også udviklingen et sammenhængende selv, der er en forudsætning for identitetsdannelse og fornemmelse af agens overhovedet (Fonagy & Luyten, 2009). Ud over at mentaliseringsevnen udvikles over tid, og for så vidt kan have karakter af at være et træk, så påvirkes denne evne også mere momentant og situationelt, i forhold til personens arousalniveau, hvor for lav eller høj arousal antages at underminere evnen til at mentalisere (Bo, Kongerslev, Larsen & Bateman, 2017). Denne teoretiske model forklarer således BPF-symptomatologi ud fra, at personer med BPF ofte får mentaliseringsvanskeligheder i tilknytningsrelationer og oplever et indre pres til at eksternalisere deres indre tilstande, også kaldet for projektiv identifikation (Fonagy & Luyten, 2009). Klinisk muliggør denne teori således at forstå, hvordan mange af de interpersonelle konflikter og vanskeligheder, som personer med BPF oplever, opstår og udspiller sig, og dermed også hvordan man psykoterapeutisk kan behandle denne lidelse. Kernen i det terapeutiske arbejde i MBT er således, at terapeuten stimulerer og (genop)træner klientens evne til at mentalisere robust og adækvat i en tilknytningsrelation, således at denne over tid kan opbygge bedre affekt- og selvkontrol samt identitetsfornemmelse (Bateman & Fonagy, 2016; Bo et al., 2017).

I den nyere og anden bølge af teoriudvikling inden for MBT er Fonagy og kolleger begyndt at fokusere mindre på mentaliseringsevnen per se og mere på interpersonel læring og den sociokulturelle kontekst. I denne nyere teoriudvikling antages det, at personer med BPF oplever problemer med deres epistemiske tillid, det vil sige tillid til, at andre mennesker har noget at tilbyde, og at deres information er valid. Når man har høj epistemisk mistillid, afskæres man således fra at kunne bruge andre mennesker til at få relevant information og lære af dem – man bliver subjektivt set isoleret og fastholdt i ens egen tænkning eller mentalisering, uden at denne kan korrigeres kontinuerligt gennem input fra andre (Fonagy, Luyten & Allison, 2015).

Omend tænkningen omkring epistemisk tillid er inspirerende, er det også omdebatteret inden for MBT-området, hvor nogle blandt andet er kritiske over for begrebets ret abstrakte definition og antagelserne bag (Karterud et al., 2020). Ikke desto mindre finder vi, at begrebet har heuristisk værdi, i forhold til bedre at kunne forstå den rigiditet, som ofte kendetegner personer med BPF i deres handle- og oplevelsesmønstre, og kan være med til at forklare, hvorfor denne gruppe af personer for årtier tilbage blev opfattet som

værende svære, ja, sågar umulige at behandle. Dette antages at skyldes deres epistemiske mistillid, der gør, at de ikke har kunnet tage ved lære af terapien. Med denne nyere teoriramme skærpes det terapeutiske fokus på personerne med BPF's egen livsverden. Her er rationalet, at personer med BPF i og med terapien får bedret deres evne til at mentalisere samt bliver mere epistemisk tillidsfulde, hvilket så over tid gerne skulle generaliseres til deres livsverden og relationerne til betydningsfulde andre her (Fonagy et al., 2015). I det hele taget er der i megen af den nyeste teoridannelse begyndt at være mindre fokus på selve terapien og dens betydning og mere fokus på personerne med BPF's omgivelser og livsverden, hinsides terapiens rum (Bo, Sharp, Kongerslev, Luyten & Fonagy, 2022).

MBT bedrives i sin klassiske form som ambulans psykiatrisk behandling (Bateman & Fonagy, 2016; Bo et al., 2017; Karterud et al., 2020), der består af en indledende psykoedukation, som forløber over otte til ti sessioner i en lukket gruppe. Under sessionerne gennemgås rationalet for MBT, herunder betydningen af mentalisering (evnen til at forstå sig selv og andre som intentionelle væsener, der handler på baggrund af mentale tilstande), samt tilknytning og følelser i relation til borderline-patologi. Dernæst modtager personerne med BPF kombineret individuel og gruppeterapi. Der findes manualer for såvel psykoedukationen (Karterud, 2019) som den individuelle og gruppeterapeutiske komponent i MBT (Bateman & Fonagy, 2016; Karterud, 2015; Karterud et al., 2020).

I England har ophavsmændene til MBT inden for de seneste år udviklet et MBT-program målrettet pårørende til personer med BPF (Bateman & Fonagy, 2016, 2019). Et særkende for dette program er, at det drives af pårørende, der uddannes til at stå for programmet – så det er pårørende, der underviser pårørende. Programmet består af fem sessioner, hvor de pårørende får information om BPF og lærer enkle måder til, hvordan de kan håndtere de situationer og konflikter, der typisk kan opstå i relation til deres nære med BPF. Effekten af dette MBT-program er blevet testet i en randomiseret undersøgelse, hvor man fandt, at programmet reducerede antallet af konflikter mellem pårørende og deres nære med BPF (Bateman & Fonagy, 2019). Til forskel fra tidligere programmer målrettet pårørende til personer med BPF beskriver vi i denne artikel et program, hvor fokus nok er på de pårørende, men hvor også personerne med BPF er inddraget i interventionen. Rationalet herfor er, at eftersom mange problemer mellem personer med BPF og deres pårørende er relationelle, så ville det være meningsfuldt for de pårørende og personer med BPF at få et *fælles* rum til at drøfte deres relationelle udfordringer i. Videre havde vi som fagfolk en antagelse om, at det ville være værdifuldt for personer med BPF og deres pårørende at få fælles viden om lidelsen og i fællesskab lære mere hensigtsmæssige måder at håndtere deres udfordringer i relation til hinanden på.

Formålet med nærværende undersøgelse var følgelig dels at beskrive det danske MBT-program for pårørende og personer med BPF samt gennem

kvalitative interviews at undersøge de pårørendes oplevelser med og selv-vurderede udbytte af MBT-programmet.

2. Metode

2.1 Design

Vi anvendte semistrukturerede fænomenologiske forskningsinterviews til at undersøge de pårørendes oplevelser med og selv-vurderede udbytte af MBT-programmet. Semistrukturerede fænomenologiske forskningsinterviews er særligt egnede til at udforske og beskrive den enkelte interviewpersons subjektive oplevelser og livsverden (Kvale, 1997).

2.2 Intervention

Det gruppebaserede MBT-program for personer med BPF og deres pårørende blev udviklet ved Psykiatrisk Klinik i Roskilde i 2012 som et pilotprojekt, finansieret gennem puljemidler fra projektet *Brobygning mellem pårørende og Psykiatrien* i Region Sjælland (Enhed for Brugerstyret Psykiatri, 2013). Formålet med behandlingsprogrammet var at inddrage de pårørende aktivt i behandlingen, herunder at facilitere en konstruktiv dialog mellem personer med BPF og deres pårørende, bedre den indbyrdes forståelse og sikre fælles viden om såvel diagnose som behandling.

