

ORIGINALARTIKKEL

En undersøkelse blant behandlere i spesialisert behandling for pasienter med personlighetsforstyrrelser

Kjell-Einar Zahl ¹, Katharina Teresa EnehaugMorken , Geir Pedersen  & Kjetil Bremer ¹Seksjon for gruppeterapi, Follo DPS, Akershus universitetssykehus

Kjell-Einar.Zahl@ahus.no

Publisert: 25.11.2025

Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

KONTAKT: Kjell-Einar.Zahl@ahus.no

Abstract



A survey among therapists providing specialised treatment for patients with personality disorders

Background: Patients with personality disorders, with complex interpersonal problems and suicidality may trigger challenging therapeutic processes and occasionally evoke difficult countertransference reactions in therapists. Previous research has shown that suicidality can be challenging for Norwegian psychologists in general. In our study, we investigated what aspects of their work therapists in the Network for Personality Disorders found challenging or helpful. **Method:** An electronic questionnaire was developed and distributed electronically to approximately 140 therapists, of which 79 responses were received, giving a response rate of 56 percent. **Result:** Suicidality was reported as a minor problem by the majority of therapists, while avoidance of emotions was reported as a major challenge in both individual and group therapy. Issues outside of therapy, such as financial and social problems, were also reported as challenging in individual sessions. Countertransferences related to emotionally unstable traits were rarely reported as a problem, whereas narcissistic and antisocial traits elicited more challenging countertransferences. Supervision was rated as most useful for dealing with countertransferences. **Conclusion:** Among therapists in the Network for Personality Disorders, avoidance of emotions was reported as a greater challenge in therapy than suicidality. Patients with narcissistic and antisocial traits elicited more often demanding countertransference reactions than patients with emotionally unstable traits. The therapists reported supervision and colleague discussions to be most helpful.

Keywords: therapists, personality disorders, countertransference, supervision

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med personlighetsforstyrrelser, med komplisert interpersonlig problematikk og suicidalitet, kan by på utfordrende terapeutiske prosesser og vekke sterke motoverføringer hos terapeutene. Tidligere forskning har vist at spesielt suicidalitet kan være krevende for norske psykologer mer generelt. I vår studie undersøkte vi hva terapeuter i Nettverk for personlighetsforstyrrelser opplever utfordrende, og til hjelp, i sitt arbeid. **Metode:** Et elektronisk spørreskjema ble utviklet og sendt ut til om lag 140 behandlere i Nettverket, og vi fikk 79 besvarelser, noe som gav en svarprosent på 56. **Resultat:** Suicidalitet ble oppgitt som et mindre problem hos størsteparten av behandlerne, mens pasienters unngåelse av følelser var en større utfordring i både individual- og gruppeterapi. Forhold utenfor terapien, som økonomi og sosiale problemer, var også utfordrende i individaltimene. Motoverføringer forbundet med emosjonelt ustabile trekk ble i liten grad rapportert som et problem, mens narsissistiske og antisosiale trekk vekket mer krevende motoverføringer. Veiledning og kollegasamtaler var det som ble opplevd som mest nyttig. **Konklusjon:** Blant behandlere i Nettverket var unngåelse av følelser en større utfordring i terapi enn suicidalitet. Pasienter med narsissistiske og antisosiale trekk vekte oftere krevende motoverføringsreaksjoner enn pasienter med emosjonelt ustabile trekk. Veiledning og kollegasamtaler opplevdes mest hjelpsomt for terapeutene.

Nøkkelord: terapeuter, personlighetsforstyrrelser, motoverføringer, veiledning

Personlighetsforstyrrelser (PF) er forbundet med vesentlig subjektiv lidelse, sosiale og yrkesmessige vansker med økt forekomst av ruslidelser, uførhet, selvskading og suicid (Karterud et al., 2017).

Forekomsten av PF i psykiatriske poliklinikker kan være så høy som 50–80 % (Beckwith et al., 2014), og psykoterapi er ofte den primære behandlingsanbefalingen. Selv om mange pasienter får god hjelp av terapi, kan den terapeutiske prosessen være krevende. Motoverføringer – som i vid forstand kan defineres som følelser som vekkes i terapeuten i møte med pasienten – kan være utfordrende (Rossberg et al., 2007). Alliansebrudd, uteblivelse eller frafall kan være hyppig forekommende, og arbeid med intense følelser, selvskading og suicidalitet utfordrer gjerne terapirelasjonen (Schenk et al., 2021). Lav agens og mye angst kjennetegner pasientgruppen, og kan føre lite eierskap om egen terapeutisk prosess og utfordre alliansen tilsvarende (Weme et al., 2023).



Motoverføringer i behandlingen

I terapeutisk arbeid med PF er det utbredt med krevende motoverføringer, dvs. følelsesmessige reaksjoner pasienten vekker hos terapeuten (Betan et al., 2005). Dette henger sammen med graden av relasjonelle og emosjonelle vansker pasientgruppen kjennetegnes av. Motoverføringsfølelser kan forstyrre den psykoterapeutiske prosessen på måter som gjør terapien mindre hjelpsom eller i verste fall skadelig. Terapeuten kan for eksempel utagere med å gå til motangrep, trekke seg unna eller bli overbeskyttende. En metaanalyse (Hayes et al., 2018) fant at det er *håndteringen* av motoverføringen, og ikke hvorvidt motoverføring forekommer i seg selv, som er avgjørende for om den blir skadelig eller ikke. Å kunne forholde seg konstruktivt til motoverføringer med PF-pasienter er derfor spesielt viktig for et godt utfall av terapien.

Fra klinisk erfaring og forskning er det velkjent at spesielt suicidalitet kan være en utfordring for terapeutene og terapirelasjonen. Maltsberger og Buie (1974) påpekte tidlig at motoverføringer i terapi med suicidale pasienter kunne føre til hatefulle holdninger hos terapeuten. Det er senere beskrevet i sterke vendinger på norsk: «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!» (Larsen, 2011).

