

# Masteroppgave

Masteroppgave i psykisk helsearbeid

Vår 2023

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og terapeutisk allianse.

En litteraturstudie med systematisk tilnærming.



Illustrasjonsfoto: Shutterstock

Kandidatnavn: Hege Fæste Karstensen

Emnekode: MAPSD5900

30 stp.

Antall Ord: 23437

Antall Sider 64

**Fakultet for helsevitenskap**

**Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY

STORBYUNIVERSITETET

## FORORD

Denne oppgaven har vært en lang prosess og har blitt arbeidet med over mange semestre. Det har vært en krevende periode, der jeg har kombinert 100% jobb med masterskrivingen.

Likevel vil jeg si at prosessen har vært både spennende og lærerik. Jeg har fått lov til å ta et dypdykk ned i emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, noe jeg eller kanskje ikke ville ha gjort. Tematikken jeg har valgt er noe jeg brenner mye for, da jeg i min daglige jobb ser at det er mange variasjoner og mangler i behandlingen av mennesker med denne diagnosen. I tillegg ser jeg at alliansebyggingen med denne pasientgruppen er svært viktig å ha fokus på, da det krever litt mer av hjelpeapparatet enn kanskje andre pasientgrupper.

Takk til mine pasienter og brukere, både nå og tidligere, som har gitt meg inspirasjon til å skrive denne oppgaven.

Takk også til min veileder Eva Hilland, som har vært min veileder gjennom hele perioden. Takk for gode innspill!

Takk til kollegaer for støtte og for å ha vist tålmodighet overfor meg i denne perioden.

Til sist vil jeg takke mann og barn, som har støttet meg og holdt ut med skrivingen min i flere år. Ikke en klage har jeg fått -tusen takk!

Drøbak 14.mai 2023

Hege Fæste Karstensen

## **SAMMENDRAG**

**Tittel:** Hva er viktig for å etablere og beholde en terapeutisk allianse i behandlingen av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og hvilke faktorer kan styrke eller svekke alliansen i terapien?

**Bakgrunn for studien:** Forekomsten av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i befolkningen er ca. 1,5%. Per nå finnes det ingen nasjonal faglig retningslinje for personlighetsforstyrrelser. Forskning har fokusert på den terapeutiske alliansen som et avgjørende bidrag inn i behandling og har vist seg viktigere enn hvilken type behandling pasienten mottar, spesielt i arbeid med mennesker med EUPF.

**Hensikt:** Hensikten er å forsøke å finne ut hvilken betydning den terapeutiske alliansen har i behandlingen av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Alliansen påvirkes av mange faktorer og hensikten med oppgaven er også å finne ut hvilke faktorer dette er. Hvilke faktorer må være til stede for at å etablere en god terapeutisk allianse og hvordan skal man bevare den?

**Metode:** Denne studien er en litteraturstudie med systematisk tilnærming basert på Aveyard sin fremgangsmåte til metoden litteraturstudie med systematisk tilnærming. Det er gjort søk i fem databaser; CINAHL, EMBASE, PsycINFO, Medline og Scopus. Dette gav 11 artikler som danner grunnlaget for denne studien.

**Resultater:** Terapeutisk allianse er en avgjørende faktor i langtidsbehandling, og spesielt i arbeid med mennesker med EUPF. Alliansen blir påvirket av ulike faktorer: relasjonelle utfordringer, holdninger og egenskaper både hos behandler og pasient, samt kunnskap og kompetanse. Både kunnskap hos behandler og evnen til å ta imot/lære er viktige faktorer. Det er også svært relevant å være klar over at allianseruptur er svært normalt i arbeid med mennesker med EUPF, og at det å jobbe med alliansen over tid er viktig.

**Konklusjon:** Viktig å øke kunnskap hos behandlere, både om diagnose, tilknytningsproblematikk og allianseutvikling. Dette vil føre til økt forståelse, reduksjon av negative holdninger, mindre motoverføringsproblematikk, bedret terapeutisk allianse og bedret klinisk utfall.

**Nøkkelord:** Terapeutisk allianse, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, borderline personlighetsforstyrrelse, holdninger, behandlingsutfall, relasjon

## **ABSTRACT/SUMMARY**

**Title:** What is important to establish and keep a therapeutic alliance in treating people with borderline personality disorder and which factors can strengthen or weaken the alliance in therapy?

**Background:** The prevalence of borderline personality disorder in the population in Norway is approximately 1.5%. As of now, there is no national professional guideline for personality disorders. Research has focused on the therapeutic alliance as a crucial contribution to treatment and is proved more important than the type of treatment the patient receives, especially when working with people with BDP.

**Purpose:** The purpose of this study is to try to find out what role the therapeutic alliance plays in the treatment of people with borderline personality disorder. The alliance is influenced by many factors, and the purpose of this study is also to find out which factors these are. Which factors must be present in order to establish and maintain a good therapeutic alliance?

**Method:** This study is a literature review with a systematic approach based on Aveyard's approach to the literature review method with a systematic approach. Five databases have been searched; CINAHL, EMBASE, PsycINFO, Medline and Scopus. This resulted in 11 articles that formed the basis for this study.

**Findings:** Therapeutic alliance is a crucial factor in long-term treatment, and especially in working with people with EUPF. The alliance is influenced by various factors: relational challenges, attitudes and characteristics of both therapist and patient, as well as knowledge and competence. Both the knowledge of the therapist and the ability to receive/learn are important factors. It is also very relevant to be aware that alliance rupture is very normal in working with people with EUPF, and that working with the alliance over time is important.

**Conclusion:** It is important to increase the knowledge of therapists, both about diagnosis, attachment issues and alliance development. This will lead to increased understanding, reduction of negative attitudes, less countertransference problems, better alliance and improved clinical outcome.

**Key Words:** Borderline personality disorder, Therapeutic alliance, Therapeutic relationship, Alliance, Outcome, Staff attitudes

# INNHOOLD

<b>1 INTRODUKSJON</b> .....	6
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	6
<b>1.2 Hensikt og problemstilling</b> .....	8
<b>1.3 Oppgavens avgrensninger og begrepsavklaring</b> .....	9
<b>1.4 Oppgavens videre oppbygning</b> .....	9
<b>2.0 TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	10
<b>2.1 Utvikling av personlighet</b> .....	10
<b>2.2 Tilknytningsproblematikk</b> .....	11
<b>2.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – diagnose og historikk</b> .....	12
<b>2.4 Årsaker og risikofaktorer</b> .....	14
<b>2.5 Behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse</b> .....	16
<b>2.6 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og selvmordsatferd</b> .....	17
<b>2.7 Holdninger</b> .....	18
<b>2.8 Terapeutisk allianse</b> .....	19
<b>2.9 Motoverføring</b> .....	20
<b>3 METODE</b> .....	23
<b>3.1 Bakgrunn for valg av metode</b> .....	23
<b>3.2 Egen forforståelse</b> .....	23
<b>3.3 Litteraturstudie med systematisk tilnærming</b> .....	24
<b>3.4 Litteratursøk</b> .....	26
<i>3.4.1 Valg av søkeord og søkemotorer</i> .....	26
<b>3.5 Reliabilitet og validitet</b> .....	29
<b>3.6 Inklusjons og eksklusjonskriterier</b> .....	30
<b>3.7 Kvalitetsvurdering av datamaterialet</b> .....	31
<b>3.8 Analyse av data</b> .....	32
<b>3.9 Forskningsetiske vurderinger</b> .....	33
<b>3.10 Studien styrker og svakheter</b> .....	33
<b>4.0 RESULTATER/FUNN</b> .....	35
<b>4.1 Presentasjon av de inkluderte artiklene</b> .....	35
<b>4.2 Relasjonelle utfordringer hos pasient og behandler</b> .....	39
<i>4.2.1 Tilknytningsproblematikk og pasientens relasjonelle utfordringer</i> .....	39
<i>4.2.2 Utvikling av allianse</i> .....	39
<i>4.2.3 Allianseruptur – og reparasjon</i> .....	40

4.2.4 Motoverføringer som sentral problematikk .....	41
<b>4.3 Holdninger og egenskaper hos behandler og pasient .....</b>	<b>42</b>
<b>4.4 Kunnskap og kompetanse .....</b>	<b>43</b>
<b>5.0 DISKUSJON AV SENTRALE FUNN .....</b>	<b>45</b>
<b>5.1 Håndtering av relasjonelle utfordringer hos pasient og behandler .....</b>	<b>45</b>
5.1.1 Håndtering av tilknytningsproblematikk og relasjonelle utfordringer hos pasient .....	45
5.1.2 Allianseruptur, alliansereparasjon og allianseutvikling .....	47
5.1.3 Håndtering av motoverføringer som grunnlag for terapeutisk allianse .....	49
<b>5.2 Positive holdninger og egenskaper som grunnlag for terapeutisk allianse .....</b>	<b>51</b>
<b>5.3 Økt kunnskap og kompetanse som sentralt element for bedring og en terapeutisk allianse .....</b>	<b>55</b>
<b>5.4 Implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning .....</b>	<b>57</b>
<b>6. KONKLUSJON/OPPSUMMERING .....</b>	<b>59</b>
<b>REFERANSER .....</b>	<b>61</b>
Vedlegg 1: Kvalitetsvurdering av artiklene .....	66
Vedlegg 2: Sjekklistor for vurdering av studier .....	69
Vedlegg 3: Temaer og undertemaer .....	72
Vedlegg 4: Søkehistorikk .....	73

# 1 INTRODUKSJON

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Personlighetsforstyrrelser forekommer i 10-14% av befolkningen og defineres som vedvarende og uhensiktsmessige mønstre innenfor minst to av de følgende områdene: kognisjon, emosjonalitet, problemer med mellommenneskelig fungering og impuls kontroll (Urnes, 2009). Personlighetsforstyrrelser forekommer trolig hos ca. 50 % av pasienter som søker behandling på distriktpsikiatriske sentre i Norge. Av disse har ca. 10% ustabil personlighetsforstyrrelse. I ruspoliklinikker er forekomsten av personlighetsforstyrrelser ca. 70% og i fengsler ca. 75%. Forekomsten av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i befolkningen er ca. 1,5%. (Urnes, 2009, Malt et al, 2018, Oslo Universitetssykehus, 2020).

Per nå finnes det ingen nasjonal faglig retningslinje for personlighetsforstyrrelser, til tross for at nesten 1 av 10 av den norske befolkningen har dette. I september 2020 var Nasjonal kompetansetjeneste for personlighetspsykiatri (NAPP) (Oslo Universitetssykehus, 2020) i møte med Helsedirektoratet for å diskutere behovet for en nasjonal faglig retningslinje for personlighetsforstyrrelser. NAPP fikk våren 2023 gjennomslag for sin søknad om å få utarbeidet nasjonale retningslinjer og helsedirektoratet har nå satt i gang arbeidet og samarbeider nært med NAPP i dette. NAPP-leder, Ingeborg Ulltveit-Moe Eikenæs (Oslo Universitetssykehus, 2020), mener vi trenger felles retningslinjer for utredning og behandling, slik at kvaliteten på tjenestene og behandlingstilbudet sikres. I dag er Norge det eneste landet i Norden som ikke har en slik nasjonal faglig retningslinje. Norge, Sverige og England har nasjonale retningslinjer, som noen sykehus har sett på og lagt opp retningslinjer etter. Det er også etablert et klinisk forskningssamarbeid, Nettverk for Personlighetsforstyrrelser (tidligere DagbehandlingsNettverk). Dette er samarbeid mellom behandlingssenheter eller team som driver behandlingsprogram for pasienter med personlighetsforstyrrelser.

Det er generelt en positiv utvikling når det gjelder rutiner og prosedyrer for oppfølging etter selvmordsforsøk, selvskadning og overdoser i kommunene. Selvmordsatferd er et av hovedsymptomene ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Likevel er det slik at kun 42 prosent av kommunene rapporterer at de har etablert rutiner/prosedyrer for oppfølging av personer etter selvmordsforsøk. For selvskadingsproblematikk er det kun 23 prosent av kommunene som oppgir at de har etablert dette (Helse – og omsorgsdepartementet, 2020,

s.35). Helsedirektoratet (2017) anbefaler i det veiledende materialet kommunene å utarbeide en plan for forebygging, tidlig identifisering og oppfølging av selvskading og selvmordsforsøk. Regjeringen vil tilrettelegge for at kommunale helse- og omsorgstjenester innehar nødvendig kompetanse for å forebygge, avdekke, avverge og følge opp selvskadings- og selvmordsproblematikk (Helse -og omsorgsdepartementet, 2020, s.59-60)

I min jobb som psykiatrisk sykepleier, både på institusjon og i kommunen, har jeg jobbet med mange som har emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF). Veldig ofte har dette vært jenter. De har gjerne hatt høyt symptomtrykk, og har slitt både med selvmordstanker, selvskading, ustabile relasjoner og svært smertefulle følelser. Etter mye kaos og ustabilitet har de etter hvert fått diagnosen «emosjonelt ustabil». Dette er en diagnose få ønsker å ha, da det er knyttet en hel del stigma til denne, både hos befolkningen generelt, men også hos helsepersonell. Dette kan igjen føre til mer skam og enda høyere lidelsestrykk. Som pasient blir man ofte møtt på en dømmende måte. Mange av de pasientene jeg har møtt opp igjennom, har blitt sydd uten bedøvelse, de har kommet sist i køen («du er her hele tiden, så du får vente»), og de kan bli oversett i situasjoner. De blir også svært ofte kasteballer i systemet, og faller svært ofte mellom to stoler. Mange klarer ikke å nyttiggjøre seg behandlingen på poliklinikk og gruppeterapi, samtidig som de ikke er «ønsket» i døgnbehandling. De blir delvis overlatt til seg selv i hjemkommunen, med tilgang til kommunalt psykisk helseteam, som sjeldent er åpent på kveld og helg, når de er som mest sårbare. Da er veien til kontakt med legevakt og akutteam kort.