Ud fra et MBT-teoretisk perspektiv var rationalet for at inkludere personer med BPF i pårørendeprogrammet flerfoldigt. For det første er der i nyere MBT-udvikling en stadigt større anerkendelse af, at det ikke er nok kun at behandle BPF-klienterne og styrke deres individuelle mentaliseringsevne, men også at arbejde målrettet på at inddrage deres netværk og betydningsfulde personer i deres liv, så hele systemet af personer med BPF og deres pårørende bliver bedre til at mentalisere (Bo et al., 2022; Bo et al., 2021; Fonagy et al., 2015; Kongerslev et al., 2021; Luyten, Campbell & Fonagy, 2022). For det andet havde vi en forventning om, at når behandlerne, som deltog i programmet, var kendte af personerne med BPF, og selve grupperne var lukkede over de fire gange, forløbet varede, så kunne dette øge klienternes tryghed og dermed give dem bedre mulighed for at bevare mentaliseringsevnen (Bateman & Fonagy, 2016; Bo et al., 2017). På den måde bestræbte vi os på at få skabt et rum, hvor personerne med BPF og deres pårørende fik mod på at indgå i mentaliserende dialog omkring nogle af de udfordringer, de stod med. Omvendt anerkender vi også, at formatet kan virke utrygt for nogle deltagere, hvorfor de måske ikke kunne bringe alle problemer op, på samme måde som hvis der ikke havde været personer med BPF eller pårørende til stede. Ikke desto mindre; såfremt behandlerne i programmet får skabt en følelse af tryghed hos deltagerne, så vil dette, ud fra MBT-teori, muliggøre mentalisering af relationelle problemer, hvor alle centrale aktører er til stede, og derfor kunne bibringe deres eget perspektiv på

interpersonelle hændelser. Dette kunne så åbne op for, at de centrale aktører i fællesskab med andre personer med BPF og pårørende kunne mentalisere deres problematikker og på den måde facilitere interpersonel læring (Bateman, Kongerslev & Bo, 2019; Fonagy et al., 2015). Endelig valgte vi også at inddrage personerne med BPF i pårørendeprogrammet, fordi vi anerkender, at effekten af MBT og andre evidensbaserede behandlinger for BPF kun er lav til moderat (Storebø et al., 2020), og at der derfor er behov for nytænkning (Hastrup, Kongerslev et al., 2019; Kongerslev et al., 2021). Vi var her inspireret af forskning i familierapi, hvor der eksempelvis synes at være god effekt af familiebehandling for personer med psykoser og deres pårørende (Claxton, Onwumere & Fornells-Ambrojo, 2017).

Selve programmet pågik over fire sessioner i lukkede grupper, hvor der i alt var 20 til 24 deltagere. Én person med BPF kunne have op til to voksne pårørende med, det være sig søskende, forældre, ægtefælle/kæreste eller venner/veninder. Derudover medvirkede fire personaler (psykologer, læger og sygeplejersker) fra klinikken. Hver mødegang startede med et 45-minutters psykoedukativt oplæg i plenum, efterfulgt af en kort pause på 15 minutter. Dernæst deltes plenum-gruppen op i to dialoggrupper, som personerne med BPF indgik i sammen med deres respektive pårørende. Deltagerne i dialoggrupperne var gennemgående i alle fire sessioner med henblik på at øge tryghed og gruppesammenhæng. Såfremt personerne med BPF ikke kunne deltage i en session, måtte de pårørende heller ikke deltage, da der blev lagt vægt på, at personerne med BPF var vidende om, hvad der blev talt om – ikke mindst i dialoggrupperne.

Emnerne for de fire *psykoedukative oplæg* var: (1) Hvad er mentalisering? (2) Personlighedsforstyrrelser og tilknytning; (3) Følelser og følelsesregulering; og (4) Behandling. Den første gang blev de pårørende introduceret til mentaliseringsbegrebet og de vanskeligheder, der opstår ved svigtende mentalisering, eksempelvis i form af misforståelser eller behov for at handle svære følelser ud i form af selvskade. Derudover blev der undervist i mentaliserende familiekultur og den mentaliserende holdning, hvor personerne med BPF og de pårørende blev opfordret til at være nysgerrige på hinandens tanker og følelser på en ikke-(for)dømmende måde. Fokus var på dialog, herunder at vende tilbage til konflikter, når aktørerne ikke længere er stærkt følelsesmæssigt påvirket, med henblik på at forstå hinandens perspektiver. Anden gang blev der undervist i personlighedsforstyrrelser, med særligt fokus på BPF-diagnosen. Derudover blev stress/sårbarhedsmodellen og betydningen af tilknytning fremlagt. Tredje gang var der fokus på følelser og regulering af følelser i forhold til BPF. Mentaliseringskurven blev også introduceret i denne session som illustration af, hvordan der er en sammenhæng mellem kvaliteten af mentalisering og følelsesmæssig arousal (Bateman & Fonagy, 2016). Fjerde og sidste gang blev der fortalt om den MBT-behandling, personerne med BPF modtog, og der blev udleveret et ark med ti råd til pårørende (se Appendiks I). Til alle fire gange anvendtes stort

set de samme PowerPoints, som personerne med BPF tidligere var blevet gjort bekendt med i det psykoedukative MBT-forløb.

Dialoggrupperne havde et åbent format og behovsorienteret afsæt, hvor deltagerne opfordredes til at tage temaer eller hændelser op fra deres eget liv i relation til det at være patient/pårørende. Det vil sige, at disse grupper ikke på forhånd havde prædefinerede temaer, men at temaerne blev skabt på de enkelte møder. Omdrejningspunktet var deling af erfaringer, tanker og følelser, patient og pårørende imellem frem for formidling af fagspecifik viden gennem fastsatte temaer. Målet var gennem mentaliserende dialog at give ikke mindst de pårørende en oplevelse af ikke at være alene med deres oplevelser og gennem gruppen at skabe et frirum, hvor det var muligt at tale om alle typer af følelser, såsom frustration, vrede, afmagt og tvivlrådighed. Derudover havde dialoggrupperne til hensigt at åbne op for gensidig kommunikation for herved at danne grobund for nye måder at håndtere de vanskeligheder, der kan udspille sig mellem personer med BPF og deres pårørende, samt lade deltagerne blive inspireret af andres erfaringer (Enhed for Brugerstyret Psykiatri, 2013). Typisk tog man afsæt i en konkret hændelse, der havde udspillet sig mellem en person med BPF og dennes pårørende – som det også er tilfældet i klassisk MBT-gruppeterapi (Bateman & Fonagy, 2016; Bo et al., 2017; Karterud et al., 2020). Efter at sådan en hændelse blev fortalt, åbnede gruppens terapeuter op for, at hændelsen kunne blive mentaliseret i gruppen. Dette med henblik på at øge den indbyrdes forståelse, befordre kommunikation og mentalisering samt deling af erfaringer og oplevelser. Dialoggrupperne var således direkte inspireret af MBT-terapi og på denne måde, i deres form, letgenkendelig for personerne i BPF-behandling.