En norsk studie fra 2019 underbygger at suicidalitet kan være utfordrende. Stige et al. (2019) undersøkte hva slags mellommenneskelige situasjoner norske psykologer oftest opplevde som mest krevende. Psykologene jobbet både i det private og ved allmennpoliklinikker. De fant at den vanskeligste utfordringen var nettopp at klienten fremstår som suicidal. Nærmere halvparten av

respondentene (47,6 %) anså dette som svært eller ekstremt krevende. Suicidalitet og selvskading er vanlig hos pasienter med PF, spesielt ved emosjonelt ustabil PF (Urnes, 2009).



Studier har vist stor variasjon i motoverføringsreaksjoner, og synes noe avhengig av type PF (Rossberg et al., 2007). I arbeid med emosjonelt ustabil PF kan det ofte forekomme en følelse av hjelpeløshet og overinvolvering, mens ved engstelig/unnvikende PF kan det oppstå et overaktivt støttebehov hos terapeuten (Colli et al., 2013; Iñiguez & Lietor, 2021).

En viktig del av spesialiserte behandlingsmetoder for PF er at de har inkludert elementer for å hjelpe terapeutene å håndtere motoverføringer (Karterud et al., 2017). Dette ikke bare for å unngå utagering, men også for å nyttiggjøre seg reaksjonene som kilde til forståelse av pasienten. Slike elementer innebærer blant annet samarbeid i team, veiledning og kunnskap om personlighetsproblematikk.

Nettverk for personlighetsforstyrrelser

Nettverk for personlighetsforstyrrelser, forkortet med *Nettverket*, er et klinisk forskningssamarbeid etablert i 1992 (Pedersen et al., 2022). Det består i dag av 20 enheter fra alle helseregioner, som primært arbeider med behandling av PF og personlighetsforankrede problemer. Engstelig/unnvikende og emosjonelt ustabile utgjør en klar majoritet. Omtrent 140 fagpersoner er i dag ansatt, og det drives hovedsakelig kombinasjonsterapi med individualsamtaler og gruppeterapi. Den vanligste terapiformen er mentaliseringsbasert terapi (MBT) og psykodynamisk terapi, men noen enheter jobber også med dialektisk atferdsterapi (DBT), skjemafokusert terapi (SFT) og metakognitiv interpersonlig terapi (MIT). I Nettverket er det implementert felles fagutvikling, årlige konferanser, seminarer, ledermøter og en felles forskergruppe. Det gjøres en standardisert innsamling av opplysninger om behandlingsforløpene, både fra behandlerne og fra pasientene selv. I hvert forløp samarbeider oftest flere terapeuter med den enkelte pasienten (to gruppeterapeuter og en individualterapeut). De fleste steder har også systematisk veiledning i team, ofte med bruk av videoopptak fra terapiene.

Formålet med undersøkelsen

Så vidt vi vet, har ingen undersøkelser rettet seg spesifikt mot terapeuter i Nettverket. Dette er behandlere som primært forholder seg til PF og hyppig suicidalitet. Vi kan dermed forvente ekstra

store belastninger sammenliknet med psykologer i andre arbeidssituasjoner. Vi ville derfor undersøke hvilke kliniske utfordringer terapeutene opplevde mest krevende, og hva som kunne være til hjelp.



Konkret søkte vi svar på følgende spørsmål:

- # Hvilke situasjoner opplever terapeuter i Nettverk for personlighetsforstyrrelser som krevende eller svært krevende, både i individual- og gruppeterapi?
- # Hvilke PF-trekk utløser mest krevende motoverføringer?
- # Hvilke rammer på arbeidsplassen oppleves til hjelp for å håndtere krevende motoverføringer i møte med pasienten?

Metode

Prosedyre

En prosjektgruppe av forskere og erfarne behandlere i Nettverket utformet spørreskjemaet til undersøkelsen. Gjennom drøfting ble vi enige om hvilke spørsmål som skulle inkluderes ut ifra formålet med undersøkelsen. Spørreskjemaet og informasjonsskriv om undersøkelsen ble administrert elektronisk og sendt via enhetslederne i Nettverket.

Etikk

Besvarelsene var anonyme, og kunne ikke knyttes til hvilken enhet behandlerne jobbet ved. Da besvarelsene bygget på et informasjonsskriv og deltakelse var frivillig, valgte vi ikke å innhente informerte samtykker. Ettersom studien ikke omfattet personsensitive opplysninger, vurderte vi i samråd med lokalt personvernombud ved Oslo universitetssykehus at det ikke var nødvendig å fremlegge studien for Regional etisk komité.

Måleinstrumenter

Spørreskjemaet besto av 29 spørsmål, inkludert demografiske mål om behandlerne og seksjonen de jobbet ved.

For å kartlegge utfordringer i gruppeterapien formulerte vi utsagnet «Dette er krevende atferd jeg opplever fra deltakerne i gruppen(e)», som omfattet ni mulige svaralternativer: devaluering av meg eller gruppen, utagering (oppfarende/aggresjon), passivitet/motstand mot deltagelse,

følelsesunnngåelse, tomprat, fravær av engasjement gruppedeltakerne seg imellom, sensitivitet for krenkelser og suicidalitetstematikk.



For å kartlegge utfordringer i individualterapiene formulerte vi utsagnet «Dette er krevende kliniske utfordringer jeg opplever som individualterapeut», som omfattet følgende svaralternativer: motstand (avviser hjelp, passivitet, offerrolle etc.), håndtere kompliserende vansker i tillegg til PF (rus, psykose, nevroutviklingsforstyrrelse), aggresjon og utagering, alliansebrudd (krenkbarhet, mistenksomhet, devaluering), følelsesunnngåelse/pseudomentalisering, intense/overveldende følelser og selvskading.