Nå jobber jeg i en liten kommune, der det ikke finnes spesielt gode rutiner verken for oppfølging i forhold til mennesker med selvmordsatferd, eller pasienter med personlighetsproblematikk. Jeg tenker at vår kommune dessverre ikke er enestående i så tilfelle. Hva er egentlig den riktige og beste måten å arbeide på i forhold til denne gruppen? Mye litteratur og forskning har fokusert på den terapeutiske alliansen som et godt bidrag inn i god behandling, og også som et godt grunnlag for å redusere stigma og forbedre holdninger. En terapeutisk allianse skal ligge til grunn for all behandling, og har vist seg viktigere enn hvilken type behandling pasienten mottar. En terapeutisk allianse er en essensiell og avgjørende faktor i langtidsbehandling, og spesielt i arbeid med mennesker med EUPF (Stanicke et al, 2021, s 605).



## 1.2 Hensikt og problemstilling

Hensikten med denne oppgaven er å forsøke å finne ut hvordan den terapeutiske alliansen i seg selv kan føre til bedring for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF). Relasjonen og alliansen påvirkes av mange faktorer og hensikten med oppgaven er å finne ut hvilke faktorer dette er. Hva er det som påvirker den på en positiv måte og hva er det som bidrar til å gjøre den dårlig? Hvilke faktorer må være til stede for at man skal klare å etablere en positiv og fruktbar terapeutisk allianse og hvordan skal man klare å bevare den?

Problemstillingen endret seg også ettersom jeg fikk mer oversikt over artikler som fantes i de ulike databasene og hvordan forskningsfeltet så ut. Min opprinnelige problemstilling ble forkastet på grunn av mangel på litteratur og forskning på området. Jeg ønsket opprinnelig å skrive om hvordan helsepersonell i kommunene jobber i forhold til mennesker med EUPF, men dette finnes det lite, eller så å si ingenting om. Det finnes mye om anbefalt behandling når innlagt i institusjon, og også når behandlet poliklinisk. Mye av dette kan nok overføres også behandling i kommunal omsorg, da relasjon og allianse har med det grunnleggende i pasientbehandling å gjøre. Jeg har også vurdert å skrive om en av de aktuelle behandlingstypene, men etter å ha skummet gjennom mange hundre artikler falt jeg tilbake på å skulle skrive om det som skjer mellom pasient og behandler – da dette er noe både jeg selv og mine pasienter er svært opptatt av.

For å komme frem til riktig problemstilling har jeg jobbet mye med formuleringen. Denne er også endret flere ganger underveis. Jeg valgte å bruke et PICO-skjema for svare på hva det var jeg ville forske og studere videre på.

Population: mennesker med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, voksne

Intervensjon: Kvinner og menn med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. I litteraturen står det mest om kvinner.

Comparison: den terapeutiske alliansen, relasjonen mellom behandler og pasient

Outcome: Hva er det som er viktig for å etablere og beholde en allianse akkurat for denne pasientgruppen? Faktorer hos både behandlere og hos pasient er like relevant å se på.

Problemstillingen er som følger:

***Hvilken betydning har terapeutisk allianse i behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og hvilke faktorer kan styrke eller svekke alliansen i terapien?***

### **1.3 Oppgavens avgrensninger og begrepsavklaring**

Denne oppgaven er avgrenset til å handle om en konkret personlighetsforstyrrelse, diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Mye av det som gjelder denne diagnosen vil nok mest sannsynlig også gjelde flere av de andre, men det er ikke det jeg har tatt for meg i denne oppgaven.

Jeg vil i denne oppgaven ikke gå inn på hvilken type behandling som vil være best egnet, men ser heller på hvilken menneskelig tilnærming, hvilke egenskaper som er viktige å inneha som terapeut for å skape best mulig terapeutisk allianse. I tillegg ser jeg på hva som er viktig å se på hos pasienten, samt det som skjer mellom pasient og behandler.

Oppgaven vil stort sett omhandle voksne personer fra 18 år og oppover. Jeg har tatt med noen artikler som også handler om ungdom, men jeg tenker da at disse artiklene er generaliserbare til også å gjelde den eldre populasjonen.

Jeg vil i denne oppgaven benytte begrepet pasient, uavhengig om det skulle vært klient, bruker, pasient eller innbygger. Jeg benytter meg også mest mulig av begrepet behandler eller sykepleier, uavhengig av hvilken type behandler det handler om.

### **1.4 Oppgavens videre oppbygning**

Denne oppgaven er delt inn i syv kapitler. I kapittel en presenterer jeg bakgrunn for valg av tema og problemstilling, hensikt og avgrensninger. Andre kapittel er teoridelen. Her beskrives det teoretiske rammeverket. Kapittel tre er metodedel, der jeg foruten å presentere valgt metode og forforståelse også beskriver mitt litteratursøk og presenterer kildekritikk og analyse av data. I del fire presenteres mine funn og i del fem sammenstilles disse resultatene inn i en drøfting. Del 6 er en avsluttende oppsummering.

## **2.0 TEORETISK RAMMEVERK**

### **2.1 Utvikling av personlighet**

Et menneskes personlighet omfatter relativt stabile former for tanker, handlinger og oppfatning som kjennetegner det enkelte individ. Personligheten vår er bygd opp av flere ulike personlighetstrekk, som gjør seg til kjenne i samhandling med andre mennesker (Torgersen, 2021, s.241). Disse trekkene er som regel til stede fra barndommen av. Pervin (I Karterud, 2016, s.23 definerer personligheten som:

..., den komplekse organisasjon av tenkning, affekter og atferd, som gir en persons liv retning og mønster (sammenheng). På samme måte som kroppen, består også personligheten av både strukturer og prosesser som avspeiler både natur (gener) og kultur (erfaring). Personligheten består dessuten av virkninger fra fortiden, herunder erindringer fra fortiden, så vel som oppfattelsen av nåtiden og fremtiden...

På samme måte som man kan se variasjoner i den genetiske koden hos et menneske, kan man også se forskjeller i personligheten. Noe av dette kan tilskrives ulikheter i gener.

Atferdsstudier har vist at personlighetstrekk har et arvbarehetsestimert på 30-50%. Dette vil også si at 50-70% har sammenheng med miljømessige faktorer (Grøntvedt & Kennair, 2021, s.27)

Når dysfunksjonelle personlighetstrekk har fått utvikle seg over tid og skaper problemer eller ubehag for den enkelte, eller for andre, kaller vi det personlighetsforstyrrelser (Skårderud et al, 2010, s 272, Torgersen, 2021, s.241). På verdensbasis er forekomsten av personlighetsforstyrrelse om lag 7-13% i den vanlige befolkningen, i Norge om lag 10-14% (Skårderud et al, 2016, s.274). Selve begrepet personlighetsforstyrrelse er relativt ungt, og ble introdusert på 1950-tallet (Skårderud et al, 2016, s 274). En personlighetsforstyrrelse er en psykiatrisk tilstand som er kjennetegnet ved avvik i personlighetstrekk. Dette vil vise seg i form av urimelige reaksjoner innen mange personlige og sosiale situasjoner (Norsk Helseinformatikk, 2021).

## 2.2 Tilknytningsproblematikk

J. Bowlby har med sin tidlige forskning om tilknytningsteori, bidratt til kunnskap om hvordan barnets følelser og handlingsmønstre utvikles over tid. Han formulerte tidlig en modell, der han beskrev at en medfødt tilbøyelighet til å opprette følelsesmessige relasjoner etter hvert blir formet av miljøet man er i (Gullestad, 2021, s.136). Bowlby mener at det er i de helt tidlige følelsesmessige relasjonene at en stor del av barnets modning og individuelle utvikling foregår. Måten man «inntoner» seg til barnet er av primær betydning for barnets selvbilde og evne til å kommunisere. Disse tidlige erfaringene lagres som «fornemmelser» av kroppslige minner. Det emosjonelle reguleringsarbeidet, som barnets omsorgspersoner er ansvarlige for, er en forutsetning for at barnet (og senere den voksne) på egenhånd skal kunne klare å regulere egne følelser og stimuli av både negativ og positiv art. Etter hvert som barnet blir eldre vil en god tilknytning føre til en mental kapasitet som gjør personen i stand til å takle stress og utfordringer, samt gir en relasjonell kapasitet til å kunne søke nærhet og støtte ved behov (Kåvik og Nilsonne, 2005, s.39-41, Benum, 2012, s-28-30). Tilknytningsteorien hevder en evolusjonspsykologisk tankegang, der man har fokus på barnets sårbarhet og behov for beskyttelse mot fare. Trygghet sikres gjennom at barnet knytter seg til trygge omsorgspersoner, noen barnet kan knytte seg til når det føler seg utsatt – en «trygg base». En trygg tilknytning gir barnet en «base» for å utforske den ytre verden, så vel som den indre verden. I utgangspunktet ser barnet seg selv gjennom «den annens blikk». En spesifikk forutsetning for utvikling av eget selv med rett til egne følelser er at barnets egne affekter og følelser oppfattes og bekreftes av omsorgspersonen. Dersom det motsatte skjer kan dette føre til reaksjoner i det voksne selvet og kan føre til ulike former for selvforstyrrelser (Gullestad, 2021, s.134-137, Kåvik & Nilsonne, 2005, 39-4) Ainsworth snakker om tre ulike typer tilknytning, som alle innlæres i samspelet med andre viktige og nære personer: trygg tilknytning, utrygg/ambivalent tilknytning og utrygg/unnvikende tilknytning. Svært mye tyder også på at man beholder tilknytningsmønsteret inn i voksen alder, og på denne måten også kan overføre dette til sine barn (Kåvik og Nilsonne, 2005, s.39-41, Benum, 2012, s-28-30). Ainsworth fant også ut at ikke alle barn passet inn kategoriene, dette var de barna som hadde blitt mishandlet eller vanskjøttet av omsorgspersonen, hadde psykisk syke foreldre, eller foreldre med egne traumer som var ubearbeidet. Dette ble kalt desorganisert tilknytning.

I møte med mennesker med EUPF, møter man svært ofte mennesker som har fått sin grunnleggende tilknytning forstyrret. Dette fører til at behandler periodevis må være forberedt på å fungere som en affektregulator for pasienten, slik at pasienten selv kan lære å tåle

reaksjoner og følelser uten å bli overveldet eller forsvinne. Man kan si at terapeuten i en viss grad må være pasientene «trygge base».

### **2.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse – diagnose og historikk**

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF) var blant de første personlighetsforstyrrelsene som var observert og klassifisert på starten av 1900-tallet. Ribot (1880) gjorde en beskrivelse av den emosjonelle typen, og McDougall gjorde i 1908 en beskrivelse av den ustabile typen. Begrepet borderline kom noe senere, og ble lansert av Adolph Stern i 1938 (Karterud et al, 2017, Kåver og Nilsson, 2005, s.24). Borderline diagnose refererte til pasienter som var «på grensen», de hørte verken hjemme blant den psykotiske gruppen eller hos de psykonevrotiske. Begrepet er senere blitt utviklet videre av en rekke psykoanalytiske forskere. Borderline personlighetsforstyrrelse er den personlighetsforstyrrelsen vi har aller mest kunnskap om, og det moderne begrepet fant sin form i DSM-111 i 1980. I ICD-10-diagnosesystemet kalles borderline for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men i praksis blir de brukt om hverandre. EUPF forekommer hos ca. 1,5% av befolkningen i Norge, og prevalensen er omtrent lik blant kvinner som hos menn (Norsk Helseinformatikk, 2021). Diagnosen kommer oftest til uttrykk i ungdomsårene og kan være vanskelig å skille fra «normal» ungdomsproblematikk, som identitetsproblemer, sterke følelser og meninger. Ved EUPF er disse følelsene forsterket og i tillegg ofte kombinert med andre lidelser som angst, ADHD, rusproblematikk, selvskading og depresjon (NHI, 2021).

Diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse stilles på grunnlag av grundig klinisk vurdering og bruk av strukturerte intervjuer. Det offisielle diagnosesystemet vi anvender i Norge er ICD-10 (WHO 1993), men i praksis anvendes ofte de diagnostiske kriteriene slik de fremgår i det amerikanske diagnosesystemet DSM-5 (APA). DSM og ICD er i stor grad sammenfallende når det gjelder kriterier for personlighetsforstyrrelser. Både ICD og DSM er kommet ut i flere versjoner, og vi er nå på DSM-5 og ICD-10. ICD-11 er enda ikke oversatt til norsk. Begge diagnosesystemene har fokus på symptomer som omhandler det ustabile følelseslivet, skjørt selvbilde og selvskadende atferd, som skaper relasjonelle utfordringer (Øverland, 2008, Torgersen, 2021, s 244, Oslo Universitetssykehus, 2021).

Jeg velger videre i oppgaven å benytte meg av ICD-10 og deres beskrivelse av diagnose. Diagnosebeskrivelsen ut fra ICD-10 er følgende:

### F60.3 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

Kjennetegnet ved en klar tendens til å handle impulsivt uten å tenke på konsekvensene. Stemningsleiet er uforutsigbart og svingende. Evnen til å planlegge fremover kan være minimal, og utbrudd med intenst sinne kan ofte føre til vold eller «atferdsekspløsjoner». Disse kan lett utløses dersom impulsive handlinger blir kritisert eller motarbeidet av andre.

#### Inklusive

- eksplosiv personlighetsforstyrrelse
- aggressiv personlighetsforstyrrelse
- borderline personlighetsforstyrrelse

#### Eksklusive

- dyssosial personlighetsforstyrrelse (F60.2)

#### *Underinndelinger*

Det er spesifisert to typer av denne personlighetsforstyrrelsen, og begge deler det generelle kjennetegnet impulsivitet og manglende selvkontroll.

### F60.30 Impulsiv type

Dominerende kjennetegn er følelsesmessig ustabilitet og manglende impuls kontroll. Voldelige utbrudd eller truende atferd er vanlig, særlig ved kritikk fra andre.