2.3 Rekruttering

Da vi designede undersøgelsen, ønskede vi at inkludere et ligeligt antal deltagere fra to MBT-programmer for pårørende og personer med BPF, der blev afholdt med seks måneders mellemrum. Dette for at sikre, at data ikke blev for påvirket af blot ét program. Videre fandt vi det væsentligt, at pårørende, i form af familie såvel som kæreste/ægtefælle, var repræsenteret, og gerne ligeligt, da der kan være forskel på den type problematikker, disse forskellige typer pårørende oplever i forhold til personer med BPF. Vi ønskede ydermere, at alle inkluderede informanter havde deltaget i alle fire sessioner, for at de således havde oplevet programmet i sin helhed.

I det første MBT-program deltog 11 personer med BPF og 15 pårørende. I det andet MBT-program deltog otte personer med BPF og 12 pårørende. I begge MBT-programmer blev deltagerne i slutningen af den tredje session informeret om nærværende undersøgelse og bedt om at overveje, om de ønskede at deltage. I den fjerde og sidste session skulle de så tilkendegive, om de fortsat ønskede at deltage. I det første MBT-program var der fem pårørende, som var interesserede i at deltage, hvoraf fire var forældre, og en var kæreste. Af de fem interesserede var det dog kun to forældre, der

opfyldte inklusionskriterierne, hvorfor vi ikke kunne inkludere en kæreste fra denne gruppe. I den anden gruppe var der kun to pårørende, en papmor og en ægtefælle, som ønskede at deltage, og som opfyldte inklusionskriterierne, fraset at den ene af disse to informanter havde haft et afbud. Vi valgte dog at acceptere dette ene afbud for at kunne inkludere to informanter fra begge MBT-programmer og få et ægtefælle-perspektiv ind i undersøgelsen.

2.4 Informanter

På den baggrund endte vi op med at interviewe fire pårørende i alt, hvilket er beskrevet i tabel 1. Tre af informanterne havde fremmøde på 100 % i MBT-programmet, mens en havde haft et afbud. Personerne med BPF havde gået i behandling i et til to år. De fire pårørende blev rekrutteret fra to successive MBT-pårørendeprogrammer (to fra hvert).

1.	Far på 58 år, samboende med en person med BPF, faglært og arbejder som selvstændig.
2.	Papmor på 46 år, har kendt personen med BPF, siden denne var ca. fire år gammel, med mellemlang videregående uddannelse og ansættelse i kommunalt regi.
3.	Ægtefælle (mand og samboende) på 32 år med lang videregående uddannelse og i arbejde.
4.	Mor på 50 år med kort videregående uddannelse og ansættelse inden for sundhedsvæsenet.

Note: Informant 1 og 4 blev rekrutteret fra det første MBT-program, mens informant 2 og 3 kom fra det andet MBT-program.

Tabel 1. Beskrivelse af informanter (N = 4).

2.5 Interviewguide og interviews

Som baggrund for de semistrukturerede kvalitative interviews blev der udarbejdet en interviewguide, der rummede interviewspørgsmål, der havde til formål at belyse undersøgelsens to forskningsspørgsmål. Temaerne i interviewguiden angik: (1) hvad de pårørende havde oplevet at få ud af MBT-programmet for pårørende; (2) om der var noget, som havde ændret sig i deres forståelse af personerne med BPF's vanskeligheder; og (3) om de pårørende oplevede, at noget havde ændret sig i måden, de håndterede vanskeligheder i relation til personen med BPF på (se Appendiks II for eksempler på spørgsmål fra interviewguiden inden for hver af de tre temaer).

Alle fire interviews blev foretaget i samme lokale i klinikken og af samme interviewer (HCM). Varigheden af de enkelte interviews strakte sig fra 45 til 60 minutter. Interviewspørgsmålene var på forhånd sendt til interviewpersonerne, så de var forberedte på, hvilke spørgsmål der ville blive stillet. Selvom vi anvendte interviewguide, foregik alle interviews som en fleksibel og udforskende dialog, hvor der var mulighed for at forfølge nye emner, som informanten bragte op.

2.6 Transskription

Alle interviews blev optaget på bånd og transskriberet af en sekretær i klinikken. Sekretæren blev instrueret i at transskribere hele materialet med vægt på indhold (det sagte) og uden angivelse af pauser og andet.

2.7 Feedback fra informanter

Alle informanter modtog en kopi af det transskriberede interview, så de kunne korrigere eventuelle fejl/misforståelser samt endeligt godkende brugen af interviewet og citaterne i nærværende artikel. Alle fire informanter godkendte det tilsendte materiale, inklusive citater brugt i denne artikel.

2.8 Etik

Nærværende undersøgelse var godkendt af klinikkens ledelse. Alle fire interviewpersoner blev forud for undersøgelsen informeret om undersøgelsens formål, herunder at de ville få deres transskriberede interview til godkendelse, og at de til enhver tid kunne trække sig fra undersøgelsen, uden at dette ville påvirke deres pårørendes behandling. De fire interviewpersoner gav såvel mundtligt som skriftligt samtykke til deltagelse og brug af deres interviews i form af citater bragt i anonymiseret form, hvor navne og andre oplysninger, der kunne identificere personen, enten blev udeladt eller ændret (Gabbard, 2000).

2.9 Analyse

Vi anvendte en induktiv tilgang til dataanalyse med fokus på meningskondensering (Kvale, 1997; Malterud, 2012). Dette fordi vi ønskede at fokusere på de pårørendes oplevelse af MBT-programmet og deres vurdering af dets betydning. For så vidt havde vi en fænomenologisk tilgang til vores data, da vi ønskede at give de pårørende en stemme og lytte til og forstå denne. Analysen forløb gennem fem faser (Kvale, 1997; Malterud, 2012). Først blev alle transskriberede interviews gennemlæst for at give en fornemmelse af dem i deres individuelle helhed og særegenhed og reflekterede dernæst over, hvordan de passede til eller udfordrede vores egne forforståelser. I anden fase identificerede vi naturlige betydningsenheder i respektive interviews. Betydningsenheder er brudstykker af informanternes udsagn, som udsiger noget om informantens oplevelse, og som rummer en mening i sig selv. I tredje fase blev de naturlige betydningsenheder kodet i de fire interviews. Koderne var et ord eller en sætning, som kort opfangede betydningen af citaterne i de naturlige betydningsenheder. I fjerde fase fortolkede og kondenserede vi betydningen af disse koder, med fokus på både at være loyal mod de udsagn, der blev ytret, såvel som at fortolke disse teoretisk. I den femte og sidste fase fokuserede vi på de koder, som gik igen i de fire interviews, altså temaer, og for så vidt synes at være fælles for de fire informanter, og som belyste undersøgelsens formål.