For å undersøke personlighetspatologi som kunne utløse krevende motoverføringer, formulerte vi utsagnet «Jeg opplever motoverføringer (definisjon: terapeutens følelser i møte med pasienten) som er vanskelig å håndtere for meg», ved følgende type pasienttrekk: emosjonelt ustabile, unnnvikende, antisosiale, narsissistiske, paranoide og avhengige trekk, samt «annet».

For å undersøke hva terapeutene opplevde til hjelp for å håndtere motoverføringer, utformet vi utsagnet «Dette oppleves til hjelp i håndtering av krevende motoverføringer». Her var underpunktene: veiledning, teamdrøfting, kollegasamtaler, egenerapi, selvrefleksjon, lese, erfaring og «annet».

Alle spørsmålene ble besvart på en Likert-skala fra 0–4 («svært liten», «liten», «noen», «stor» og «svært stor» grad), ev. «vet ikke/ikke relevant».

Respondenter

79 av 140 mulige behandlere svarte (svarprosent på 56 %). 71 % var kvinner. Den vanligste aldersgruppen var 40–49 år, og 44 behandlere (56 %) var psykologer eller psykologspesialister, 16 psykiatriske sykepleiere og 4 psykiatere. Mange hadde under 5 års erfaring (20 %) og mange over 20 års erfaring (22 %), færre i mellomsjiktene. Over halvparten (53 %) hadde videreutdanning i gruppeterapi fra Institutt for gruppeanalyse (IGA) og en tredjedel i mentaliseringsbasert gruppeterapi (MBT-G). Nesten samtlige (92 %) jobbet med behandlingsprogram som var implementerte i henhold til manual (for eksempel MBT, SFT, DBT). 23 % brukte et eklektisk behandlingsprogram. 75 % oppgav veiledning ukentlig, og 71 % brukte videoopptak i veiledningen.

Analyser

Beskrivende statistikk er beregnet ved hjelp av SPSS versjon 29 (IBM, 2022).

Resultater



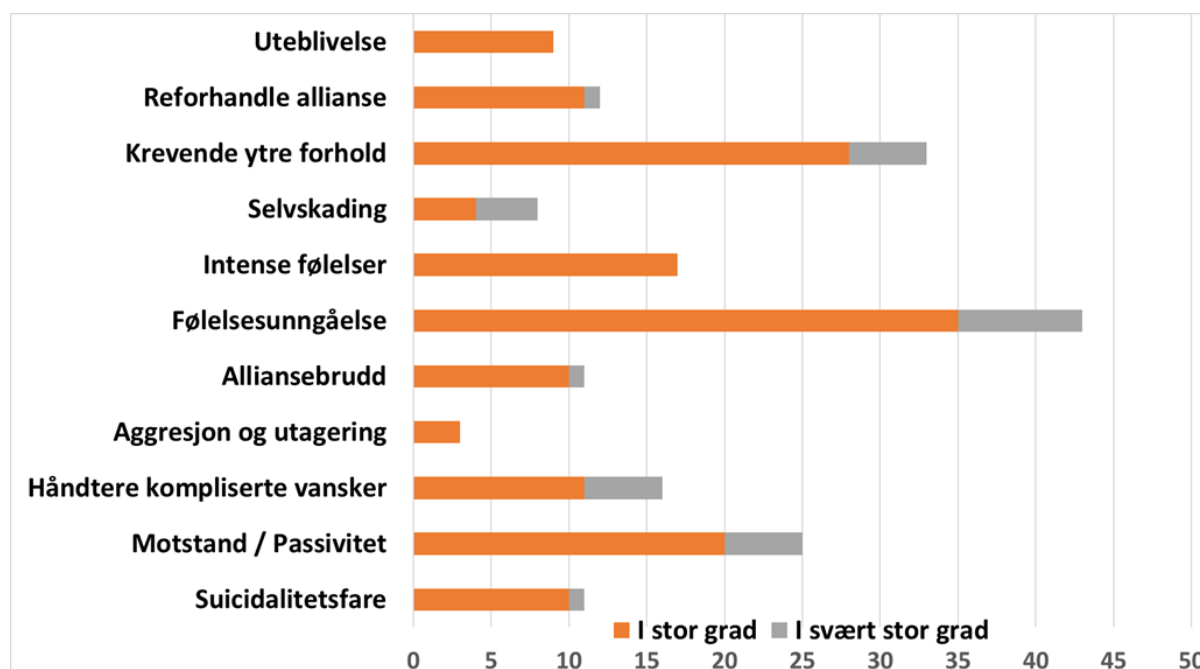
I figurene har vi valgt å fremheve dem som har svart «i stor grad» og «i svært stor grad», mens tabell 1 viser svarfordelingen i prosent per svarkategori.

Utfordringer i terapien

Situasjonen som oftest ble rapportert som krevende i stor/svært stor grad i individualterapien, var *følelsesunngåelse* (43 %), etterfulgt av *ytre forhold* (bolig, økonomi, sosiale forhold) (33 %). *Suicidalitet* var rapportert som krevende i stor / svært stor grad av 11 % av behandlerne, det vil si på nest siste plass av de 11 temaene vi spurte etter her (se figur 1). Bare *selvskading* var lavere (8 %).