F60.31 Borderline-type Flere av kjennetegnene på følelsesmessig ustabilitet er til stede, i tillegg til at individets eget selv bilde, mål og indre verdier (også seksuelle preferanser) ofte er uklare og forstyrrede. Det foreligger vanligvis også kronisk tomhetsfølelse. En tilbøyelighet til å bli involvert i intense og ustabile forhold kan føre til gjentatte følelsesmessige kriser, og kan være forbundet med desperate bestrebels er for ikke å bli forlatt, og med en serie av selvmords trusler eller episoder med selvpåført skade (selv om disse også kan inntreffe uten klare utløsende faktorer

Den impulsive typen av EUPF kjennetegnes ved manglende følelsesmessig stabilitet og manglende impuls kontroll , mens den ustabile typen (også kalt borderline) i tillegg kjennetegnes ved at pasienten har et forstyrret selv bilde og usikkerhet knyttet til mål i livet og indre preferanser, tendens til å bli involvert i intense og ustabile forhold som ofte fører til emosjonelle kriser, overdrevne anstrengelser for å unngå avvisning, gjentatte trusler om selvskading og kronisk følelse av indre tomhet (Malt et al, 2018, s.264) , ustabile og intense mellommenneskelige forhold, og en tendens til selvdestruktiv atferd , herunder selvmords

handlinger - og forsøk. Stemningsleiet er svært ofte uforutsigbart og svingende. Pasienten har en tendens til sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontrollere eksplosiv atferd. Alt dette kan føre til en ustabilitet i livsløpet, målene kan endres underveis og atferden kan bli uventet. Både forhold og vennskap blir ustabile. Den manglende forankringen i seg selv, kan føre til at man blir avhengig av andre, og etablerer en sterk angst for å bli forlatt (Torgersen, 2015, s 244). Alt dette kan til sammen føre til svært dramatiske hendelser, både alene eller sammen med andre, med selvmords trusler, selvskading eller selvmordshandlinger, voldshandlinger og aggressivitet. Det foreligger også en tendens til kranglete oppførsel og konfliktsøkende atferd, særlig hvis impulsive handlinger blir hindret eller kritisert. Mange som har EUOF kan også ha en tendens til å se seg selv som det evige offer og konstant utsatt for andres ondskap. De bebreider også ofte seg selv for ting, ved at de antar at de er dårlige mennesker og at ting er deres skyld (Malt, et al 2018, s.256-266). Torgersen, 2021, s.244, Larsen, 2017b)

## **2.4 Årsaker og risikofaktorer**

I dag anbefales en «biopsykososial modell» som en tilnærming når man ser på årsaker til psykiske lidelser (Kåver & Nilsonne, s 48). Denne modellen ble først beskrevet av patolog og psykiater Engel i 1977, som mente at leger burde ha et mer holistisk syn på sykdom. Han mente det var behov for en ny forklaringsmodell. Modellen ble beskrevet i artikkelen «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine», der han beskrev sammenhengen mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer i pasientens liv og hvordan den syke personen led i alle dimensjonene for helse under sykdom, ikke bare i den biologiske (Papadimitriou, 2017). Den moderne utviklingspsykologien ser på samspillet mellom genetiske, nevrologiske, atferdsmessige og sosiale faktorer og deres gjensidige påvirkning. Også diatase/stressmodellen er en modell som er mye brukt i forståelsen av utviklingen av psykiske lidelser. Modellen er også kalt stress/sårbarhetsmodellen. Modellen går ut på at de fleste psykiske lidelser utvikles av en kombinasjon av at man har en sårbarhet for den aktuelle lidelsen, og dersom man er i en situasjon der man utsettes for stress som overstiger det man makter å takle. Vedkommendes «psykiske likevekt» bryter sammen, eller rokkes ved (Papadimitriou, 2017, Kåver & Nilsonne, s.48, 2005, Skårderud et al,2010, s.223).

Biopsykososial teori er en modell som tar hensyn til både medfødte variabler i temperament og samspillet/påvirkning fra miljøet (Kåver & Nilsonne, 2005, s. 48). Fra det biososiale perspektivet oppstår EUPF når en følelsesmessig sårbar person vokser opp i et miljø der man

ikke har lært det grunnleggende for å klare å håndtere/takle sin følsomhet (Kåver & Nilsonne, 2005, 48.) Man kan da få vanskelige og uhåndterbare følelser, som i sin tur kan føre til problematferd, som eksempelvis selvskading i ulike former og selvmordsforsøk.

De siste årene har forskningen satt søkelys på de etiologiske faktorene som fører til EUPF. De utviklingsmessige forløpere til lidelsen er bare delvis kartlagt, selv om det er anerkjent at både genetiske, nevrobiologiske og psykososiale faktorer alle bidrar til utviklingen av lidelsen (Winster, et al, 2016). Forskningen har anerkjent at personlighet, og med den også forstyrrelser av personlighet, lite trolig oppstår i voksenlivet, men heller har identifiserbare fenotyper/ som oppstår i barndommen og utvikles i ungdoms- og voksenlivet (Winsper, et al. 2016).

Det har ofte vært mange spekulasjoner rundt årsaker til hvorfor noen utvikler personlighetsforstyrrelser. Svært populært har det vært å legge skylden på uheldig barndom, særlig knyttet til mor, men også far (Torgersen, 2021, s.255) Tidligere når man så på årsaker og risikofaktorer ved ustabil personlighetsforstyrrelse var fokuset på seksuelle overgrep og andre traumer i tilknytningsrelasjonen, men i dag er det i tillegg økt oppmerksomhet på avbrutt og uheldig emosjonell kommunikasjon mellom barn og tilknytningsperson (Urnes, 2009; Karterud et al, 2017 s 233-237).

Pasienter med EUPF har ofte hatt en oppvekst preget av ulike traumatiske opplevelser. Slike opplevelser kan for eksempel være at de som barn må ta over forelderrollen i familien, separasjon fra mor i tidlig alder, de kan ha blitt neglisjert av foreldre-figurer, forsømmelse i form av grunnleggende behov, fysisk og/eller psykisk vold, samt seksuelle overgrep (Evang, 2010; Karterud, 2017, s 233-237). Det er gjort flere studier der man ser på sammenheng mellom utviklingen av EUPF og fysisk misbruk og neglekt i barndom, men det er likevel slik at seksuelt misbruk verken er tilstrekkelig eller nødvendig for å utvikle en EUPF diagnose.

På bakgrunn av opplevelsene i barndommen har mange pasienten blant annet en frykt for å bli forlatt og frykt for avvising (Torgersen, 2021, s.244) Risikofaktorer for senere selvskading generelt sammenfaller mye med de samme oppvekstfaktorene: seksuelle overgrep, mishandling, omsorgssvikt og utrygghet i tilknytningsrelasjonen. Det er vanskelig å fastslå betydningen av hver enkelt risikofaktor (Urnes, 2009). Pasientens opplevelse av å være forlatt er så smertefull at de kan strekke seg langt for å unngå smerten, noe som kan gå utover hvordan pasienten fungerer i hverdagen, og den enkeltes forhold til andre mennesker. Dette kan også føre til at man lar være å gå inn i ulike typer relasjoner. Følelsen av å bli forlatt kan



også underbygges av depresjon, raseri, skyldfølelse, passivitet og hjelpeløshet (Evang, 2010, Skårderud et al, 2010, s.280-282).

## **2.5 Behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse**

Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (EUPF), og spesielt de med det som tidligere ble kalt borderline, har lenge vært «beryktet» innenfor behandlingssystemet. De har vært beryktet for sin kroniske selvmordsatferd, sin selvskading, og det som ofte har blitt oppfattet som manipulasjon. Prognosen for de med EUPF har stort sett blitt sett på som veldig dårlig, og pasienter med EUPF har ofte blitt sett på som kronisk vanskelige og lite ønsket. Mange har også sett på selvskadingen som et ønske om oppmerksomhet og ikke så mye som et uttrykk for smerte (Øverland, 2006. s.37). Heldigvis har dette endret seg de siste årene, men noe av denne type holdninger henger fremdeles igjen i noen deler av behandlingsapparatet. Det er lett å tenke seg at slike holdninger og handlinger ikke bidrar til bedring hos denne gruppen av pasienter.

Det er forsket mye på hva som kan ha best effekt og fremme bedring ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Hovedhandlingen for de lettere personlighetsforstyrrelsene er samtalebehandling over noe lengre tid. Medikamentell behandling har generelt sett liten nytteverdi, men av og til kan det kombineres med psykoterapi der andre psykiske lidelser forekommer samtidig, som for eksempel depresjon eller angst. Støttesamtaler i kommunal regi er også av god nytte, enten hos fastlege eller psykisk helsetjeneste. Ved mer alvorlige personlighetsforstyrrelser kan spesialiserte behandlingsprogrammer være nødvendig, i noen tilfeller er innleggelse nødvendig.

I de siste årene er flere polikliniske behandlingstilnærminger anbefalt. Dialektisk atferdsterapi (DBT), Mentaliseringsbasert terapi (MBT), skjemabasert terapi (SFT og STEPPS/Stairways). Alle disse behandlingsformene er etablert i Norge i større eller mindre grad, og har dokumentert effekt med både mindre selvskading, færre innleggelser, færre selvmordsforsøk og generelt bedret psykisk helse (Ekeberg et al, 2019). De aller fleste med EUPF i Norge får ikke tilbud om spesialiserte behandlingsprogram, men får tvert imot en behandling som foregår innen en såkalt «generalistmodell». GM-modeller ble utviklet som en motvekt mot «tilfeldig» terapi, som ofte var «inkonsistent og i verste fall skadelige» (Oslo Universitetssykehus, 2016). Det viktigste ved alle generalistmodeller er at modellen

organiserer behandlingen og tilpasser behandlingen til den enkelte pasient. GM-modeller ble utviklet som en motvekt mot «tilfeldig» terapi, som ofte var «inkonsistent og i verste fall skadelige» (Oslo Universitetssykehus, 2016).

Det er også gjort flere undersøkelser på hvordan døgninnleggelser fungerer på de som har EUPF, da spesielt når pasienten er i akutt krise. Døgninnleggelser har vært sterkt debattert over tid for denne pasientgruppen. For mennesker som har EUPF og som sliter med selvskading og kronisk suicidalitet har det vært en vanlig anbefaling å unngå døgninnleggelser, og heller få behandling utenfor sykehus – poliklinisk og kommunalt (Fowler et al., 2018, Larsen, 2017b). Dette spesifiseres også i Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord, kapittel fem om kronisk suicidalitet 4 (Sosial- og helsedirektoratet, 2008, s. 26-27). Dette har imidlertid de siste årene vært omdiskutert i fagmiljøet (Fowler et al., 2018). De senere årene har det vært mer fokus på kortvarige frivillige døgninnleggelser, eller brukerstyrte plasser, og hvilken plass dette kan ha i krisesituasjoner (Urnes, 2009; Ekeberg et al, 2019). I podcasten «Personlighetsmysteriet», som er laget av Nasjonalt Kompetansesenter for personlighetspsykiatri (Dieset et al, 2022-nåtid), presenterer de «Ullevålsmodellen for akutte kriser», som benyttes spesielt for personer med EUPF. På Ullevål har de startet med korte stabiliseringsopphold for denne gruppen. (Dieset et al, 2022-nåtid).

## **2.6 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og selvmordsatferd**

Det har over lang tid blitt sett en sammenheng mellom EUPF og selvmordsatferd. Suicidale kriser og selvskadende atferd er en viktig årsak til at pasientene innlegges i akuttpsykiatriske avdelinger (Ekeberg et al, 2019). I et utvalg på 187 pasienter behandlet i dagavdelinger i Norge rapporterte 28 % tidligere villet egenskade. I dette utvalget hadde 86 % personlighetsforstyrrelser, hvorav 28 % ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette viser at selvskading og EUPF ofte følger hverandre (Urnes, 2009).

Pasienter som omtales som «kronisk suicidale» har ofte diagnosen EUPF. Dette er den eneste diagnosen der selvmordsatferd og selvskading er diagnostiske kriterier (Ekeberg et al, 2019). Selvskading og selvmordsforsøk utgjør altså kjernesymptomer ved denne tilstanden. Selvmordsatferd er en samlebetegnelse for selvmordstanker, selvmordsforsøk og selvmord. Inngår flere begreper. Selvskading brukes i vår tid for å beskrive smertefulle handlinger mennesker kan påføre en selv, uten å ha død som formål. I litteraturen er begrepene «selvskading», «villet egenskade», «parasuicid» og selvmordsforsøk» blitt brukt delvis

overlappende, (Vråle, 2018, s.29; Øverland, 2006. s.17-18). En rekke teorier har blitt lansert for å forstå selvskading som fenomen og dets funksjon. Selvskade virker affektregulerende, det dreier seg om å mestre overveldende følelser. Det kan ha en selvstraffende funksjon (Stänicke, 2018) eller en mellommenneskelig funksjon, der det å søke støtte eller unngå urimelige eller uønskede krav er funksjonen. Mange av de som selvskader mangler ofte ord for følelser og selvskadingen blir et forsøk på kommunikasjon (Ribe & Mehlum, 2015; s 18).

## **2.7 Holdninger**

Begrepet holdning referer til personlige egenskaper som gir psykologiske disponeringer til å handle og tenke på bestemte måter (Befring, 2015, s. 82) Selve holdningsbegrepet har helt siden 1900-tallet hatt en sentral plass på mange felt og inngår nå i forskning på de aller fleste livsområder. Holdningene våre gjør oss predisponert til å reagere enten positiv eller negativt på et objekt eller en hendelse. Holdninger består av tre komponenter: tanker, følelser og atferd. Den tankemessige delen tar utgangspunkt i det vi hører, ser og oppfatter. Den følelsesmessige delen innebærer positive eller negative følelser som utløses når vi opplever noe. Fordommer er også holdning, da det er et uttrykk for negative følelser knyttet til et objekt eller en hendelse. Den atferdsmessige delen innebærer hvordan vi reagerer/handler (Håkonsen, 2018, s. 185-187). Det finnes en rekke forskning og dokumentasjon på at mange som arbeider opp mot pasienter med UEPF har negative holdninger rettet mot denne pasientgruppen. Dette kan igjen påvirke omsorgen som utøves negativt og på den måten føre til at relasjonen og allianse påvirkes. I artikkelen «Når pasienten vekker det verste i deg» (Larsen, 2017a), er hovedfokuset at krenkende og nedlatende holdninger overfor pasienter med EUPF finnes i stor grad i akuttpsykiatriske avdelinger. Larsen mener at kunnskap om både kronisk suicidalitet, endring av kultur i avdeling, samt det å bearbeide sinne og motoverføringer i veiledning vil hjelpe med å endre disse negative holdningene og på denne måten også bidra til å redusere pasientens lidelse.