2.10 Forskerne

Nærværende studie blev gennemført af denne artikels førsteforfatter (HCM) under vejledning og med hjælp fra de to medforfattere (KN og MTK). Såvel HCM som MTK var ansat ved Psykiatrisk Klinik i Roskilde og var medvirkende i det MBT-pårørendeprogram, som undersøgte i nærværende artikel, dels som undervisere (HCM og MTK) såvel som gruppeterapeut i dialoggrupperne (HCM). HCM og MTK er endvidere uddannet i MBT og forsker og underviser/superviserer i denne behandlingsform. KN har derimod ingen formel eller uformel tilknytning til Psykiatrisk Klinik i Roskilde eller MBT-miljøet. Hans rolle var primært at vejlede og sparre omkring metode og analyse. Ud fra et mere klassisk objektivistisk videnskabeligt standpunkt kan HCM og MTK's involvering i MBT og pårørendeprogrammet, der undersøges, anskues som en potentiel svaghed. Omvendt kan man også, ud fra et mere aktionsforskningsinspireret paradigme indvende, at just denne involvering i programmet giver en unik indsigt i det, der undersøges (Adelman, 1993; Stringer & Aragón, 2021). Uanset hvad så betyder den store involvering, HCM og MTK har haft i MBT-pårørende programmet, naturligvis, at vi har måttet være meget påpasselige med at lade vores forforståelse udfordre, berige og forandre af informanternes udsagn, og at vi i vores analyse og formidling af disse udsagn har måttet udvise særlig omhu med at være åbne over for perspektiver, der ikke matchede vores egen forforståelse. Håndtering af vores egen involvering og forforståelse er ikke let, og det ikke mindst da forforståelse ud fra et hermeneutisk perspektiv er et vilkår, slet og ret. Ud over at have forsøgt at udarbejde en interviewprotokol fri for ledende spørgsmål (Palmér, Nyström, Ekeberg, Lindberg & Karlsson, 2022), og at vi indledte med en generel opfordring til informanterne om at være kritiske og bestræbte os på at udvise åbenhed over for potentiel kritik af MBT-programmet i analysen, så skal det også bemærkes, at en af seniorforfatterne (KN) ikke har tilknytning til behandlingen eller MBT, og at denne ydede vejledning på analysen af data. Så ved dels at bekende vores forforståelse forlods, opfordre informanter til at være kritiske over for vores forforståelse, samt inddrage en medforsker, som ikke deler denne forforståelse, i vejledning af analysearbejdet, har vi forsøgt at bevare en kritisk distance.

3. Resultater

3.1 Forståelse

Ordet *forståelse* gik som en rød tråd gennem alle interviewene. På spørgsmålet om, hvad det var, der fik de pårørende til at melde sig til arrangementet, svarede de alle entydigt, at de håbede på at kunne få en bedre forståelse af personen med BPF. Som en pårørende eksempelvis udtrykte det: ”... håbet om, at jeg kan blive meget bedre til at takle forskellige situationer i hverdagen. Simpelthen at blive bedre til at forstå og takle hende [personen med BPF]” (I3, s. 1).

Citatet er sigende for de pårørendes fælles håb eller formodning om, at forståelse vil gøre det nemmere for dem at håndtere de relationelle udfordringer. Det viste sig generelt gennem vores interviews, at de pårørende selv konkret efterspurgte at forstå, hvorfor personerne med BPF agerede, som de gjorde – særligt i højspændte og konfliktfyldte situationer. For den ene af forældrene i undersøgelsen var det ligeledes centralt at forstå selve BPF-diagnosen, da hun havde et indtryk af, at det var en diagnose, som man bare slynger om sig med, når man ikke ved, hvad man ellers skal sætte på af diagnoser. For hende gav det mening at få en forståelse for, at personer med BPF til tider kan have svært ved at sætte sig i andres sted, når de er i høj affekt, hvorfor de kan komme til at såre andre eller skubbe dem væk, selvom de i virkeligheden oftest ønsker det modsatte – nemlig nærhed, trøst og forståelse. Ydermere blev det for denne pårørende meget konkret, da hun i psykoedukationen fik en forklaring på, hvad der kunne være med til at forklare opståen og udvikling af BPF – at årsagerne både er genetiske og socialt betingede (I2, s. 5-6). En anden pårørende udtrykte i den forbindelse, at han, ved at få mere viden om diagnosen og behandlingseffekten, havde fået et større håb og tro på fremtiden for sin datter. Dette var betydningsfuldt for ham i forhold til at acceptere datterens vanskeligheder. Og med denne øgede accept blev det samtidig også lettere for ham ikke i så høj grad at presse på i situationer, som han tidligere havde været meget uforstående over for:

Det særlige var vel egentlig, at jeg fik øjnene op for, at vi ikke er nødt til at ligesom gå hårdt på Rikke, for ligesom at få hende til at gøre tingene. Hun ved det godt, og hun vil det garanteret smaddergerne selv, og hun synes jo også, at det er sjovest eller rarest at bo rent, og have fået båret sit skrald ud og betale regningerne til tide, og alt muligt andet. Så mit fokus ændrede sig lidt omkring ”hvad skal jeg egentlig være opmærksom på?” for at støtte Rikke i at få de her ting gjort i stedet for at dunke hende oven i hovedet (II, s. 6).

Dette bekræftes også af andre pårørende, som udtaler:

Jeg syntes ikke, at jeg har forsøgt at presse hende tidligere, men måske er det alligevel lidt anderledes, at man vender tingene på en anden måde, fordi der er en bedre forståelse for, at hun har de der vanskeligheder [...] at det er altså ikke bare lige til at tage sig sammen, når man har borderline (I2, s. 8).

Eller:

Jamen det er egentlig bare forståelsen for, at man er nødt til at være mere forstående, end man ville være over for en kæreste, som ikke havde

borderline. Man er simpelthen nødt til at være dobbelt så forstående og halvt så krævende (I3, s. 5).

Ovenstående citater tyder på, at de pårørende i MBT-programmet oplevede en øget forståelse og accept af personen med BPF's vanskeligheder, som affødte en mindre konfronterende tilgang, som kan være med til at mindske konflikterne mellem dem. En anden væsentlig ting, som en af interviewpersonerne påpegede, var, at *forståelsen* for ham havde medvirket til, at han bedre kunne holde fast i sig selv, så han ikke mistede sig selv i forsøget på at mindske konflikterne mellem dem:

Ja, det er helt klart forståelsen. Fordi når man forstår noget, så kan man også meget bedre, hvad kan man sige, være eftergivende eller tilgivende ... Når der er en forklaring på, hvorfor folk reagerer, som de gør, så er det meget nemmere ikke at være dømmende, og så kan man meget bedre sige "jamen prøv at høre, det er okay, selvom du sagde noget lort til mig før – det gør ikke noget. Jeg forstår godt hvorfor, fordi vi begge var uden for rækkevidde". [...] Det handler meget om også at kunne få en forklaring til, at det er okay, at man er eftergivende. Fordi i starten, der havde jeg det meget sådan, inden jeg var hernede, at kan det virkelig passe, at det var mig, der skulle være så eftergivende og fornuftig hele tiden? Og sagt på en lidt kedelig måde "pisse lidt på mig selv". Og det er ikke okay. Men det er noget helt andet, som jeg oplever nu. Det er, at jeg bliver eftergivende og forstående, fordi jeg ved, hvad det er, der fører til de der situationer, eller har ført til det. Så for mig handler det også meget om, at jeg skal kunne holde mig selv ud. (I3, s. 4)

Her synes den pårørende (I3) altså at opleve at have fået sit handlerepertoire udvidet gennem en validering af, at det faktisk *kan* være "okay, at man er eftergivende".