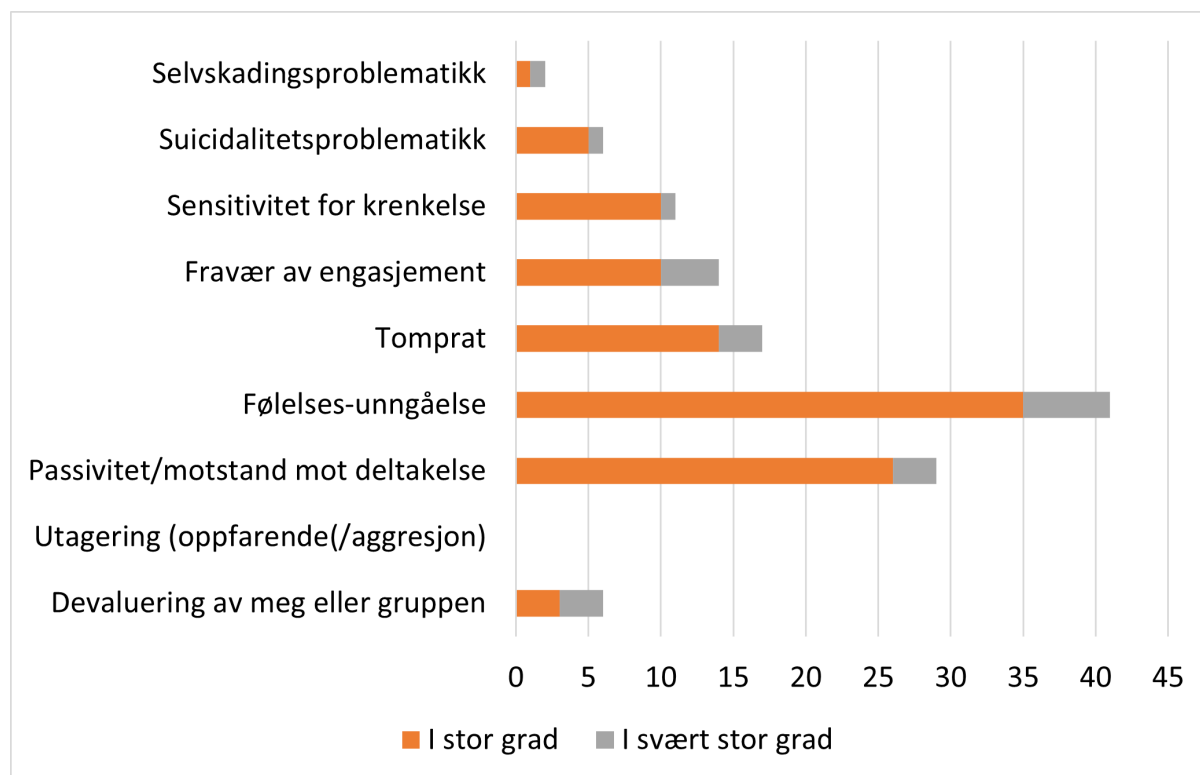
Figur 1

Behandleres opplevelse av krevende atferd i individualterapi



Merknad. Graderingen angir hvor mange prosent som oppgir at de opplever dette i stor eller svært stor grad.

I gruppeterapien var det på samme måte pasientenes *følelsesunngåelse* som ble rapportert som mest krevende (stor grad / svært stor grad) av flest behandlere (41 %), mens 29 % oppgav pasientenes *passivitet* som vanskelig. I gruppeterapien ble *suicidalitetstematikk* rapportert som utfordrende av 6 % av behandlerne, og *selvskading* som krevende i stor eller svært stor grad av bare 2 % (figur 2).

Figur 2*Behandleres opplevelse av krevende atferd i gruppeterapi*

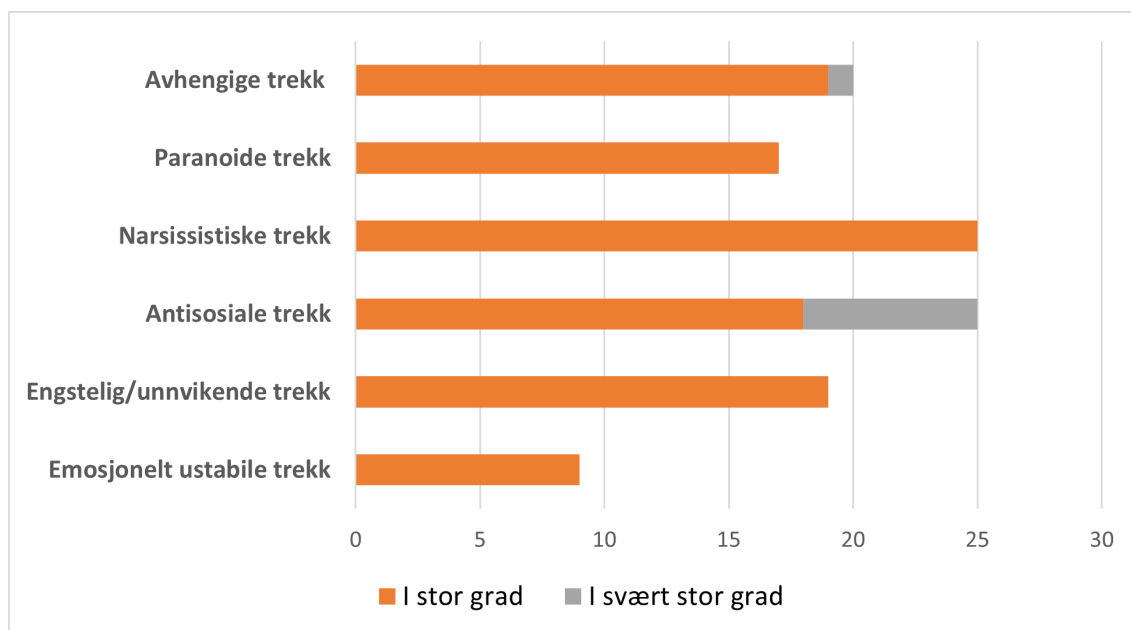
Merknad. Graderingen angir hvor mange prosent som oppgir at de opplever dette i stor eller svært stor grad.

Krevende motoverføringer

Flest behandlere opplevde krevende motoverføring i stor eller svært stor grad ved *antisosiale* og *narsissistiske trekk* (begge 25 %), litt færre ved *engstelig/unnnvikende trekk* (19 %) og i lavest grad ved *emosjonelt ustabile trekk* (9 %) (figur 3). Ved *antisosiale* trekk var det en stor andel «Vet-ikke»-svar (21 %, tabell 1).