Også Stapleton og Wright har i sin metastudie fra 2017 undersøkt flere artikler og noe de konkluderte med der var at inneliggende pasienter på akuttavdelinger opplevde negative holdninger og lite kunnskap fra sykepleiere og behandlere. De opplevde kommentarer som «You are wasting a bed» etc. Også Weight og Kendal (2013) gir en oversikt over hvordan helsepersonell møtte inneliggende pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Ofte blir denne pasientgruppen fremstilt som manipulative og selvskadingsproblematikken kan også bidra til at helsepersonell kunne miste troen på bedring for denne pasientgruppen.

Det å fokusere på sykepleierens holdning i møte med denne pasientgruppen ble av Weight og Kendal trukket frem som svært viktig. Dersom man har fordommer og negative holdninger er det stor fare for at en videreførte dette til andre kollegaer. Det ble vist til at negative holdninger og helsepersonellens væremåte var med på å bidra til stigma av denne pasientgruppen.

Holdninger kan tett knyttes opp mot Erving Goffmanns begrep stigma, som ofte benyttes i litteraturen. Erving Goffman definerte stigmatisering som «en diskrediterende egenskap som diskvalifiserer personer fra full sosial aksept». Han sier også at fenomenet er «en prosess hvor andres reaksjoner ødelegger en normal identitet» (Wikipedia, 2023)) Goffmans tilnærming til studier av avvik kalles gjerne *stemplingsteori* (Wikipedia,2023). Sagt på en annen måte tildeler stigmaet personer en sosial status som får forrang foran deres øvrige egenskaper. Diagnosen EUPF har for eksempel et negativt stigma, en negativ merkelapp.

Dieset et al (2022-nåtid) nevner i sin podcast begrepet holdninger som en viktig faktor å ha fokus på i behandlingen av mennesker med EUPF. De beskriver at hos personalet på posten de jobber på ved Ullevål er holdningene i forhold til mennesker med EUPF svært ulike, og dette kan skaper konflikter og uenigheter på vaktrommet. Behandlingen av pasientene kan være tilfeldig og personavhengig – da det ikke tidligere har vært noe avklart opplegg/pakkeforløp for denne gruppen ved inntak. Flere har godt innlært at man skal ansvarliggjøre pasienten, og ikke i særlig grad yte verken støtte eller hjelp, noe som i mange situasjoner kan føre til mangelfull omsorg og fører til at pasientene ikke føler seg sett og hørt. Ofte er det en balansegang mellom ansvarliggjøring versus «en kald skulder» (Dieset et al, 2022-nåtid) som vil være den rette behandlingen og strategi for møte.

Hvilken holdning man har til pasientgruppen, påvirker væremåte og hvordan man oppfører seg. Holdningsbegrepet benyttes her i utvidet forstand, der jeg også vil bruke det som en overskrift for hvordan man er og behandler den andre.

## **2.8 Terapeutisk allianse**

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i Adam Horvath (Horvath, Silverman & Norcross, 2001) sin definisjon av allianse. Allianse referer til kvaliteten og styrken på samarbeidet mellom terapeut og klient i terapi. Allianse består av en affektiv del, som referer til båndet mellom terapeut og klient og en kognitiv del, som handler om mål og forpliktelser rundt terapien. I et «alliansebegrep» ligger det at man som hjelper/behandler lytter til den andre, og

møter den andre med tillitt og respekt. I en god terapeutisk allianse er det også svært essensielt å klare å stimulere den andre til selvbestemmelse og til å ta i bruk egne ressurser. Det er i tillegg svært viktig å kunne vise sin pålitelighet, og at man er til å stole på (Eide og Eide, 2017, s.44)

Arbeidsallianse, eller terapeutisk allianse, kommer opprinnelig fra psykoanalytisk terapiforskning. For å operasjonalisere begrepet og å gjøre det mer generelt på tvers av terapiretninger identifiserte Bordin (Bordin & Kovacs, 1979) tre komponenter i terapeutisk allianse; enighet om målsetting/goals, oppgavefordeling/tasks og til slutt utviklingen av det emosjonelle båndet/bond. Bordins allianseteori springer ut fra psykodynamisk tenkning og det har vært og er stadig diskusjon om alliansens plass og betydning innen ulike teoretiske retninger (Ryum & Stiles, 2005). Den terapeutiske alliansen inngår her som et kurativt aspekt i alle former for psykoterapi. Det er viktig å lage felles mål og bli enig om målsettinger for terapien og samtalene (Oslo Universitetssykehus, 2021, Ryum & Styles, 2005) Det er også viktig at behandler og pasient fordeler oppgavene seg imellom. Det er essensielt at slike oppgaver er enkle, konkrete og gjennomførbare – gjerne fra time til time (Oslo Universitetssykehus, 2021, Ryum & Styles, 2005). Det tredje elementet er utvikling av det emosjonelle båndet/utvikling av relasjonen/bond. (Oslo Universitetssykehus, 2021, Ryum & Styles, 2005).

En teoretisk problemstilling har vært, og er fremdeles, hvorvidt en skal betrakte alliansen som en nødvendig forutsetning for terapi, som delaktig for endring i terapi eller som kurativ i seg selv (Ryum & Styles, 2005). En god terapeutisk allianse er forbundet med en positiv effekt i behandling. God profesjonell kommunikasjon er personorientert og bygger på et faglig fundament, og forskning har hele tiden vist at det er en sammenheng mellom en god arbeidsallianse og gode resultater av terapi. (Eide og Eide, 2017, s.43). Uansett hvilke metoder man ønsker å benytte seg av, er det behandlerens evne til å skape allianse og relasjon med pasienten som er det utslagsgivende i forhold til effekt og nytte. To hovedfunn innen effektforskningen er at ulike psykoterapeutiske behandlingsmåter i hovedsak gir samme effekt og at kvaliteten på relasjonen mellom terapeut og klient er nær forbundet med denne effekten (Ryum & Styles, 2005).

## **2.9 Motoverføring**

Det er krevende å stå i behandlingsrelasjoner som er preget av selvskading og selvmordsatferd og det er også tydelig at de som står i disse relasjonene blir sterkt preget. Øverland (2006)

skriver at en kan oppleve å bli sterkt berørt i møte de som selvskader uansett hvor mye erfaring en har. Det er en svært nærliggende fare (Larsen, 2011) at profesjonelle i sin iver etter å skulle omtale selvmordsproblematikk på en ikke-fordømmende måte, kan komme i fare for å underkjenne/benekte sine egne vanskelige emosjonelle reaksjoner over for situasjonen. Ifølge Larsen (2011) er nøkkel til profesjonalitet å være åpen for å kjenne på egne motoverføringsreaksjoner uansett hvor «politisk ukorrekte» de kan være, kombinert med en dyp faglig forståelse av pasientenes sykdom. I tillegg er det svært essensielt å ha en realistisk forståelse for at ting tar tid, og samtidig ha en realistisk forventning i forhold til behandlingsutfall. Videre skriver Larsen (2011) at det er det ikke hva en *føler* overfor pasientene, men hvordan en *oppfører* seg overfor dem som bærer det profesjonelle elementet i yrkesutøvelsen. I hans artikkel, som han så treffende har kalt; «Bare gå å heng deg, din jævla dritt! Motoverføringer og suicidalitet» henviser han også til Maltzberger (1984–85) som omtalte omtaler viktigheten av dette med disse ordene:

Terapeutens over-jeg må kunne tillate at sadistiske impulser og fantasier fritt kan forekomme i bevisstheten uten at terapeuten føler for mye skam eller skyld; det som er viktig er at terapeuten ikke spiller dette ut i atferd (Larsen, 2011)

Øverland skriver også at det er viktig å erkjenne sine egne følelser og bearbeide dem, for å unngå å bli skremt av egne reaksjoner. Det er viktig med trygghet mellom den som skal motta hjelp og den som skal hjelpe, og at denne relasjonen skal være trygg for begge parter. Vanlige motoverføringsreaksjoner kan være skyldfølelse, hat og sinne, maktesløshet, verdiløshet, angst og redsel og grenseoverskridende oppførsel.

Motoverføring som begrep har opphav i psykoanalysen, og har opp igjennom årene gått gjennom flere endringer. Det finnes mange ulike definisjoner på motoverføring. I denne oppgaven vil jeg ta utgangspunkt i en totalistisk definisjon, som definerer motoverføring som

Terapeutens affektive, kognitive og interpersonelle reaksjoner på klientens historie og atferd (Bang, 2003, s. 79.)

Her vil det altså si alle de reaksjoner den profesjonelle hjelper måtte ha på klienten og klientens historie, både når det gjelder behandlerens følelser, tanker, kroppsfornemmelser, fantasier og atferd (Bang, 2003, s. 13, og 79-85). Pearlman og Saakvitne (1995) i Bang (2003, s.79) tilfører en ekstra nyanse i motoverføringsbegrepet, ved å legge til «den måten behandler forholder seg til sine egne reaksjoner på og hvordan hun handler i forhold til dem».

Dette betyr at man ubevisst reagerer på andre ikke bare etter hvordan de er, men også delvis som følge av hvordan en selv er.

Det finnes to normale motoverføringstendenser; overinvolvering og tilbaketrekning. Begge er metoder man benytter seg av for å klare å være sammen med pasienten. Begge deler sees som en måte å forvare seg på i forhold til opplevelsene av følelser som er vanskelige å bære. Tilbaketrekning kan være preget av bagatellisering, benekting eller intellektualisering og fører til at alliansen (alliansen blir mer overfladisk og konverserende). Noen behandlere kan virke uberørte, kalde eller kjølige (Bang, 2009, s 79).

Ved overinvolvering blir man dratt inn i pasientens historie, man blir lett berørt, og den personlige grensen blir «visket ut» Man føler pasientens følelser som om det var ens egne (Bang, 2009, s. 79, Larsen, 2017b). Mennesker med EUPF kan ofte gi uttrykk for at de er det «evige offeret» og mange kan la seg fascinere eller fengsle av dette. En følelse av at man er uunnværlig for pasientens liv er også kontraterapeutisk, eller å ha «redningsfantasier», som for eksempel «jeg skal ikke skuffe deg jeg, selv om alle andre har skuffet deg». (Napp, 2022) Også positive motoverføringer kan være kontraterapeutiske. Eksempler på dette kan være å føle seg sett opp til og beundret eller å føles seg smigret. Behandler kan da føle at man er redd for å skuffe.

Motoverføringsreaksjoner kan være en avgjørende hindring for en vellykket terapeutisk innsats og behandling. Behandlerens følelsesmessige reaksjoner kan variere gjennom behandlingsforløpet og ha en negativ virkning på både behandler selv og på pasienten. En god håndtering av motoverføringer er svært viktig for et godt behandlingsresultat.

I flere ulike studier og i litteraturen kommer det frem ulike løsninger på hvordan man kan håndtere følelsene i møter med de som har selvskadende atferd. Det fremkommer i Myklebust og Bjørklys (2011) studie og i Moe og Ribe (2007) at helsepersonell bør reflektere over egne reaksjoner og handlinger som oppstår i møtet med brukeren. I Sneltvedts (2004) studie og i Moe og Ribe (2007) fremkommer det at sykepleierne bør støtte og avlaste hverandre for å klare å være profesjonelle, i møtet med utfordringer i relasjonen med brukeren.

## **3 METODE**

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for både bakgrunn av valg av metode og for litteraturstudie med systematisk tilnærming. Videre vil jeg gjøre rede for søkeprosessen, med valg av søkeord og databaser, samt presentere inklusjons og eksklusjonskriterier. Kapittelet vil også ta for seg en refleksjon om validitet, reliabilitet og feilkilder, samt metodens styrker og svakheter.

### **3.1 Bakgrunn for valg av metode**

Med utgangspunkt i problemstillingen ønsket jeg å belyse hvilke elementer som er viktige for å skape og beholde den terapeutiske alliansen mellom pasient og behandler i helsevesenet. Da spesielt med tanke på pasienter med diagnosen EUPF. Jeg var nysgjerrig på hvordan pasientene ble forstått av behandlere, hvilke holdninger eksisterte i møte med denne diagnosen og hva som må til for å skape en god allianse til denne sårbare brukergruppen. Det ville være nyttig å se på studier av kvalitativ art, men det ble raskt klart for meg at det også var mange kvantitative spørreundersøkelser som ville være nærliggende å inkludere.

Litteraturstudie ble valgt mest på grunn av tidsperspektivet, da jeg har fullført masterstudiet ved siden av full jobb. Også koronaepidemien har gjort sitt til det har vært enklere å velge en litteraturstudie, da det var i denne perioden arbeidet med masteroppgaven startet.