3.2 Oplevet udbytte

Målet med undervisningen og dialoggrupperne har, som før omtalt, været at introducere dem til teorien om mentalisering og gennem dialog at skabe grobund for nye måder at håndtere vanskeligheder på. Som en af informanterne udtrykte det:

Jeg har fået rigtig meget ud af det. Og det gør jo, at man kan sige, dialogen bliver lige pludselig anderledes. Jeg synes, at jeg opfanger situationerne hurtigere. Der, hvor jeg kan fornemme, at Rikke måske er ked af det eller bliver lidt stresset, så prøver jeg at tale med hende om det, uden at komme i konflikt, hvis man kan sige det sådan. Og så kan jeg lynhurtigt mærke, om hun er parat til det eller ikke er parat til det, og så hvis hun ikke er parat til det, så bruger jeg ikke mere tid på det lige der, og så kan

det godt være, at vi kan tage den op senere. Men hun er til gengæld også blevet rigtig god til at komme tilbage, når hun så er det, eller blevet rigtig god til at sige, hvis hun lige skal have en pause, eller hvis hun, hvad skal man sige ... Ja, hun bliver stadig lidt stresset, hvis hun har mange ting, så kan hun godt lige ... Ja, så prøver vi på, hvis vi kan mærke, at det er sådan, at så tager vi den bagefter (II, s. 4-5).

Ovenstående citat kunne tyde på, at den pårørende har taget noget af mentaliseringsteorien til sig. For det første ved at åbne mere op for dialog med personen med BPF, ved nysgerrigt at spørge ind til, hvordan hun har det. Såfremt hun på daværende tidspunkt ikke var i stand til at tale om det (måske fordi følelserne var for intense), trækker han sig i øjeblikket, for først senere at vende tilbage til situationen, når personen med BPF ikke er så emotionelt påvirket. Bevidstheden om ikke at tage konflikter med personen med BPF, når denne er i affekt, beskrives også af en anden af de pårørende:

Altså det var jo lidt med, at jeg ikke kunne forstå, hvad det var, der foregik. Ikke ordentligt, og det var ikke altid, at jeg kunne imødegå det. Fordi man er nødt til, synes jeg, at være lidt forudsigende og være lidt mere i god tid og sørge for, at hun ikke kom op i det røde felt, og det var jeg slet ikke god nok til førhen. Altså ... jeg forstod simpelthen ikke helt, hvad det var, der skete. Det var mest noget med, at Anne, hun lige pludselig kom helt op i det røde felt og var uden for rækkevidde. Det var svært at forstå i praksis, hvad det var for noget, og det har jeg fået meget, meget mere forståelse for ... Og det betyder meget i vores hverdag, at vi kan stoppe i tide (I3 s. 2).

Det centrale syntes her at være, at den pårørende før pårørendearrangementet var uforstående over for personen med BPF's reaktion, når dennes mentaliseringsevne svigtede ("kom helt op i det røde felt"). For denne pårørende var det afgørende, at de efter pårørendegruppen var blevet bedre til at stoppe i tide, så de herved begge kunne bevare mentaliseringsevnen. Omvendt kan det naturligvis ikke udelukkes, at der også er "magt på spil" i disse positive udsagn, eftersom interviewerens jo selv var en del af det behandlingsprogram, der blev evalueret.

Forståelsen syntes altså at danne grundlag for en ændret dialog mellem personer med BPF og deres pårørende, hvormed mange af konflikterne kunne tages i opløbet eller udskydes til senere, hvor de så lettere kunne håndteres. På spørgsmålet om, hvor de erhvervede sig denne viden fra, svarede flere af de pårørende, at de især havde haft gavn af mentaliseringskurven og den oversigt med ti råd til pårørende, som de fik udleveret og gennemgået på en af undervisningsgangene. Helt konkret havde de taget til sig, at de skulle blive mere undersøgende og nysgerrige på personen med BPF's tanker og følelser, ved blandt andet at spørge med hvem, hvad og hvor, men ikke hvorfor – da personer med BPF ofte har svært ved at svare på

hvorfor-spørgsmål umiddelbart og konstruktivt. En anden ting, de fire pårørende fremhævede, var, at de havde lært ikke at tage for givet, at personerne med BPF havde forstået det, de havde sagt, eller omvendt at de havde forstået personer med BPF's handlinger og udsagn uden først at spørge nysgerrigt og fordomsfrit ind til hinandens tanker og følelser.

3.3 At være i samme båd

Et andet gennemgående træk var, at alle de pårørende understregede vigtigheden af, at de deltog sammen med personerne med BPF, da det skabte et godt grundlag for fælles dialog og efterfølgende refleksion:

[...] Grupperne har også været gode i forhold til dels at opleve, at man ikke er alene i båden, men også får lov at sidde og få noget erfaring i, hvordan andre folk gør. Altså der kan man jo godt reflektere lidt på det. For så er der nogle andre i gruppen, som har haft nogle interessante syn på tingene, og det har vi også selv kunnet give dem, har jeg fornemmet. Altså på en eller anden måde så giver man hinanden lidt håb der. [...] Det er mere det der med, at man ser, at der er nogen, der løser tingene på en anden måde, så der ikke kun er én vej (I3, s. 4).

Det, flere af de pårørende synes at have bemærket, var, at personerne med BPF, i dialoggrupperne, turde være mere direkte, end de ellers var over for dem, og formåede at sætte flere ord på de situationer, de havde oplevet som vanskelige. Dette medvirkede til, at de pårørende fik uddybet og udvidet deres forståelse af de vanskeligheder, personerne med BPF kæmpede med i dagligdagen:

Og jeg synes også, at nogle af patienterne, altså de havde jo også selv nogle gode ... Altså de åbnede meget godt op, når vi sad derinde, og de fik lige pludselig sagt "jeg synes også, at det er dødirriterende, og jeg ved det godt ... Jeg ved godt, at det er sådan, og jeg ved godt, jeg skal gøre det, jeg ved godt, jeg skal det, men kan bare ikke". Det gav sådan – det var lidt af en øjenåbner (II, s. 6).