Figur 3

Behandlers opplevelse av vanskelige motoverføringer ved ulike PF-trekk



Merknad. Graderingen angir hvor mange prosent som oppgir at de opplever dette i stor eller svært stor grad.

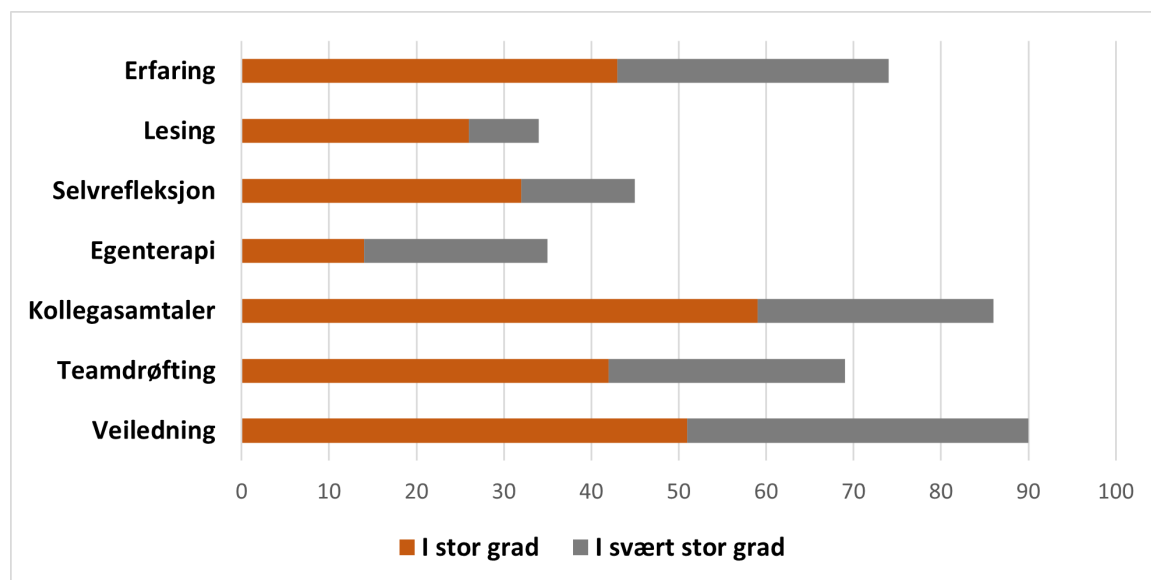
Til hjelp ved krevende motoverføringer

90 % av behandlere svarte at *veiledning* i stor eller svært stor grad ga god hjelp ved krevende motoverføringer. 85 % svarte tilsvarende når det gjaldt *kollegasamtaler*, 75 % ved *erfaring*, og 71 % ved *teamdrøfting* (figur 4). *Egenterapi* ble av 31 % av behandlerne besvart til hjelp i stor eller svært stor grad, men det var en stor andel «Vet ikke»-svar (41 %, tabell 1).

Figur 4

Hva som var til hjelp i ulik grad ved vanskelige motoverføringer

Hva som var til hjelp i ulik grad ved vanskelige motoverføringer



Merknad. Graderingen angir hvor mange prosent som oppgir at de opplever dette i stor eller svært stor grad.

Tabell 1

Svarfordeling på fire tema i behandlerundersøkelsen

Krevende kliniske utfordringer som individualterapeut							
	I svært liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad	Vet ikke	Gj.sn (SD) ^a
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
Suicidalitetsfare	4 (3)	29 (23)	56 (44)	10 (8)	1 (1)	0	1,76 (0,74)
Motstand / passivitet	4 (3)	11 (9)	60 (47)	20 (16)	5 (4)	0	2,11 (0,81)
Håndtere kompliserte vansker	9 (7)	30 (24)	43 (34)	11 (9)	5 (4)	0	1,77 (1,01)
Aggresjon og utagering	33 (26)	48 (37)	14 (11)	3 (2)	0 (0)	1 (1)	0,91 (0,89)
Alliansebrudd	13 (10)	24 (19)	52 (41)	10 (8)	1 (1)	0	1,63 (0,87)
Følelsesunnngåelse	1 (1)	11(9)	44 (35)	35 (28)	8 (6)	0	2,37 (0,84)
Intense følelser	9 (7)	34 (27)	39 (31)	17 (13)	0 (0)	0	1,63 (0,88)