### **3.2 Egen forforståelse**

Gadamer var en viktig bidragsyter innenfor hermeneutisk filosofi og han argumenterte for betydningen av både individuelle og historiske forutsetninger og erfaringer som ubevisste/bevisste deler av sitt fortolkningsgrunnlag (Malterud, 2016, s 44-46). Forskerens forforståelse vil kunne påvirke forskeren på flere måter. Min forforståelse er preget av Gadamers bidrag innen hermeneutisk filosofisk tenkning. Han beskriver viktigheten av å være seg bevisst den ryggsekken vi bringer med oss inn i forskningen (Malterud, 2019. s.44-46 Johannessen, 2016. s35). Forforståelsen vil kunne påvirke hva man observerer og på hvilken måte man tolker dette. I en litteraturstudie vil forforståelsen kunne påvirke både selve utvalgsprosessen og også hvordan man tolker inneholder (Johannessen et al, 2016. s.35) Forforståelse er knyttet tett opp til personlige erfaringer, personlighet, interesser, profesjon og krever en høy grad av refleksjon hos den som skal forske (Dalland, 2020, s.85). Forforståelse beskrives som «ryggsekken eller bagasjen vi har med oss inn i prosjektet vårt» (Dalland,



2020, s.85, Johannessen, et al, 2016, s.35) Ofte er det slik at forforståelsen er en viktig del av vår motivasjon til å sette i gang med et bestemt tema eller problemstilling. Kanskje kan det være et vanskelig tema på arbeidsplassen man brenner litt ekstra mye for, og som man ønsker å utforske. På den ene siden kan forforståelse være noe positivt, som gjør forskeren engasjert i og motivert for forskningen, mens på den andre siden kan den bidra til at man som forsker begynner studien med skyggelapper og har et snevert syn på fagfeltet. Sistnevnte kan være negativt med tanke på om forskeren ignorerer kunnskapsgrunnlaget i empirien. Da vil resultatene være upålitelige og grense til forfalsket resultat (Malterud, 2019, s 44-45). Forskeren må være bevisst på at han er en «utvelgende aktør», og dataene som man benytter seg av er påvirket av forforståelse. Man må være bevisst å ikke la egne holdninger styre tolkningen (Johannessen, 2016, s.36).

Min forforståelse er at jeg i mange år har jobbet med mennesker med EUPF både inne på institusjon og nå i kommunal regi. Jeg har ved flere anledninger opplevd dårlige holdninger fra andre i behandlingsapparatet, og sett hva stigma kan gjøre mot de som har denne diagnosen. Jeg er opptatt av og engasjert i hva som kan gjøres for å skape bedre «klima» og bedre holdninger mot denne gruppen, samt at jeg er opptatt av hvilke egenskaper og mellommenneskelige faktorer som faktisk fungerer. I tillegg opplever jeg også selv at denne gruppen til tider kan være vanskelig å jobbe med, det kan være krevende situasjoner å stå i og det krever kanskje litt ekstra med tålmodighet. Jeg synes det er relevant å sette fokus på hva som skal til for å skape og bevare terapeutisk allianse nettopp med denne brukergruppen, da dette er en gruppe som fremdeles opplever stigma i hele behandlingsapparatet. Med dette som bakteppe går jeg inn i litteraturstudiet.

### **3.3 Litteraturstudie med systematisk tilnærming**

Metoden jeg har valgt er litteraturstudie med systematisk tilnærming, og jeg vil ta utgangspunkt i fremgangsmåten Aveyard (2023) bruker til denne typen metode.

A literature review is the comprehensive study and interpretation of literature that addresses a specific question. When you undertake a literature review, you identify a research question, and then seek to answer this question by searching for, appraising and analysing, relevant literature using a systematic approach to [...] the purpose of the review will be to provide new insights into a question by reviewing existing literature rather than providing a justification for a new study [...]. (Aveyard, 2023, s.17).

I en litteraturstudie er det selve litteraturen man studerer, det som er undersøkt og det som er skrevet om virkeligheten (empirien) av artikkelforfatterne (Støren, 2013, s.16). En litteraturstudie handler om å søke etter originalartikler i vitenskapelige artikler (Støren, 2013, s.37) Det som tas med i en litteraturstudie er den allerede eksisterende kunnskapen, som man henter ved å søke i de ulike databasene man har tilgjengelig (Støren, 2013, s.17). Å gjøre en litteraturstudie er også en systematisering av den kunnskapen som finnes. Dette vil si å finne den, samle den og sammenfatte den. En litteraturstudie skaper ingen ny kunnskap, men når man sammenstiller ulike artikler og studier om et tema eller felt, kan man komme frem til nye erkjennelser og aspekter (Støren, 2013, s17). En gjennomgang av litteraturen gir et helhetsbilde, som man ikke har muligheten til å se dersom man ser hver enkelt del for seg selv. I tillegg så kan det å kombinere/sammenstille resultater fra flere undersøkelser føre til mer nyttige og overbevisende resultater enn enkeltstudier alene (Aveyard, 2023, s.24)

Et viktig faglig krav for en god litteraturstudie er å ha kritiske vurderinger av de inkluderte forskningsartiklene, og å gi en objektiv framstilling (Befring, 2015, s.51). Dataene fra den gjennomgatte litteraturen blir så brukt til å sammenfatte og integrere tidligere funn, identifisere kunnskapshull og foreslå veien videre for forskningsfeltet.

I følge Aveyard (2023) har litteraturstudie som metode hatt flere undergrupper opp gjennom tidene, og har også hatt flere ulike benevnelser. De mest kjente er kanskje systematisk litteraturanalyser og metastudier. I følge Aveyard er det ikke anbefalt at studenter på masternivå går i gang med systematiske litteraturstudier, da dette stiller svært strenge krav og er vanskelig å gjennomføre innenfor tidsrammen for et masterstudium. Aveyard anbefaler i stedet litteraturstudie som har en systematisk tilnærming. Hensikten med en litteraturstudie med systematisk tilnærming er å få en bred forståelse og en oversikt over feltet og temaet som diskuteres. Dette til forskjell fra en systematisk litteraturstudie, som har et veldig smalt fokus og tema (Aveyard, 2023, s.19-23) Å benytte seg av en litteraturstudie med systematisk tilnærming kan være relevant å bruke når det er ønskelig å sammenstille ulike undersøkelser med ulikheter i både metodikk og tema – for deretter å tolke de på nytt. Litteraturstudier med systematisk tilnærming gir både en bredde og en oversikt på området, men følger ikke like strenge og rigide rammer som for eksempel systematiske litteraturstudier. Et eksempel på dette er at man kan inkludere studier av ulike forskningsdesign. Det er likevel viktig og også ha fokus på systematikk. Det er viktig å systematisere innsamling av data og sammenfatningen av resultatene, samt beskrive vurderinger som er gjort underveis i studien. I

min oppgave har jeg gjennomført et systematisk og etterprøvbart søk, slik at det skal være mulig å vurdere gyldigheten og pålitelighet.

I denne litteraturstudien har jeg valgt å inkludere både kvantitative og kvalitative artikler, da begge typer artikler kan gi verdifull informasjon om temaet som studeres. Ved å inkludere begge typer artikler, kan vi få en mer helhetlig forståelse av det forskningsområdet som finnes. Kvalitative data gir ofte en dybdeinformasjon og undersøker hvert enkelt emne mer i detalj, mens de kvantitative undersøkelsene fokuserer på å måle og kvantifisere, og gir en mer breddeinformasjon. Ved å klare å kombinere begge typer tilnærminger i samme studie, vil man kunne få en mer komplett forståelse av feltet.

En svakhet ved litteraturstudier er at mye av arbeidet og vurderingene som blir gjort baseres på det subjektive skjønn. Det vil si at det er forskerens egne vurderinger som er avgjørende for hvor gyldig studien er. Det er derfor svært viktig at man tar forbehold i konklusjonen til studien (Befring, 2015, s 51-53) og at man gjør kritiske vurderinger av både kvalitet og relevans.

### **3.4 Litteratursøk**

Jeg brukte ulike databaser ved Oslomets bibliotek for å søke opp de ulike artiklene som er benyttet. Jeg startet søkeprosessen allerede i 2020, men før de siste og tellende søkene har jeg fått hjelp av bibliotekar på Oslomet via zoom. Bibliotekar ble spurt om både generell søkehjelp, anbefaling av databaser og hjelp til å finne riktige søkeord, samt spissing av søk. I tillegg til å benytte meg av artikler som ble funnet i søk via søkeord i databasene, har jeg også lest igjennom alle referanselistene til artikler som er benyttet. Også litteratur fra dette studiet og tidligere studier har blitt lest gjennom og er i noe grad benyttet i oppgaven. Jeg fikk anbefalt databaser av bibliotekar, og disse var stort sett i overensstemmelse med de jeg allerede hadde funnet frem til selv og gjort prøvesøk i. Jeg endte opp med CINAHL, Medline, EMBASE, PsychINFO og Scopus. Har også søkt i helsebiblioteket og google scholar uten på få noen flere relevante artikler kilder å legge til.

#### *3.4.1 Valg av søkeord og søkemotorer*

Det var naturlig å søke på ordene borderline personality disorder, working relationship, alliance, therapeutic alliance, therapeutic relationship, outcome. Det ble gjort et pilotsøk, for å se hvilke ord som fungerte best og hvilke ord som gav flest og best treff i forhold til problemstillingen. Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse ble raskt utelatt, da de aller

fleste fagfelleverderte forskningsartiklene er skrevet på engelsk – også de som er skrevet av nordmenn.

Working alliance ble raskt utelatt da jeg foretok pilotsøk, ettersom dette ikke var et av emneordene som ble brukt i særlig grad i søkemotorene. Jeg valgte først å kun søke bredt på kun borderline personality disorder. Selv med de satte eksklusjonskriteriene var det, som ventet, alt for mange resultater, så jeg utvidet raskt søket til å inneholde AND. Søket som initierte flest og best treff var borderline personality disorder AND therapeutic alliance AND outcome. Dette søket gav omtrent de samme treff som borderline personality disorder AND therapeutic alliance, jeg har derfor valgt å utelate OUTCOME i det tellende søket. Jeg valgte etter hvert å inkludere «therapeutic alliance» OR «working alliance» OR «therapeutic relationship» i noen søk. Det er søkt på både MeSH ord og i fritekst, for å få et mest mulig fullstendig søk (Støren, 2013, s.59). ved fritekstsøk kan man få svært mange treff, men det er også slik at søker man kun på emneord/MeSh kan referansene noen ganger falle bort, og man kan gå glipp av mangelfull informasjon (Støren, 2013, s.61).

CINAHL inneholder referanser til artikler i omkring 3000 engelskspråklige tidsskrifter innen sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og lignende evner. Det ble gjort tre søk i denne søkemotoren på ordet «borderline personality disorder» og på «therapeutic alliance» OR «working alliance» OR «therapeutic relationship». På S1 fikk jeg 3554 søk, noe man ikke kunne bruke, da det var for mange treff. På S2 fikk jeg 709 treff. Gjorde et tredje søk, S3, der S1 og S2 ble sammenkoblet og fikk da 17 søk. Leste alle overfladisk, mens 7 artikler ble tatt med til videre gjennomlesning. 4 ble tatt med videre da de ble ansett relevante for problemstillingen og hadde rette kriterier.

MEDLINE inneholder artikler innen medisin, preklinisk forskning, sykepleie, odontologi, veterinærmedisin, og andre områder knyttet til helseforskning. Gjorde 3 søk i MEDLINE. Søkte først på «borderline personality disorder» (S1) og fikk opp 7921 og på «therapeutic alliance» (S2) og fikk da 7041. Kombinerte deretter S1 og S2 i et nytt søk (S3), med inklusjons og eksklusjonskriteriene som er satt. Fikk da opp 142. Valgte ut 12 av disse til gjennomlesning. Stod til slutt igjen med 4 artikler til slutt.

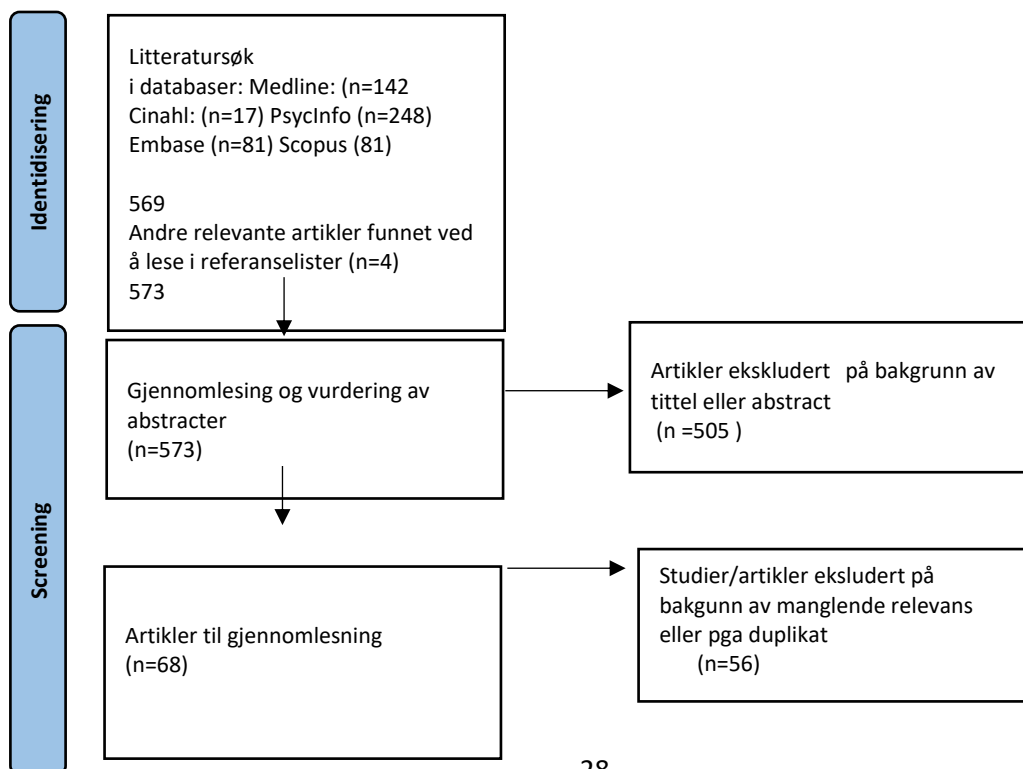
PsychINFO er en database for litteratur innenfor psykologi. Her søkte jeg på «borderline personality disorder» AND «therapeutic alliance» OR «therapeutic relationship» OR

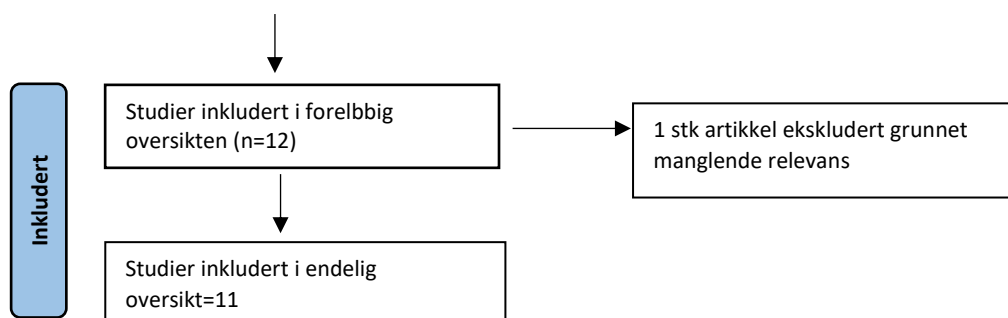
«working alliance». Fikk da opp 248 treff. Etter å ha snevret inn med eksklusjons -og inklusjonskriterier, ble det 189. Valgte ut 18 av de til videre gjennomlesning. Etter gjennomlesning og selektering ble 9 av artiklene valgt ut. 2 nye, 9 var duplikater. 2 artikler ble inkludert.