Men det var ikke kun gennem deltagelsen i pårørendeprogrammet, at de pårørende oplevede, at det blev nemmere for dem at være sammen med personen med BPF. Faktisk påpegede alle interviewpersonerne, at selve det, at personen med BPF fik behandling for dem var en af de væsentligste årsager til, at det var blevet nemmere at være pårørende:

Det, at Ulla beder os om at være mere direkte og spørger mere. Det er det, der har været virkelig brugbart at tage med. Også den ahaoplevelse, som jeg fik i programmet, med, hvor meget hun egentlig har lært os ... (I4, s. 7).

Med afsæt i de fire interviews ser det ud til, at personerne med BPF gennem deres behandling blev mere tydelige omkring deres behov i forhold til de pårørende. Eksempelvis at de pårørende er nysgerrige og undersøgende over for personerne med BPF og deres reaktioner. Herved synes personerne med BPF altså allerede før pårørendeprogrammet at være begyndt på, mere eller mindre direkte, at lære deres pårørende at være mere mentaliserende over for dem. Personerne med BPF synes på den måde aktivt at forsøge at socialisere deres pårørende i den terapeutiske MBT-model, de selv lærer i behandlingen.

4. Diskussion

De fire kvalitative interviews har tilsammen bidraget til en større forståelse af, hvad de pårørende i praksis oplevede at få ud af deres deltagelse i pårørendegruppen. Enstemmigt peges der på, at programmet levede op til sit formål i forhold til at skabe en mere gensidig dialog mellem personer med BPF og deres pårørende og herved understøtte en mere mentaliserende kultur i familierne i form af nysgerrighed på hinandens tanker og følelser. Samtidig syntes deltagelsen også at have ændret deres måde at forstå personerne med BPF's problemer på, og at de pårørende med denne forståelse fik nemmere ved at rumme og håndtere de vanskeligheder, som måtte opstå, på en mindre konfliktpræget måde. I praksis kom dette til udtryk ved, at de pårørende fik en mindre konfronterende eller krævende tilgang til personen med BPF, når denne for eksempel manglede overskud til at klare selv små opgaver i hverdagen. Ved i stedet at trække sig, for så senere at vende tilbage, når følelserne havde lagt sig, oplevede de pårørende at være i stand til at få en mere konstruktiv dialog med personen med BPF. At MBT-pårørendeprogrammet således synes at blive vurderet til at reducere eller deeskalere konflikter, er i tråd med fund fra den randomiserede kliniske undersøgelse af MBT-programmet for pårørende i England, hvor kun pårørende, men ikke personer med BPF, deltog (Bateman & Fonagy, 2019).

At de pårørende betonedede oplevelsen af at være ”i samme båd”, at MBT-programmet gennem sit gruppeformat gav dem en oplevelse af, at de ikke var de eneste med problemerne, var næppe overraskende, eftersom denne oplevelse af universalitet også ofte fremhæves som en fælles-terapeutisk faktor i megen teori og empiri om gruppebehandling (Poulsen, 2000; Yalom, 1995).

Et interessant fund var, at de pårørende pegede på, at det havde haft betydning, at personerne med BPF selv forud for MBT-pårørendeprogrammet havde udviklet sig og søgt at ”oplære” deres pårørende i at være mere mentaliserende, ved blandt andet eksplicit at bede deres pårørende spørge mere ind til dem. Set i dette lys kan det være svært at skelne mellem, hvad der kan tillægges personen med BPF's udvikling i terapien versus pårørende-

programmet, når vi skal forstå, hvilke ændringer de pårørende oplever i denne undersøgelse. Der synes at tegne sig et billede af, at det er den samlede behandling (inklusive pårørendeprogrammet), der gør det nemmere at være pårørende til personer med BPF – eller være person med BPF i relation til pårørende for den sags skyld. Der synes at opstå en synergieffekt mellem behandlingen og pårørendeprogrammet. Selvom dette fund ikke burde være overraskende, så har størstedelen af forskning i effekten af psykoterapi for personer med BPF dog begrænset sig til fokus på symptomreduktion og den psykiatriske kontekst, hvori behandlingen foregår (Kongerslev et al., 2021). Man har med andre ord, inden for psykoterapiforskningen generelt (Dreier, 2008; Mackrill, 2009) og inden for forskning i behandling af BPF mere specifikt (Bateman & Fonagy, 2016; Bo et al., 2017; Kongerslev et al., 2021), negligeret udforskningen af, hvordan og i hvilken udstrækning effekt af behandling bliver generaliseret hinsides behandlingskonteksten og ud i personerne med BPF's livsverden (Bateman, Campbell, Luyten & Fonagy, 2018). Vores fund, i nærværende undersøgelse, bidrager i den sammenhæng med viden, der synes at indicere, at der, i hvert fald i nogen udstrækning, og ifølge vores fire informanter, sker forsøg på, fra personerne med BPF's side, at *tage læring i terapien med sig ud i deres livsverden, for så aktivt at påvirke denne*. Dette synes at være et vigtigt emne for fremtidig forskning at fokusere nærmere på, da vi mangler viden om, hvordan terapi påvirker personer med BPF og deres nære relationer i dagligdagen, hinsides symptomreduktion og den kontekst, hvori terapien pågår. Set i dét lys skal det også fremhæves, at i modsætning til traditionelle pårørendeinterventioner, både inden for MBT-traditionen og hinsides, hvor man ofte samler pårørende uden personer med psykiske lidelser, så samler nærværende MBT-program personer med BPF og pårørende, så alle hører det samme og bagefter kan reflektere over det i fællesskab. Der er naturligvis fordele og ulemper ved begge modeller – pårørendeprogrammer med eller uden personer med psykiske diagnoser. Men er formålet med en pårørendeintervention ej blot udelukkende at lindre de pårørendes byrder, men også på sigt at bedre den *indbyrdes relation* mellem pårørende og personen med psykisk lidelse, forekommer det os at være en plausibel hypotese, at det kan være mere effektivt at udvikle interventioner, hvor såvel personer med psykiske lidelser som pårørende deltager sammen. Særligt idet dette kommer tættere på den relationelle virkelighed, som personer med psykiatriske diagnoser og pårørende lever i. Ikke desto mindre er dette et empirisk spørgsmål, som fremtidig forskning bør undersøge.

4.1 Begrænsninger

Selvom vi har forsøgt at lave en dybdegående udforskning af de fire interviewpersoners oplevelse af deltagelse og selvvalgte udbytte af MBT-programmet – og vi kunne konstatere, at der var relativt stor enstemmighed mellem dem, hvad angår de identificerede temaer – så har det forholdsvis

lille antal informanter naturligvis betydning for resultaternes generaliserbarhed. Eksempelvis indgik søskende samt personer fra underrepræsenterede grupper (fx personer med anden etnisk baggrund end dansk) ikke blandt informanterne. Videre valgte vi i denne undersøgelse at rekruttere personer med højt fremmøde (mindst tre ud af fire gange) for bedre at kunne evaluere hele MBT-programmet. Havde vi rekrutteret personer med lavt fremmøde, kunne dette have påvirket resultaterne, da man kan formode, at personer med lavt fremmøde måske også oplever interventionen som værende mindre hjælpsom (O’Keeffe, Martin, Target & Midgley, 2019) eller måske direkte skadelige (Linden, 2013). Fremtidig forskning må derfor aktivt fokusere på at inddrage personer fra underrepræsenterede grupper, såvel som personer med lavt fremmøde, for at øge vores forståelse af disse personer og deres oplevelser.