Selvskading	13 (10)	43 (34)	35 (28)	4 (3)	4 (3)	0	1,42 (0,91)
Krevende ytre forhold	8 (6)	22 (17)	37 (29)	28 (22)	5 (4)	0	2,01 (1,01)
Reforhandle allianse	8 (6)	41 (32)	38 (30)	11 (9)	1 (1)	0	1,58 (0,85)
Uteblivelse	20 (16)	35 (28)	34 (27)	9 (7)	0(0)	0	1,32 (0,90)
Krevende atferd fra deltakerne i gruppene							
Devaluering av meg eller gruppen	22 (17)	33 (26)	38 (30)	3 (2)	3 (2)	3 (2)	1,39 (1,09)
Utagering (oppfarende/ aggresjon)	38 (30)	46 (36)	13 (10)	0 (0)	0(0)	3 (2)	0,85 (0,96)
Passivitet / motstand mot deltakelse	6 (5)	17 (13)	46 (36)	26 (20)	3 (2)	3 (2)	2,09 (1,01)
Følelsesunngåelse	1 (1)	6 (5)	48 (38)	35 (28)	6 (5)	3 (2)	2,47 (0,86)
Tomprat	8 (6)	13 (10)	60 (47)	14 (11)	3 (2)	4 (3)	2,03 (2,01)
Fravær av engasjement	9 (7)	33 (26)	42 (33)	10 (8)	4 (3)	3 (2)	1,75 (1,06)
Sensitivitet for krenkelse	5 (4)	25 (20)	56 (44)	10 (8)	1 (1)	3 (2)	1,85 (0,91)
Suicidalitetsproblematikk	14 (11)	29 (23)	46 (36)	5 (4)	1 (1)	4 (3)	1,62 (1,08)
Selvskadingsproblematikk	23 (18)	32 (25)	39 (30)	1 (1)	1 (1)	4 (3)	1,37 (1,13)
Opplevelse av motoverføringer som er vanskelige å håndtere ved pasienter med ...							
Emosjonelt ustabile trekk	4 (3)	14 (11)	73 (58)	9 (7)	0 (0)	0 (0)	1,87 (0,61)
Engstelig/unnnvikende trekk	0 (0)	19 (15)	60 (47)	19 (15)	0 (0)	1 (1)	2,04 (0,71)
Antisosiale trekk	8 (6)	14 (10)	33 (24)	18 (13)	7 (5)	21 (15)	2,02 (1,08)
Narsissistiske trekk	5 (4)	19 (14)	45 (34)	25 (19)	0 (0)	5 (4)	2,12 (1,07)
Paranoide trekk	3 (2)	24 (18)	53 (40)	17 (13)	0 (0)	4 (3)	2,00 (0,94)
Avhengige trekk	4 (3)	22 (16)	50 (37)	19 (14)	1 (1)	4 (3)	2,04 (1,00)
Oppleveres som hjelp i håndtering av krevende motoverføringer							
Veiledning	0 (0)	1 (1)	9 (7)	51 (40)	39 (31)	0 (0)	3,28 (0,68)

Teamdrøfting	1 (1)	1 (1)	28 (22)	42 (33)	27 (21)	0 (0)	2,92 (0,85)	Ⓜ
Kollegasamtaler	0 (0)	0 (0)	13 (10)	58 (46)	27 (21)	1 (1)	3,17 (0,65)	
Egenterapi	4 (3)	6 (4)	14 (9)	14 (9)	21 (14)	41 (27)	2,69 (1,28)	
Selvrefleksjon	1 (1)	6 (5)	47 (37)	32 (25)	13 (10)	0 (0)	2,49 (0,85)	
Lese	5 (4)	12 (9)	45 (35)	26 (20)	8 (6)	4 (3)	2,31 (1,08)	
Erfaring	0 (0)	0 (0)	23 (18)	43 (33)	31 (24)	3 (2)	3,13 (1,12)	

Merknad. ^aMålt med Likert-skala.

Diskusjon

Unngåelse av følelser og eksterne forhold

Det mest utfordrende blant behandlerne vi undersøkte, både i gruppe- og individualterapien, er *når pasienter unngår å snakke om følelser*. Mer hensiktsmessig emosjonsregulering er et viktig mål på tvers av psykoterapiformer (Palmieri et al., 2022), og mangel på følelser i terapirommet kan derfor være krevende for terapeutene. Dette kan være en utfordring behandlerne støter på relativt ofte med flere typer PF. Undersøkelser viser at mange pasienter i Nettverket har lav affektbevissthet (Johansen et al., 2013) og vesentlig aleksitymi (vansker med å identifisere og beskrive indre tilstander/følelser, Sayar et al., 2025). Pasienter med emosjonell ustabil personlighetsproblematikk kan typisk veksle mellom overveldelse (*psykisk ekvivalens modus*) og frakobling (*pretend mode*) (Bateman & Fonagy, 2019). Begge tilstander gir lite tilgang til pasientenes indre emosjonelle liv.

Unnvikende PF er vanligst i Nettverket, med om lag 39 % blant de diagnostiserte PF-pasientene (Wilberg et al., 2023). Unnvikende personlighetsproblematikk kjennetegnes blant annet av vansker med å kjenne, dele og sette ord på emosjoner (Johansen et al., 2013) og lav agens (Weme et al., 2023). Disse utfordringene stemmer overens med Stige og medarbeideres (2019) funn, hvor terapeutene opplevde det krevende når «pasienten ikke responderer/er ordløs» eller er «passiv, stille eller tilbaketrukket».

Vegringen for å ta opp følelser i gruppeterapi – og som trolig utfordrer terapeutene – kan ha flere årsaker, som mistillit og skam forbundet med å avsløre sårbare sider. Mye kan tyde på at faktorer ved terapeuten også kan spille inn her, og ikke minst samspillet mellom terapeut og pasienter (Soma et



al., 2019). For eksempel kan terapeuter opprettholde lav emosjonalitet ved å bli preget av kjedsomhet, eller i forsøk på regulering av egen angst ty til overdreven kontroll og struktur i gruppene. Ulike tilnærminger for å stimulere engasjement og følelser i terapi kan kreve særegne terapeutferdigheter. Eksempelvis kan intervensjoner i personlighetsfokustert terapi med overdreven følelsesregulering (inhibisjon) spesifikt forsøke å utforske følelsesnære opplevelser (Valentino et al., 2020), og supplere med enkelte såkalte selvavsløringer som også kan gi en mer genuin relasjon (Bøe et al., 2024).

Terapeutenes opplevelser av krevende situasjoner knyttet til forhold utenfor terapien sier trolig noe om psykoterapiens begrensninger. I individualterapien tar pasientene ofte opp spørsmål rundt sin praktiske livssituasjon, som økonomi, bolig, sosiale forhold og Nav (Arbeids- og velferdsforvaltningen). Ofte har ikke terapeuten muligheter til å hjelpe til med dette, og kan bli rådvill mottaker av alt det eksterne som ikke fungerer i pasientens liv. En undersøkelse har vist at psykoterapeuter ikke er så gode på å adressere privatøkonomi (Halvorsen, 2021), og mange av våre respondenter har kanskje av den grunn følt dette ekstra utfordrende.