EMBASE er en biomedisinsk og farmakologisk database. Her søkte jeg på «borderline personality disorder» AND «therapeutic alliance». Fikk da opp 104. Satt inn eksklusjonskriterier og reduserte til 81. Gikk gjennom alle etter tittel og valgte ut 16 abstrakter til gjennomlesning. Stod igjen med 9 aktuelle titler til slutt.

Scopus er en tverrfaglig database med god dekning innen både naturvitenskap, medisin/helse, teknikk/fysikk og humaniora og samfunnsvitenskap. Gjorde søk i Scopus på «borderline personality disorder» AND «therapeutic alliance», Fikk da opp 81 dokumenter, når jeg filtrerte med mine eksklusjonskriterier. Valgte ut 15 av disse ved å lese på titlene, og leste over de fleste abstraktene. Så at de alle fleste var artikler jeg tidligere hadde valgt ut via andre databaser. Et par var nye, men de ble utelatt da de ikke var helt innenfor det jeg ønsket å fokusert på. En av artiklene omhandlet kvinnelige pasienter med EUPF underlagt i fengsel – og dette var ikke helt innenfor det jeg skrev om

Figur 1: Litteratursøk





### 3.5 Reliabilitet og validitet

Kriteriene reliabilitet og validitet benyttes ofte som indikatorer på kvalitet innen moderne forskning (Tjora, 2021, s 259, Johannessen, 2016, s 36). Begrepet reliabilitet er et uttrykk for dataenes stabilitet og nøyaktighet. Reliabilitet brukes ofte som et mål på etterprøvbarehet og pålitelighet når man snakker om medisinsk forskning (Malterud, 2018, s.24) Reliabilitet handler om å oppnå like resultater når man gjentar datainnsamlingen. Tjora sier at reliabilitet handler om en intern logikk eller sammenheng, som gjør seg gjeldende gjennom hele forskningsprosjektet. Det reises spørsmål om data er tilstrekkelige nøyaktige, samt muligheten for at de kan være forurensset av feilfaktorer (Befring, 2015, s.43).

Ettersom kvalitative undersøkelser vanskelig kan repeteres og etterprøves, er det særdeles viktig at man benytter seg av forskningsdokumentasjon, der man beskriver hva man gjør fra begynnelsen til slutt. Dette gjør seg også gjeldene i litteraturstudie, der det også er viktig å forklare hva man gjør og beskrive fremgangsmåte på for eksempel søk i databaser.

I min studie hvor jeg selv har gjennomført hele prosessen med å søke og velge ut artikler og studier, mener jeg at reliabiliteten er god. Jeg har hele tiden forklart grundig hva jeg har gjort, i tillegg har jeg benyttet meg av ulike sjekklister for kvalitet av artiklene som er inkludert. Reliabiliteten i studien er søkt ivarettatt ved grundig redegjørelse for både planlegging og gjennomføring av søk og analyse.

Når man snakker om validitet, henviser man til at det skal være en logisk sammenheng mellom prosjektet/forskningen og det man ønsker å finne svar på. Forskningen skal være gyldig. Det skilles mellom ulike typer av validitet. Intern validitet handler om selve studiet – har man brukt relevante kartleggingsskjema og relevante begreper? Det er viktig at både spørsmål som stilles og skjemaer som benyttes gir gyldige svar på det man har spurt om. Den andre type validitet er ytre validitet. Dette handler om overførbarhet og kontekst og

sammenheng er viktige stikkord her. Å vurdere validitet skal gjøres i alle faser av forskningen (Malterud, 2018, s23-24, Befring, 2015, s.37. Kvale & Brinkman, 2019, s. 289)

Når man snakker om validitet, snakker man om studiens gyldighet i forhold til om den undersøker det som var intensjonen og om forskeren har benyttet den riktige forskningsmetoden for å komme frem til svarene på sin problemstilling (Malterud 2018, s. 192-193, Johannessen,2016, s.36). Jeg har hele tiden bevisst gått tilbake til problemstillingen og sett den opp imot de studiene jeg har valgt ut. Når man skriver en litteraturstudie er det viktig å gjennom hele prosessen hatt et bevisst forhold til egenpåvirkning til materialet, både i forhold til hva man inkluderer og hva man velger ut. Dette gjelder både i utvelgelsen av hele artikler, men også hva man har sitt fokus på i oppgaven.

### 3.6 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Da jeg skulle starte med søkeprosessen etter aktuelle artikler, måtte jeg først sette opp aktuelle inklusjons og eksklusjonskriterier (Aveyard, 2023). Ved å sette gitte kriterier ville det forenkle søkeprosessen og bidra til å finne relevante studier, samt selektere ut de som ikke skulle inkluderes i oppgaven (Aveyard, 2023, Støren, 2013).

Fig 2: inklusjons og eksklusjonskriterier

<b>INKLUSJONSKRITERIER</b>	<b>EKSKLUSJONSKRITERIER</b>
-måtte være skrevet på engelsk eller skandinavisk språk	- artikler som ikke var skrevet på engelsk eller skandinavisk språk
-være fra Vest-Europa eller Skandinavia,	-land utenom Vest-Europa og Scandinavia
-Fagfellevurdert/peer-review	-ikke fagfellevurdert
-publisert forskning	-upublisert forskning
- nyere enn ti år	-eldre enn ti år
-må inneholde forskning om mennesker med EUPF, holdninger eller relasjon	-artikler som ikke inneholder forskning om EUPF, holdninger eller relasjon

Det er ingen satte regler for akkurat hvor mange artikler som skal være med i en systematisk oversikt, og antallet bestemmes ut ifra hva som finnes av litteratur/studier. Jeg hadde likevel en tanke om at jeg skulle inkludere ca. 10-12 artikler i mitt arbeid, alt etter som hvor relevante

artiklene studiene ville vise seg å være og om jeg vurderte funnene til å dekke. Det var også dette som ble sagt i skolesammenheng, og det jeg har fått anbefalinger om. Også Aveyard (2023, s. 152) anbefaler dette antall.

### 3.7 Kvalitetsvurdering av datamaterialet

I en litteraturstudie er det viktig å gjøre en kritisk vurdering av alle artiklene som er inkludert (Aveyard, 2023, s.105-106). Det finnes flere ulike sjekklister man kan benytte seg av og det finnes ulike sjekklister til de ulike forskningsdesignene. Jeg har valgt å benytte meg av kvalitetssjekklister fra helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022), samt at jeg i tillegg har valgt å bruke Aveyards 6 spørsmål til kritisk forskning. Disse er generelle og kan benyttes på alle typer av forskningsartikler (Aveyard, 2023, s.105-106)

Jeg hadde først tenkt å bare inkludere kvalitative studier i min oppgave, men jeg fant raskt ut at også artikler med kvantitativt design kunne gi relevant kunnskap. Både kvalitative og kvantitative studier kan bidra til ny innsikt i temaet som ønskes utforsket, men på hver sin måte. Innholdet i de inkluderte kvalitative artiklene består av beskrivelser av hva man tenker skal til for å klare å skape en god terapeutisk allianse, samt hva som bidrar til å svekke den. Temaet allianseruptur/brudd er også tatt med, da jeg mener dette er en viktig del av selve alliansen - spesielt i jobben med mennesker med EUPF. Under sees en kortversjon av kvalitetsvurderingen av artiklene. En utvidet versjon er lagt ved som vedlegg, vedlegg 1.

Figur 3: Kvalitetsvurdering av artiklene

<b>Forfatter/årstall</b>	<b>Kvalitet</b>
<b>Artikkel 1</b> Romeu- Labayen et al (2021)	10/10
<b>Artikkel 2</b> Folmoe et al (2020)	10/11
<b>Artikkel 3</b> Folmoe et al(2019)	10/11
<b>Artikkel 4</b> Dimaggio et al (2019)	9/11
<b>Artikkel 5</b> Gersh et al (2017)	9/11
<b>Artikkel 6</b> Ditlefsen et al(2021)	10/10
<b>Artikkel 7</b> Culina et al (2021)	10/11
<b>Artikkel 8</b> Guimond et (2022)	10/11
<b>Artikkel 9</b> Schenk et al (2019)	10/11
<b>Artikkel 10</b> Barnicot et al (2022)	10/10
<b>Artikkel 11</b> Romeu-Labayen et al (2020)	10/10



### **3.8 Analyse av data**

I prosessen med å analysere de utvalgte artiklene har jeg tatt utgangspunkt i Aveyard (2023) sin fremgangsmåte for tematisk analyse. Denne er beskrevet i hennes bok: *Doing a Literature Review in Health and Social Care: A Practical Guide*. Tematisk analyse har som mål å oppsummere og identifisere felles tema i utvalgt litteratur. I Aveyard (2023, s.158) sin fremgangsmåte for en tematisk analyse beskriver hun identifisering/utviklingen av tema som den første fasen. Ved tematisk analyse er det viktig å gjøre seg godt kjent med de inkluderte artiklene før analysen kan starte (Aveyard, 2023). Dette gjøres ved grundig gjennomgang av funn/resultatdelene i de ulike artiklene. Målet er ikke bare å oppsummere resultatene fra studiene, men å forsøke å danne en større helhet, ved å sammenligne, tolke og sammenstille. Artiklens funn- eller resultatdel ble oversatt til norsk, og ført inn i et eget Word dokument, der jeg lagde nok en tabell (figur 5).

Tematisk analyse har som målsetting å oppsummere og identifisere felles tema i utvalgt litteratur. Denne prosessen går ut på å skrive ned artiklens temaer og undertemaer, deretter finne nøkkelord som beskriver hovedinnholdet i hvert tema (Aveyard, 2023, s.153-156). Etter hvert klarte jeg å se at det var ulike hovedområder/temaer som de ulike artiklene omhandlet. I tillegg utpekte det seg flere undertemaer. Jeg hadde i starten nokså mange både hoved og undertemaer, men klarte å begrense det til tre hovedtemaer. Denne prosessen har vært en dynamisk prosess, og både hovedtemaer og undertemaer har endret seg underveis.

I det siste steget i analysedelen skal det settes nye «merkelapper» på temaene. Å skulle ta «et steg opp», å forsøke å ha et sammenstillende overblikk, var ikke så enkelt. I denne prosessen måtte jeg også forkaste enkelte tema som ikke passet direkte inn med problemstillingen. Jeg har også endt opp med å forkaste en artikkel jeg etter hvert følte ikke passet direkte inn i problemstillingen, selv om jeg hadde kvalitetsvurdert artikkelen, sammenfattet den og beskrevet den. Jeg har i tillegg laget en tabell der jeg har ført opp artiklens hovedtemaer og undertemaer. Se nedenfor (Aveyard, 2023, s.152-156).

Figur 4: Hovedtemaer og undertemaer

Hovedtema	Undertema
Relasjonelle utfordringer	Allianseruptur – og reparasjon Tilknytningsproblematikk og relasjonelle utfordringer hos pasient Allianseutvikling Motoverføringer
Holdninger og egenskaper hos behandler	Holdninger og stigma Egenskaper hos behandler Egenskaper hos klient/pasient
Kunnskap og kompetanse	Psykoedukasjon Ferdigheter hos behandler

### 3.9 Forskningsetiske vurderinger

I enhver forskning som gjøres vil man måtte gjøre ulike etiske overveielser underveis. Hvilke vurderinger som må tas avhenger av hvilken type forskning som blir gjort og av hvilken gruppe den forskes på. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) er et uavhengig og rådgivende organ, som har ansvar for å utarbeide nasjonale forskningsetiske retningslinjer. Forskningsetikk består av et sett grunnleggende normer, blant annet sannhetsnormer, metodologiske normer og institusjonelle normer. Begrepene redelighet og hederlighet er her sentrale og er ansett som grunnleggende etiske prinsipp (Befring, 2015, s.28),

En litteraturstudie skiller seg fra andre studier ved at det ikke inneholder direkte personopplysninger. På bakgrunn av dette trenger man heller ikke søke Sikt om godkjenning. I en litteraturstudie er man likevel nødt til å gjøre etiske overveininger og vurderinger. Forskeren har fortsatt et ansvar for at de inkluderte artiklene har fulgt etisk korrekte metoder og at det i disse er gjort etiske vurderinger. Prinsippet om etisk forvarlighet er fremdeles til stede. Jeg har i min litteraturstudie sett over alle artiklene og passet på at de følger etiske standarder for forskning og at dette er spesifikt nevnt. Også i hver enkelt sjekklister for kvalitetsvurdering av forskningsartikler er det spesifikt stilt spørsmål i forhold til det etiske aspektet. På alle sjekklister har jeg kunnet krysse av for at dette er godkjent.

### 3.10 Studien styrker og svakheter

I følge Aveyard (2023, s. 175) er det svært viktig å være kritisk til egen forskning og reflektere over sin egen rolle som forsker. Som helt ny i forskerverdenen er det viktig å ta

med i betraktning at jeg kan ha gjort valg både i forberedelsesfasen, da jeg valgte ut min litteratur og også underveis i skriveprosessen, som jeg nok ikke ville ha gjort dersom jeg var mer erfaren. Jeg har blant annet gjort ting i litt annen rekkefølge enn det jeg kanskje burde gjort, og som jeg sannsynligvis kommer til å gjøre annerledes dersom jeg skriver en masteroppgave en annen gang. Fordelen med å skrive denne litteraturstudien er at jeg har fått lov til å sette meg grundig inn i et tema jeg kjente godt til, men hadde behov for mer grundig innføring i. Jeg har også lært meg det grunnleggende om metode.