En anden væsentlig begrænsning ved undersøgelsen er, at vi ikke kan vide, hvorvidt de forskelle, som vores informanter fortæller, de oplever, også er nogle, som vitterligt gør en forskel og fører til varige forandringer i samspillet mellem klienter og pårørende. Derfor bør nærværende kvalitative udforskning af MBT-programmet i fremtiden suppleres med kvantitativ udforskning af effekten, hvor man kan indsamle data for en større gruppe deltagere. Dette med henblik på at opnå et mere kvantitativt estimat for potentielle gavnlige og skadelige virkninger af interventionen samt få mål for, om der skabes ikke bare en ny forståelse, men også varige ændringer imellem klient og pårørende i deres levede liv, over tid.

Metodisk kunne nærværende undersøgelse også være bestyrket, hvis vi havde haft tid til at sende analysen af de fire interviews ud til informanterne for tjek af vores analyse og forståelse. Videre ville det have været optimalt, om vi også havde interviewet personer med BPF og fået deres perspektiv på positive og negative aspekter ved MBT-programmet. Vores kliniske erfaring med at afholde MBT-programmet har dog helt overvejende været, at personer med BPF har været meget tilfredse med det og ofte selv har efterspurgt det.

Slutteligt har det utvivlsomt haft betydning, at to af forskerne bag denne artikel selv er meget investeret i MBT, har medvirket til at udvikle og afholde MBT-programmet samt har stået for indsamlingen af data. Selvom vi har forsøgt at sætte vores egen tiltro og tilknytning til MBT-metoden samt viden om personerne med BPF og deres pårørende i parentes, så er det naturligvis uundgåeligt, at dette alligevel i større eller mindre grad har påvirket udfaldet. Det kan for eksempel have gjort det vanskeligere for interviewpersonerne at fremkomme med kritisk materiale, selvom vi forsøgte at opmuntre dem til det. I tråd hermed er det en svaghed ved designet, at interviewer var en del af behandlerteamet. På den måde kan det, til trods for at vi opfordrede informanter til at fremkomme med kritik, sagtens være, at de ikke har følt, de kunne ytre kritik. De ville måske hellere gøre interviewer tilfreds eller var bekymrede for, om de kunne fremkomme med kritik uden at fremstå som

uempatiske pårørende (Bergen & Labonté, 2020; Norris, 2007). Det skal dog også nævnes, at selvom vi ikke kan udelukke bias, så er formålet med nærværende kvalitative undersøgelser også mere at give de pårørende en stemme og selv vurdere, hvilket udbytte de måtte have oplevet, snarere end at finde en objektiv og generaliserbar sandhed i kvantitativ forstand (Kvale, 1997; Stringer & Aragón, 2021). Forståelsen af vores resultater skal derfor tolkes i lyset af alle ovennævnte begrænsninger.

REFERENCER

- Adelman, C. (1993). Kurt Lewin and the origins of action research. *Educational Action Research*, 1(1), 7-24. <https://doi.org/10.1080/0965079930010102>.
- Bailey, R.C. & Grenyer, B.F. (2014). Supporting a person with personality disorder: A study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 796-809. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_136.
- Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P. & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 21, 44-49. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2019). A randomized controlled trial of a mentalization-based intervention (MBT-FACTS) for families of people with borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 10(1), 70-79. DOI: 10.1037/per0000298.
- Bateman, A., Kongerslev, M. & Bo, S. (2019). Group therapy for adults and adolescents. I: A. Bateman & P. Fonagy (red.), *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (2. udg., s. 117-133). American Psychiatric Association Publishing.
- Bergen, N. & Labonté, R. (2020). "Everything is perfect, and we have no problems": Detecting and limiting social desirability bias in qualitative research. *Qualitative Health Research*, 30(5), 783-792. DOI: 10.1177/1049732319889354.
- Bo, S., Kongerslev, M.T., Larsen, K.A. & Bateman, A. (2017). Mentaliseringsbaseret behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse. I: E. Simonsen & B.B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser. En grundbog* (s. 435-472). Hans Reitzels Forlag.
- Bo, S., Sharp, C., Kongerslev, M.T., Luyten, P. & Fonagy, P. (2022). Improving treatment outcomes for adolescents with borderline personality disorder through a socioecological approach. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00187-9>.
- Bo, S., Vilmar, J.W., Jensen, S.L., Jorgensen, M.S., Kongerslev, M., Lind, M. & Fonagy, P. (2021). What works for adolescents with borderline personality disorder: Towards a developmentally informed understanding and structured treatment model. *Current Opinion in Psychology*, 37, 7-12. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.008>.
- Claxton, M., Onwumere, J. & Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 371. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00371>.
- Crawford, M., Rutter, D., Price, K., Weaver, T., Jossion, M., Tyrer, P. & Ryrie, I. (2007). Learning the lessons: A multi-method evaluation of dedicated community-based services for people with personality disorder. Report submitted to the National

- Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Imperial College. <https://doi.org/10.1108/13619322200700039>.
- Dreier, O. (2008). *Psychotherapy in Everyday Life*. Cambridge University Press.
- Dunne, E. & Rogers, B. (2013). "It's us that have to deal with it seven days a week": Carers and borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 49(6), 643-648. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9556-4>.
- Enhed for Brugerstyret Psykiatri (2013). *Rapport over Pårørendeindsatsen 2012*. Psykiatrien Region Sjælland. <https://viden.sl.dk/artikler/voksne/psykiatri/rapport-over-paaroerendeindsatsen-2012/>.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. Other Press.
- Fonagy, P. & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355-1381. DOI: 10.1017/S0954579409990198.
- Fonagy, P., Luyten, P. & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575-609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>.
- Gabbard, G.O. (2000). Disguise or consent. Problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81(6), 1071-1086.
- Giffin, J. (2008). Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. <https://doi.org/10.1375/anft.29.3.133>.
- Guillen, V., Diaz-Garcia, A., Mira, A., Garcia-Palacios, A., Escriva-Martinez, T., Banos, R. & Botella, C. (2021). Interventions for family members and carers of patients with borderline personality disorder: A systematic review. *Family Process*, 60(1), 134-144. DOI: 10.1111/famp.12537.
- Hastrup, L.H., Jennum, P., Ibsen, R., Kjellberg, J. & Simonsen, E. (2019). Societal costs of borderline personality disorders: A matched-controlled nationwide study of patients and spouses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(5), 458-467. <https://doi.org/10.1111/acps.13094>.
- Hastrup, L.H., Kongerslev, M.T. & Simonsen, E. (2019). Low vocational outcome among people diagnosed with borderline personality disorder during first admission to mental health services in Denmark: A nationwide 9-year register-based study. *Journal of Personality Disorders*, 33(3), 326-340. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_344.
- Hastrup, L.H., Kristensen, J. & Kongerslev, M.T. (2017). Psykosocial rehabilitering og samfundsøkonomiske omkostninger ved personlighedsforstyrrelser. I: E. Simonsen & B.B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser. En grundbog* (s. 627-648). Hans Reitzels Forlag.
- IsHak, W.W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N.I. ... Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(3), 138-150. DOI: 10.1097/HRP.0b013e3182937116.
- Karterud, S. (2015). *Mentalization-Based Group Therapy (MBT-G): A Theoretical, Clinical, and Research Manual*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198753742.001.0001>.
- Karterud, S. (2019). *Manual for gruppekurs om personlighet og personlighetsproblemer*. Gyldendal.
- Karterud, S., Folmo, E. & Kongerslev, M.T. (2020). *Mentaliseringsbasert terapi (MBT)*. Gyldendal Akademisk. Manuscript in press.
- Karterud, S.W. & Kongerslev, M.T. (2019). A temperament-attachment-mentalization-based (TAM) theory of personality and its disorders. *Frontiers in Psychology*, 10, 518. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00518>.