Krevende motoverføringer ved ulike PF

Pasienter med narsissistiske trekk vekket motoverføringer som er krevende å håndtere for en fjerdedel av behandlerne. Det finnes ikke egne behandlingsprogram eller evidensbaserte behandlingsformer for denne pasientgruppen, selv om det har kommet behandlingsforslag de siste årene (f.eks. Drozek et al., 2023). Mangelen på etablerte behandlingsstrategier i kombinasjon med den mellommenneskelige dynamikken som gjerne oppstår (spesielt devaluering), kan trolig forklare noe av terapeutenes opplevelser.

Det kom også frem at antisosiale personlighetstrekk vekket krevende motoverføringer hos en fjerdedel av behandlerne. Dette er et velkjent fenomen fra litteraturen (Flaaten et al., 2024). Mye tyder på at denne subgruppen av PF er den som i minst grad møter veldokumenterte behandlingsformer og får adekvat tilgang til hjelp i spesialisthelsetjenesten (Flaaten et al., 2024). Antisosial PF er en relativt sjelden pasientgruppe innenfor Nettverket, hvilket nok kan forklare at hele 21 % av behandlerne har svart «vet ikke» på spørsmål om motoverføringer ved denne pasientgruppen.

Emosjonelt ustabile pasienter utgjør en stor del av pasientgruppen som behandles i nettverket (33 %). MBT, som i utgangspunktet er utviklet for disse pasientene, er utbredt, og behandlerne er trolig derfor mest forberedt på reaksjoner i møte med disse pasientene. Rossberg og kolleger (2007) fant – med bakgrunn i pasienter i det samme nettverket – at cluster C-pasienter (herunder engstelig/

unnvikende PF) vekket færre negative motoverføringer enn cluster A og B. Det er derfor påfallende at terapeuter i Nettverket (nå målt 18 år senere) hadde mindre problematiske motoverføringer med emosjonelt ustabile pasienter (Cluster B) enn med engstelig/unnvikende. Funnet kan bety at det er skjedd en endring blant behandlerne i Nettverket de siste tiårene i takt med videreutvikling av struktur og behandlingstilnærming.



Suicidalitet mindre utfordrende

I vår studie fant vi at suicidalitet ble rapportert som et mindre problem enn det som ble rapportert av Stige et al. (2019). Der hvor Stige fant at 48 % av norske psykologer mer generelt i psykisk helsevern opplevde suicidalitet som svært eller ekstremt krevende, fant vi at kun 11 % av Nettverkets behandlere opplevde suicidalitet som krevende i stor eller i svært stor grad. Det kan være flere forklaringer på denne forskjellen. En mulighet er at pasientene i Nettverket kan ha fått mer tro på behandling når de har kommet inn i et spesialisert behandlingsprogram og har truffet andre i samme situasjon i gruppeterapien, og derfor hatt mindre selvmordstanker enn den jevne pasient i psykisk helsevern.

En annen sannsynlig forklaring er at man i Nettverket har bedre redskaper til å forstå og håndtere suicidalitets- og selvskadingsproblematikk, med tilpassede behandlingsrammer og veiledning for å møte disse utfordringene. En studie av Bateman og Fonagy (2009) har blant annet vist at slike systematiske tilnærminger reduserer suicidalitet. Dersom det er denne effekten som slår ut, er det naturlig at suicidalitet blir mindre utfordrende for behandlerne.

Til hjelp ved krevende motoverføringer

Behandlerne oppga at veiledning, kollegasamtaler og klinisk erfaring i størst grad er til hjelp for å håndtere krevende motoverføringer. Med denne pasientgruppen er det spesielt viktig å dele sine terapierfaringer med kolleger, og i Nettverket er det kliniske arbeidet i stor grad teambasert og med jevnlig veiledning. Behandlerne sitter derfor i liten grad alene med sine reaksjoner fra terapiene. Nytteverdien av dette synes i stor grad bekreftet av våre funn.

Erfaring og ferdigheter er også viktig for å oppleve økt mestring og trygghet i håndtering av suicidalitetsproblematikk med pasientene (f.eks. Bhola & Mehrotra, 2021). Det er så vidt oss bekjent lite forskning som viser at suicidalitet og motoverføringer er lettere å håndtere når terapeuter jobber i spissede behandlingsformer, som er tilfellet i Nettverket. Derfor kan våre funn være et viktig argument for å holde på spesialiserte og skreddersydde behandlingsprogram.

Styrker og svakheter



Dette er den første studien av forholdene for terapeuter som jobber i Nettverk for personlighetsforstyrrelser. Vi har heller ikke funnet tilsvarende undersøkelser internasjonalt, med vekt på behandlere for PF innenfor en spesialisert organisering eller spesialpoliklinikk. Studien ble gjort anonymt og elektronisk, hvilket kan ha bidratt til at vi fikk ærlige svar. Svaralternativene var laget av terapeuter som selv arbeider innenfor Nettverket. Dette er en styrke ved at relevante utfordringer i arbeidssituasjonen ble belyst, men også en begrensning ved at mer åpne spørsmål kunne gitt annen informasjon. Det må tas forbehold om generaliseringer, da det var en svarprosent på vel halvparten av behandlerne. Vi har heller ikke kartlagt hva slags *type* motoverføringer terapeutene har opplevd, noe som kunne vært interessant i videre forskning.

Konklusjon

For våre informanter, behandlere som jobber i Nettverket, var passivitet og følelsesunngåelse mer utfordrende enn suicidalitet og selvskading i klinisk arbeid med pasienter med PF. Den systematiske jobbingen og veiledningen rundt de vanligste pasientgruppene (emosjonelt ustabile og engstelig/unnnvikende) antas å være medvirkende til at suicidalitet og selvskadings-problematikk håndteres bra av behandlerne. Krevende motoverføringer er mer uttalt i møte med antisosiale og narsissistiske personlighetsproblemer, der vi også har mindre kunnskap om hva som er evidensbasert behandling. Utfordringen med følelsesunngåelse kan kreve terapeutiske tilpasninger og tiltak, inkludert videre studier.