Selv om jeg har skrevet denne masteroppgaven over tid, har jeg likevel kjent på begrensninger i tid. Jeg har skrevet denne oppgaven ved siden av full jobb, og ofte har jeg ikke hatt kapasitet til å skrive på oppgaven etter vanlig arbeidstid. Jeg valgte en litteraturstudie, da jeg tenkte at dette ga meg muligheten til å ta ting i mitt eget tempo og ikke være avhengig av å sette av tid til intervjuer med andre, ved for eksempel en kvalitativ studie. I og med at jeg i min studie har valgt å ta med både kvalitative og kvantitative studier, har jeg måttet sette meg inn ulike typer forskningsdesign jeg ikke har hatt så mye kunnskap om fra før. Dette har vært utfordrende, men lærerikt.

## 4.0 RESULTATER/FUNN

I denne delen av oppgaven ønsker jeg først å presentere artiklene, for deretter å sammenfatte de tematisk (fig 5) Jeg har satt opp alle inkluderte artikler i en litteratormatrise, der jeg har presentert alle artikler skjematisk med forfatter/år/land, tittel, formål for studien, metode og resultat. Dette har jeg gjort for å få en systematisk oversikt. Funnene vil videre bli diskutert opp mot teoridelen i diskusjonsdelen i kapittel 5.

### 4.1 Presentasjon av de inkluderte artiklene

Fig 5: litteraturoversikt

Forfatter, publikasjonsår	Tittel	Formål	Metode	Utvalg	Resultater og hovedfunn
<b>Artikkel 1 (2021)</b> M. Romeu-Labayen, G.Tort-Nassarè, M. Assumpta Rigol Cuàdra, R. Giralt Palou, P.Galbany-Estrapuès  Publisert I Journal of mental health nursing	<i>The attitudes of mental health nurses that support a therapeutic relationship: the perspective of people diagnosed with BDP</i>	-beskrive hvordan mennesker med EUPF i bedring har erfart holdningers betydning i en terapeutisk allianse	Kvalitativ deskriptiv analyse  Semistrukturerte intervjuer	Det er intervjuet 12 pasienter som alle har BDP	Holdninger som styrket den terapeutiske relasjonen/alliansen: ikke-dømmende, ha humor, fleksibilitet, å ha tiltro til/tro på bedring og medmenneskelighet  Kunnskap om EUPF gir psykiatriske sykepleiere økt selvinnsikt, kunnskap og forståelse for enkeltindividene, samt økt innsikt i de terapeutiske utfordringene.
<b>Artikkel 2 (2020)</b> Folmoe, E.J., Stanicke, E., Johansen, M.S., Pedersen, G. & Kvarstein, E.H  Publisert i Psychoterapy Research	<i>Development of therapeutic alliance in mentalization-based treatment – goals, bonds, and tasks in a specialized treatment for borderline personality disorder</i>	- å undersøke allianseutvikling hos mennesker med EUPF som gikk i MBT -terapi, og som hadde ulike behandlingsresultat.	Kvantitativ metode. Longitudunell design  Klinisk resultat ble målt med GAF ved endt behandling, kvaliteten av alliansen ble vurdert via WAI.	155 mennesker med EUPF, behandlet poliklinisk med MBT i løpet av 2009-2016,  Utvalget ble delt i to, etter GAF-mål.	Hovedresultatet er at WAI-skåringen av alliansen var nokså lik i starten av behandlingen, både hos de med godt behandlingsresultat og de med dårlig behandlingsresultat. Hovedkonklusjonen er at gode behandlingsresultater ser man i størst grad der den terapeutiske alliansen vokser over tid..
<b>Artikkel 3 (2019)</b>	<i>Personality disorder: Battles of the</i>	Å vise hvordan strategisk kompetanse,	Kvalitativ studie.	4 mennesker med	En tydelig strategisk kompetanse hos behandler er

<p>Folmo, E.J., Karterud, S.W., Kongerslev, M.T. Kvarstein, E.H., Stænicke, E.</p> <p>Publisert i Journal of Contemporary Psychology</p>	<p><i>Comfort Zone: Modelling Therapeutic Strategy, Alliance, and Epistemic Trust—A Qualitative Study of Mentalization-Based Therapy for Borderline</i></p>	<p>allianse og grunnleggende tillit interagerer sammen for enten å skape eller hindre terapeutiske prosessen.</p>		<p>EUPF, behandlet med MBT. Gjort et utvalg fra 108 samtaler.</p>	<p>essensielt for "skape en terapeutisk relasjon..</p> <p>- De var mer utfordrende og fikk pasientene ut av komfortsonene.</p> <p>-Relasjonelle problemer hos mennesker med UEPF er fiendtlighet, usikker tilknytning, og forstyrret grunnleggende tillit. Disse faktorer vil alle utfordre den terapeutiske alliansen.</p>
<p><b>Artikkel 4 (2019)</b></p> <p>Dimaggio, G., Kramer, U., Maillard, P., MacBeth, A.</p> <p>Publisert i Journal of Contemporary Psychotherapy</p>	<p><i>Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological Treatment for Borderline Personality Disorder</i></p>	<p>Å se på sammenhengen mellom metakognisjon, terapeutisk allianse og behandlingsutfall Hypotesen er at jo større evne til metakognisjon man har, desto bedre evne vil den terapeutiske alliansen bli. Dette vil i sin tur påvirke utfallet positivt.</p>	<p>Sekundæranalyse av randomiserte studie</p>	<p>36 pasienter med BPD inkludert</p>	<p>-metakognitive evner ved inntak, fra pasientens side påvirker ikke utviklingen av alliansen. Fra behandlerens side viser det derimot en sammenheng. Høyere metakognitive evner hos pasient gjør behandler mer positivt innstilt.</p> <p>-I møte med pasienter med lavere metakognitive evner kunne behandler oppleve pasientene som lite samarbeidsvillige og fiendtlige. Dette kan føre til negative holdninger/ Motoverføring</p>
<p><b>Artikkel 5 (2017)</b></p> <p>Gersh, E., Hulbert, Carol A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worutniuk, T., &amp; Chanen, A.M.</p> <p>Publisert i Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice</p>	<p><i>Alliance Rupture and Repair Process and Therapeutic Change in Youth with Borderline Personality Disorder</i></p>	<p>Målet i studien var å studere alliansebrudd og reparasjon i psykoterapi med unge med BPD. -Studien forsket på om alliansen påvirkes av type behandling, behandlingsfase og om utfallet påvirkes av brudd /reparasjon</p>	<p>RCT sekundær analyse</p> <p>sammenligning av to typer behandling, finne ut om det er variasjonen mellom ulike behandlinger</p>	<p>44 pasienter, alle med EUPF, mellom 15-24 år, ble inkludert i studien</p>	<p>-i arbeid med unge med EUPF er alliansebrudd sannsynlig</p> <p>- I begynnelsen er drop-out og unnvikelse som fører til alliansebrudd, senere konfrontasjoner.</p> <p>- I startfasen kan alliansebrudd og reparasjonsprosesser føre til dårligere behandlingsutfall, men når alliansen anses trygg kan konfrontasjoner føre til terapeutisk endring.</p> <p>alliansebrudd er mer sannsynlig i begynnelsen av en behandling.</p> <p>- det er forskjell på ulike behandlinger.</p>
<p><b>Artikkel 6 (2021)</b></p> <p>Ditlefsen, I.T., Nissen-Lie, H.A., Andenæs, A., Normann-Eide, E.,</p>	<p><i>"Yes, There is Actually Hope!"—A Qualitative Investigation of How Patients Experience</i></p>	<p>-å finne ut hvordan pasientene opplever MBT og dens psykoedukasjon. Hvilke kvalitative</p>	<p>Kvalitative intervjuer</p>	<p>Det er intervjuet 12 pasienter som alle har EUPF</p>	<p>4 hovedtemaer</p> <p>1. Gruppen: mindre skam, lære fra andre</p> <p>2. Få verktøy troverdig og lettere å forstå. en følelse av håp,</p> <p>-økt kunnskap om mentale prosesser og kommunikasjon</p>

Selsbak-Johansen, M., Kvarstein, E.F.  Publisert i Journal of Psychotherapy Integartion	<i>Mentalization-Based Psychoeducation Tailored for Borderline Personality Disorder</i>	opplevelser kan må få? Da spesielt psykoedukasjon i gruppe.			3.Forberedt på langtidsbehandling -stole mer på terapien 4. Krav  -fellesfaktorer som essensielt for bedring i terapi. - kvaliteten på den terapeutiske alliansen, behandlers empati, pasientens positive forventninger
<b>Artikkel 7 (2021)</b>  Culina, I., Fiscalini, E., Chantal, M-S. & Kramer, U.  Publisert i Clinical Psychology & Psychotherapy	<i>The first session matters: Therapist responsiveness and the therapeutic alliance in the treatment of borderline personality disorder</i>	-å undersøke virkningen av behandlers responsivitet i den aller første terapitimen. Både fra behandlers side og fra pasientens perspektiv. Hypotesen er at behandler allerede i det første møtet har stor påvirkningskraft	Målt via Wais-s, både ved baseline og slutt, etter hver terapi time over en 10-ukers periode. Og er skåret på behandler med høy og lav responsivitet	13 terapeuter og 47 pasienter.	Funn: terapeutens responsive evner gir ingen påvirkning på pasientens skåring av alliansen, men desto høyere skåret responsivitet desto bedre skårer behandler alliansen. Dette kan tyde på at når behandler vet at de gjør mye riktig fra et teoretisk ståsted, skårer de alliansen høyt. Pasienten skårer kanskje alliansen høyt etter hvordan de har det, og da er kanskje 10 møter kort tid.  Ingen ting som viser at behandler allerede i første møte har stor påvirkning.
<b>Artikkel 8 (2022)</b>  Guimond, T.H., Varma, S., Wnuk, S.M. & McMain, S.F.  Publisert i Personality disorders: Theory, Research and treatment	<i>A longitudinal approach to evaluating therapist and client contributions to alliance on outcomes in borderline personality disorder</i>	-studere påvirkning fra pasientens, behandlers og den dyadiske effekten/det som skjer i relasjonen Hvilken påvirkning har dette på den terapeutiske alliansen.	Behandlings utfall ble målt etter generell psykisk alvorlighetsgrad, samt interpersonall fungering. Dette ble målt ved baseline (start), og hver 4 måned.	Sekundær analyse av RCT. De måtte ha vært i behandling med DBT eller GPM i minst 12 mnd. 156 deltagere med EUPF diagnose.	Bidrag fra klient/dyadiske faktorer er et bedre mål på utfall enn bidrag fra terapeut -det er en bedre å se på alliansen over tid (bedre prediktor for utfall enn å kun måle det på et bestemt punkt). - i tillegg til å styrke alliansen er det viktig å øke stabiliteten i alliansen - Relasjonen/alliansen endrer seg ofte over tid
<b>Artikkel 9 (2019)</b>  Schenk, N., Zimmermann, R., Fürer, L., Krause, M., Weise, S., Michael Kaess M., Schlüter-Müller, S & Schmeck, K.	<i>Trajectories of alliance ruptures in the psychotherapy of adolescents with borderline personality pathology: timing, typology and significance</i>	Undersøke timing/når, typologien og betydningen av allianserupturer i behandlingen av mennesker med EUPF.	10 pasienter, 1 gutt og 9 jenter ble inkludert i studien. Alle fra behandling i poliklinikk for ungdom.	Allianserupturer og løsninger ble kodet i 187 terapi timer System. Mixed-Effects modeller ble brukt for	Det finnes to ulike typer av allianseruptur. Tilbaketrekningsruptur og konfrontasjonsruptur. -allianseruptur er svært vanlig og at man må forvente at det skjer hos ungdom med EUPF -allianserupturer er ikke tegn på en ødelagt allianse, men er heller en del av en normal prosess for å danne en identitet hos en ungdom med EUPF.

				statistisk analyse.	
<p><b>Artikkel 10 (2022)</b></p> <p>Barnicot, K., Redknap, C., Coath, F., Hommel, J., Couldrey, L. &amp; Crawford, M</p> <p>Psychology and psychotherapy. Theory, research and practice.</p>	<p><i>Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes</i></p>	<p>Finne felles og unike faktorer for MBT og DBT, både virksomme og ikke virksomme terapiprosesser.</p>	<p>Dybdeintervjuer, kvalitative. Kombinert med kvantitative målinger.</p>	<p>73 med BPD, behandlet med enten MBT eller DBT. Målt ved baseline og etter 12 mnd.</p>	<p>Hva er forskjellen på DBT og MBT.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Følelse av å bli forstått og få andre perspektiver.</li> <li>-Støtte og en-til-samtaler</li> <li>-Mindre impulsivitet.</li> <li>-være spørrende til egne tankemønstre.</li> <li>-Bedret kommunikasjon, Noe var negativt: vanskelige følelser kommer opp, vanskeligheter i alliansen, smertefullt. Mye var likt på begge behandlinger.</li> </ul>
<p><b>Artikkel 11 (2020)</b></p> <p>Romeu-Labayen, M., Assumpta Rigol Cuadra, M., Galbany-Estragues, P., Corbal, S.B, Giralt Palou, R.M., &amp; Tort-Nasarre, G.</p> <p>Publisert i International Journal of mental Health Nursing</p>	<p><i>Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the therapeutic relationship with mental health nurses</i></p>	<p>Å finne hvilke faktorer i den terapeutiske alliansen som mennesker med BDP/EUPF synes hjelper i deres recovery.</p>	<p>Kvalitativt deskriptivt design</p>	<p>Hoveddiagnose EUPF, gått til behandling i kommunal regi i minst 2 år.</p>	<p>Fant 408 ulike meninger, delt inn i syv hovedtemaer. Hovedtemaene er: få kunnskap – målet med individuelle avtaler. Bygge tillitt. Bli styrket gjennom validering – empowerment. Respektert, sett og hørt, at man ha en verdi.</p> <p>-sykepleiere gir noe dårligere omsorg i form av verbale responser, til pasienter med EUPF. Også rapportert noe motoverføringer.</p>

I jobben med å se på og sammenstille alle artiklene, er det tre hovedtemaer som stikker seg ut. Dette er holdninger og egenskaper hos behandler, relasjonelle utfordringer hos pasient og behandler og kunnskap/kompetanse. Som nevnt tidligere, i punkt 3.8 har jeg også laget noen undertemaer, som jeg vil komme tilbake til i denne delen av oppgaven. Jeg har ikke laget egne avsnitt til alle undertemaer, da dette bidro til at oppgaven fikk mindre sammenheng. Holdninger og egenskaper er et eget avsnitt, selv om jeg anser de for å være to litt ulike, men likefullt overlappede undertemaer.