- Katzenelson, B. (1994). Mennesketilblivelsens koreografi og kundskabens grundlag: Et evolutionært perspektiv på projekt menneske. I: A. Neumann (red.), *Det særligt menneskelige: udviklingspsykologiske billeder* (s. 59-105). Hans Reitzels Forlag.
- Kongerslev, M.T. & Simonsen, E. (2017). Personlighedens psykopatologi. Psykiatrisk klassifikation, klinisk fremtræden og diagnostisk udredning. I: E. Simonsen & B.B. Mathiesen (red.), *Personlighed og personlighedsforstyrrelser. En grundbog* (s. 175-221). Hans Reitzels Forlag.
- Kongerslev, M.T., Storebø, O.J. & Simonsen, E. (2021). Status og perspektiver på forskning i psykoterapeutisk behandling af borderline-personlighedsforstyrrelse. *Psyke & Logos*, 42(1), 39-55. <https://doi.org/10.7146/pl.v42i1.128764>.
- Kvale, S. (1997). *Interview: en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels Forlag.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(4), 286-296. <https://doi.org/10.1002/cpp.1765>.
- Luyten, P., Campbell, C. & Fonagy, P. (2022). The fear of insignificance from a socio-communicative perspective: Reflections on the role of cultural changes in Carlo Strenger's thinking. *Psychoanalytic Psychology*, 39(1), 20-26. <https://doi.org/10.1037/pap0000398>.
- Mackrill, T. (2009). A cross-contextual construction of clients' therapeutic practice. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(4), 283-305. <https://doi.org/10.1080/10720530903113839>.
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795-805. DOI: 10.1177/1403494812465030.
- Norris, N. (2007). Error, bias and validity in qualitative research. *Educational Action Research*, 5(1), 172-176. <https://doi.org/10.1080/09650799700200020>.
- O'Keeffe, S., Martin, P., Target, M. & Midgley, N. (2019). "I just stopped going": A mixed methods investigation into types of therapy dropout in adolescents with depression. *Frontiers in Psychology*, 10, 75. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00075>.
- Palmér, L., Nyström, M., Ekeberg, M., Lindberg, E. & Karlsson, K. (2022). Pre-understanding – A threat to validity in qualitative caring science research? *International Journal for Human Caring*, 26(4), 254-262. <https://doi.org/10.20467/ijhc-2021-0013>.
- Poulsen, S. (2000). Terapeutiske faktorer i kortidsgrupper 1. Kategorisystemer for terapeutiske faktorer. *Matrix*, 17(2), 207-237.
- Scheirs, J.G. & Bok, S. (2007). Psychological distress in caretakers or relatives of patients with borderline personality disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(3), 195-203. <https://doi.org/10.1177/0020764006074554>.
- Sharp, C. & Bevington, D. (2022). *Mentalizing in Psychotherapy*. Guilford.
- Stern, D.N. (2000). *The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis & Developmental Psychology*. Basic Books.
- Stoffers-Winterling, J.M., Storebø, O.J., Kongerslev, M.T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M.S. ... Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 221(3), 538-552. <https://doi.org/doi:10.1192/bjp.2021.204>.
- Storebø, O.J., Stoffers-Winterling, J.M., Völlm, B.A., Kongerslev, M.T., Mattivi, J.T., Jørgensen, M.S. ... & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>.
- Stringer, E.T. & Aragón, A.O. (2021). *Action Research* (5. udg.). SAGE.
- Yalom, I.D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books.

APPENDIKS I:**10 råd til patienter med personlighedsforstyrrelser og deres pårørende**

1. Undlad at tage diskussioner, når man er ”oppe i det røde felt” – vent!
2. Tag samtalen, når der er kommet ro på igen!
3. Spørg, hvad den anden ønsker – undlad at gætte!
4. Vær tydelig i, hvad du forventer eller ønsker. Sig, hvis du vil være i fred!
5. Undgå unødigt at kritisere. Den ”syge” er ofte mere end rigeligt kritisk over for sig selv!
6. Respekter den andens følelser – du behøver ikke nødvendigvis at forstå dem!
7. Undgå ironi!
8. Vær nysgerrig og undersøgende. Hvem, hvad, hvor, og undgå ”hvorfor”!
9. Husk, at dine pårørende ikke er ude på at genere dig, men reagerer på grund af vanskeligheder!
10. Undgå at være dømmende!

HOLD FAST I DINE EGNE AKTIVITETER OG MÅL!**Appendiks II**

Emner	Eksempler på spørgsmål
1. Hvad har de pårørende oplevet af få ud af deltagelse i MBT-programmet?	<ul style="list-style-type: none"> • Hvad var grunden til, at du meldte dig til pårørendegruppen? • Oplever du at have fået noget ud af din deltagelse i pårørendegruppen? • Hvad har du fået mest ud af? • Hvad har du fået mindst ud af? • Hvad har været særligt brugbart?
2. Er der noget, som har ændret sig i forhold til at forstå patienternes vanskeligheder?	<ul style="list-style-type: none"> • Har pårørendegruppen haft betydning for din måde at forstå X's vanskeligheder? • Hvad har været særligt fremtrædende? • Kan du give nogle eksempler på, hvad du tænkte om X's vanskeligheder <i>før</i> pårørendegruppen? • Kan du give nogle eksempler på, hvad du tænkte om X's vanskeligheder <i>efter</i> pårørendegruppen?
3. Har de pårørende oplevet noget, som har ændret sig i måden, de håndterer vanskeligheder i relation til patienten på?	<ul style="list-style-type: none"> • Har der siden pårørendeprogrammet været problemer/konflikter mellem dig og X? • Hvordan har du håndteret dem? • Kan du komme med et konkret eksempel? • Brugte du noget fra pårørendegruppen til at håndtere problemet?

Tabel 2. Emner i interviewguide og eksempler på spørgsmål.