Referanser

- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A. W. & Fonagy, P. (Red.) (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publications.



- Beckwith, H., Moran, P. F. & Reilly, J. (2014). Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personality and Mental Health*, 8(2), 91–101. <https://doi.org/10.1002/pmh.1252>
- Betan, E., Heim, A., Conklin, C. & Westen, D. (2005). Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5). <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.890>
- Bhola, P. & Mehrotra, K. (2021). Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 116–125. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0025>
- Bøe, J. V., Nissen-Lie, H. A. & Wilberg, T. (2024). Finding a voice: A qualitative investigation of the therapeutic relationship with patients suffering from avoidant personality disorder. *Counselling Psychology Quarterly*, 38(2), 1–22. <https://doi.org/10.1080/09515070.2024.2394766>
- Colli, A., Tanzilli, A., Dimaggio, G. & Lingardi, V. (2013). Patient personality and therapist response: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, 171(1), 102–108. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13020224>
- Drozek, R. P., Unruh, B. & Bateman, A. (2023). *Mentalization-based treatment for pathological narcissism: A handbook*. Oxford University Press.
- Flaaten, E., Langfeldt, M. & Morken, K. T. (2024). Antisocial personality disorder and therapeutic pessimism—how can mentalization-based treatment contribute to an increased therapeutic optimism among health professionals? *Frontiers in Psychology*, 15, 1320405. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1320405>
- Halvorsen, P. (2021). Hva gjør psykologene i møte med dårlige levekår? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 58(8), 658–659. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2021as07ae-Hva-gjor-psykologene-i-mote-med-darlige-levekar->
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Goldberg, S. & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55(4), 496. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000189>
- IBM Corp. (2022). *SPSS Statistics for Windows, Version 29.0*. IBM Corp.



- Iñiguez, I. C. & Lietor, M. D. C. M. (2021). Personality disorders and therapist countertransference: A review. *European Psychiatry*, 64(1), 441. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.1176>
- Johansen, M. S., Normann#Eide, E., Normann#Eide, T. & Wilberg, T. (2013). Emotional dysfunction in avoidant compared to borderline personality disorder: A study of affect consciousness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54(6), 515–521. <https://doi.org/10.1111/sjop.12076>
- Karterud, S., Wilberg, T. & Urnes, Ø. (2017). *Personlighetspsykiatri* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Larsen, K. (2011). «Bare gå og heng deg, din jævla dritt!» Motoverføring og suicidalitet. *Suicidologi*, 16(1), 18–24. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2070>
- Maltsberger, J. T. & Buie, D. H. (1974). Countertransference Hate in the Treatment of Suicidal Patients. *JAMA Psychiatry*, 30(5), 625–633. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1974.01760110049005>
- Palmieri, A., Fernandez, K. C., Cariolato, Y., Kleinbub, J. R., Salvatore, S. & Gross, J. J. (2022). Emotion regulation in psychodynamic and cognitive-behavioural therapy: An integrative perspective. *Clinical Neuropsychiatry*, 19(2), 103–113. <https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20220204>
- Pedersen, G., Wilberg, T., Hummelen, B. & Hartveit Kvarstein, E. (2022). The Norwegian network for personality disorders – development, contributions and challenges through 30 years. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(5), 512–520. <https://doi.org/10.1080/08039488.2022.2147995>
- Rossberg, J. I., Karterud, S., Pedersen, G. & Friis, S. (2007). An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 225–230. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.002>
- Sayar, H., Wilberg, T., Eikenæs, I. U. M., Ekberg, A., Leitemo, K., Morken, K. T. E., Oftedal, E., Omvik, S., Ulvestad, D. A., Pedersen, G. & Kvarstein, E. H. (2025). Improvement of alexithymia in patients treated in mental health services for personality disorders: a longitudinal, observational study. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1558654. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1558654>
- Schenk, N., Fürer, L., Zimmermann, R., Steppan, M. & Schmeck, K. (2021). Alliance ruptures and resolutions in personality disorders. *Current Psychiatry Reports*, 23(1), 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01212-w>



- Soma, C. S., Baucom, B. R. W., Xiao, B., Butner, J. E., Hilpert, P., Narayanan, S., Atkins, D. C. & Imel, Z. E. (2019). Coregulation of therapist and client emotion during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 30(5), 591–603. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1661541>
- Stige, S. H., Dundas, I., Schanche, E. & Hjeltne, A. (2019). Kva typar mellommenneskelege situasjonar opplever norske psykologar oftast og som mest krevjande? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(8), 572–580. <https://doi.org/10.52734/P3K74Wu9>
- Urnes, Ø. (2009). Selvskading og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129, 872–6. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0140>
- Valentino, V., Centonze, A., Inchausti, F., MacBeth, A., Popolo, R., Ottavi, P., Zahl, K.-E. & Dimaggio, G. (2020). Addressing maladaptive interpersonal schemas, poor metacognition and maladaptive coping strategies in Avoidant Personality Disorder: The role of experiential techniques. *Psychology Hub*, 37(1), 19–28. <https://doi.org/10.13133/2724-2943/16898>
- Weme, A. V., Sørensen, K. D. & Binder, P. E. (2023). Agency in avoidant personality disorder: a narrative review. *Frontiers in Psychology*, 14, 1248617. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1248617>
- Wilberg, T., Pedersen, G., Bremer, K., Johansen, M. S. & Kvarstein, E. H. (2023). Combined group and individual therapy for patients with avoidant personality disorder—a pilot study. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1181686. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1181686>