## 4.2 Relasjonelle utfordringer hos pasient og behandler

### 4.2.1 Tilknytningsproblematikk og pasientens relasjonelle utfordringer

I flere av artiklene har man sett på de ulike relasjonelle utfordringer som mennesker med EUPF sliter med, og som kan føre til problemer når man skal både skape og beholde en terapeutisk allianse. I Folmoe et al (2019) blir mennesker med EUPF karakterisert som usikre i nære relasjoner. De har problemer med å regulere følelser og de har i tillegg en redusert evne til mentalisering. I tillegg skriver Folmoe et al at fiendtlighet og en forstyrret grunnleggende tillit gjør det utfordrende å skulle skape en terapeutisk allianse (Folmoe et al, 2019). I artikkelen til Guimond et al (2022) beskrives både vanskeligheter med selve relasjonene, dysregulering, det å være sensitive for avvising/bli forlatt og sensitive for kritikk som vanskeligheter som kjennetegner diagnosen og som videre gjør alliansebygging særdeles utfordrende.

Barnicot (2022) sammenligner MBT og DBT, og studien tar også for seg hva som kan være vanskelig i behandlingen. Det som beskrives som utfordringer er at vanskelige følelser kommer opp, det kan bli utfordringer i alliansen og brudd i alliansen, dette kan være smertefullt. Hele 55 av 79 av pasientene skrev av de hadde vanskelige følelser i forhold til behandler og følte seg misforstått. Vanskeligheter i å interagere med andre pasienter er også beskrevet og det å snakke om ting som har skjedd i 1-1 samtaler kan også være smertefullt. Mye var likt på begge behandlinger.

### 4.2.2 Utvikling av allianse

Tidligere er det gjort lite forskning på den helt tidlige påvirkningen som behandler har, i det aller første møtet. I Culina et als (2021) artikkel har studien som mål å finne ut om det stemmer at behandler allerede i den første samtalen kan påvirke etableringen av en terapeutisk allianse. Hypotesen er at behandler allerede i det første møtet har stor påvirkningskraft ved væremåte og responsive evner og at det øyeblikket behandler og pasient møtes første gang er av helt avgjørende verdi for både videre behandling og resultat. Resultatet ble ikke helt som ventet. Den type allianse som ble skåret høyest ved starten av en allianse er den som er skåret av behandler. Terapeutens responsive evner ga ingen utfall på hvordan pasientene skårer alliansen, men desto høyere skåret responsivitet desto bedre skårer behandlere alliansen.

I Guimonds et als (2022) studie har man også undersøkt behandlers og pasienters bidrag inn i alliansen. Allianse ble målt med WAI-s (Working Alliance Inventory- short), som måler



styrken på goals, tasks og bond og behandlingsutfall ble målt med SCL-90. Resultatene viste at det var klientens bidrag inn i alliansen, og ikke terapeutens, som hadde aller mest betydning for utfallet. Guimonds et al (2022) sier også at man nødt til å se på alliansen over tid, at det er et bedre prediktor for utfall enn å kun måle det på et bestemt punkt. Studien viste i tillegg at bidrag fra klient/dyadiske faktorer er et bedre mål på utfall enn bidrag fra terapeut – dette basert på målinger som er gjort av tidlig allianse. Studien til Guimond et al (2022) sier også at mellommenneskelige relasjoner kan for de mennesker med EUPF være svært vanskelig, og det er sannsynlig at i tillegg til å kun sette fokus på å styrke allianser i øyeblikket, er det svært viktig å fokusere på en stabil allianse over tid.

I artikkelen fra Folmo et al (2020) har man også utforsket den terapeutiske alliansen over tid, hos mennesker med EUPF, som har både gode og dårlige resultater av behandling med MBT. Hovedresultatet i denne studien er at WAI-s-skåringen av goals, bonds og tasks var nokså lik i starten av behandlingen, både hos de med godt behandlingsresultat og de med dårlig behandlingsresultat, men i gruppen av de med godt behandlingsresultat var det en signifikant økning i kvaliteten på alliansen. Hovedkonklusjonen er at gode behandlingsresultater ser man i størst grad der den terapeutiske alliansen vokser over tid.

#### *4.2.3 Allianseruptur – og reparasjon*

Noe som skjer regelmessig i behandlingsrelasjoner og der man skaper en terapeutisk allianse – er at man opplever allianserupturer. En allianseruptur vil si at det blir en ruptur/en ødeleggelse i samarbeidet om mål og oppgaver, samt vanskeligheter i relasjonen. I Schenk et al sin artikkel (2019) var målet å undersøke betydningen av allianserupturer i behandlingen, samt å se på hvile typer rupturer som finnes. Ifølge Schenk et al (2019) må man forvente at allianserupturer skjer når man arbeider med mennesker med EUPF, og da spesielt ungdom med EUPF. Resultatene av studien viser at det finnes to typer brudd som er mest vanlige; tilbaketrekningsrupturer og konfrontasjonsrupturer. De mest vanlige tilbaketrekningsrupturer er lite respons fra pasienten, unnvikelse og benektelse. De mest vanlige konfrontasjonsrupturer er at pasienten går i forsvar og benekter, klager på behandler, eller avviser behandler. Årsaker til brudd i alliansen kan være selvkritikk, følelse av håpløshet, forsøk på å kontrollere behandlere, klager på lite fremgang. Allianserupturer kan skje når som helst og i alle faser av behandlingen. Allianserupturer er ikke tegn på en ødelagt allianse, men er heller en del av en normal prosess for å danne en identitet hos en ungdom med EUPF.

Også i Gersh et al sin artikkel (2017), er resultatet at i behandling av mennesker med EUPF, særlig yngre, er det mer sannsynlig at et alliansebrudd (eller flere) vil komme til å skje, enn at det ikke gjør det. I begynnelsen er det drop-out og unnvikelse som mest av alt fører til alliansebrudd, senere er det konfrontasjoner. I startfasen av terapi kan alliansebrudd og reparasjonsprosesser føre til dårligere behandlingsutfall, men når allianse har vært lenge og anses som trygg kan konfrontasjoner føre til god terapeutisk endring og bedret behandlingsutfall. I Gersh et al (2017) kommer det også frem at mengde alliansebrudd kan variere i forhold til ulike behandlinger, noe er for eksempel mer krevende enn andre. Dette har likevel ikke noe å si på selve utfallet av behandlingen. I artikkel «The battle of the comfortzone» tar man for seg viktigheten av å tørre å utfordre komforsonen, selv om man kanskje vil oppleve brudd i alliansen innimellom. Forskningen viser at resultatene blir bedre ved trygge konfrontasjoner, enn i behandlingsforløp som kun er preget av støtte og empati.

#### *4.2.4 Motoverføringer som sentral problematikk*

I flere av studiene som er undersøkt kommer det frem at motoverføring er et begrep som stadig går igjen. Det kan være svært belastende over tid å stå i behandler -pasient forhold med mennesker som har en EUPF diagnose, og det er viktig å være klar over dette når man jobber klinisk. EUPF har mange diagnostiske kriterier som kan utfordre dynamikken i en relasjon. I Folmoe et al (2019) blir det å skulle takle motoverføringer en del av den strategiske kompetansen, som artikkelforfatterne mener det er svært viktig å inneha (Folmoe et al, 2019).

I følge Culina et al (2021) er andre elementer som kan bidra til å påvirke alliansen og skape motoverføringer faktorer som selvskading, selvmordstanker eller stadig behov for flere eller lengre terapitimer. Utfordringer for behandlere kan ofte være å ikke falle for å tilfredsstille øyeblikkelige behov eller å være tilgjengelig til enhver tid. Også i Romeu-Labayen et al artikkel fra 2021 påpekes det at noen av elementene som fører til reaksjoner fra helsevesenet/behandlere er blant annet faren for selvskading og selvmord, da dette fører til både uro og ubehag blant de profesjonelle, da dette er oppførsel som kan være vanskelig å takle og som ofte fører til at man føler seg maktesløse og ikke vet hva man skal gjøre. Dette igjen kan føre til negative holdninger. Også i Romeu-Labayen et als artikkel fra 2020 rapporterte noen sykepleiere om uhensiktsmessige reaksjoner i arbeidet med EUPF som kunne være lite hjelpsomme både for dem selv og pasientene.

### 4.3 Holdninger og egenskaper hos behandler og pasient

I Romeu-Labayen et al sin artikkel fra 2021 undersøkte de hva som var de viktigste egenskapene hos behandler for å skulle skape en terapeutisk allianse. I artikkelen ble det intervjuet 12 pasienter, som alle hadde EUPF og som var i bedring. De ble alle spurt om hva som hadde hjulpet dem og hvilke holdninger hos sykepleier/behandler som hadde vært positive. Funnene kunne deles inn i fem temaer: Tro på bedring, inneha en ikke-dømmende holdning, humor, tilgjengelighet og medmenneskelighet (Romeu-Labayen, 2021, s.321)

Også i artikkelen til Romeu-Labayen (2020) ble det funnet at sykepleiere gir noe dårligere omsorg til pasienter med EUPF enn andre lidelser. Studien viser at sykepleiere hadde flere negative responser til EUPF-pasienter enn andre pasienter. Dette ga uttrykk i redusert empati, sympati, positive følelser og optimisme. I tillegg rapporterte noen sykepleiere om uhensiktsmessige reaksjoner i arbeidet med EUPF som kunne være lite hjelpsomme både for dem selv og pasientene. Det som belyses som viktige kvaliteter i studien er å bli styrket som person gjennom validering, at man kan ha tillitt til sykepleier, at man blir sett og hørt, at man blir respektert for den man er, slik at man har en verdi i seg selv.

Studien til Culina et al (2021) legger stor vekt på behandlers responsivitet i terapitimen. Responsivitet beskrives som å være åpen, sensitiv og omsorgsfull, tilgjengelig og tilstedeværende, at man «tuner» inn på pasienter, er i øyeblikket, legger fra seg egne ting og har fullt fokus på pasienten man har i terapien. Et godt norsk ord for «responsiveness» er oppmerksomhet. Å være responsiv er en holdning, en måte å være på og en evne til å være fleksibel og åpen for den andres mål, behov og ønsker. Terapeutens oppmerksomme evner er sentralt for suksess i terapien.

I Folmoe et als (2019) artikkel «The battle of the comfortzone» viser resultatene at det i relasjon med dårlig fungerende personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er svært viktig å skulle konfrontere pasientens dysfunksjonelle mønstre, derav tittelen «the battle of the comfortzone». Dette er en del av behandlers strategiske kompetanse, men også en evne behandler innehar.

I Barnicot et al (2022) undersøker har de undersøkt 73 mennesker med EUPF, behandlet med enten MBT eller DBT. Målet var å se hvilke faktorer i den terapeutiske alliansen som mennesker med BDP/EUPF synes hjelper i deres recovery. Resultatene fra denne studien er at det å bli forstått og få støtte av sykepleier/behandler anses som svært viktig. De viktigste faktorene de kom frem til i studiene er; støtte i individuelle samtaler, følelse av å bli forstått

og få andre perspektiver, lære å være mindre impulsive, være spørrende til egen tankemønstre, få bedret kommunikasjon, bli mer selvbevisst, samt lære stressreducerende teknikker.

I studien til Dimaggio et al (2019) gikk de ut fra en hypotese om at pasienter som hadde en større metakognitiv evne også hadde en større evne til å danne en terapeutisk allianse som i sin tur førte til et bedre behandlingsresultat. Metakognitive evner inkluderer tre store emner; selvrefleksjon, forståelse av den andres sinn/forså hva andre tenker og føler, samt forså at den andres perspektiv er ulikt ens eget, løse relasjonelle problemer og berolige psykisk smerte (Dimaggio et al, 2019, s.144). Ved hjelp av WAI-S, kom det frem at de metakognitive evnene, (ved inntak), for pasienten, ikke hadde noe å si på utviklingen av den terapeutiske alliansen (Dimaggio et al, 2019, s. 150). For behandleren, derimot, hadde den metakognitive evnen hos pasient noe å si i forhold til den terapeutiske alliansen. Når pasienten innehadde disse evnene følte behandler seg mer velkommen, det mellommenneskelige båndet ble sterkere og motoverføringer var mindre sannsynlig.

#### **4.4 Kunnskap og kompetanse**

Å få mer kunnskap om diagnosen er svært viktig for behandlingsutfall og bedring. Dette gjelder både for pasienter/klienter mens også og minst like viktig for hjelperne. Dette er et gjennomgående tema i mange av artiklene.

I Romeu- Labayens artikkel (2021) legges det vekt på at forbedret kunnskap om EUPF vil gi sykepleiere økt selvinnsikt, kunnskap og forståelse for de enkelte pasientene. I tillegg vil det også gi økt innsikt i de terapeutiske utfordringene med akkurat denne pasientgruppen.

Ditlefsen et al (2020) gjorde en kvalitativ studie der de forsøkte å finne ut om psykoedukasjon i behandling med mennesker med EUPF hadde effekt, da spesielt psykoedukasjon i grupper. I undersøkelsen intervjuet de 12 pasienter som alle hadde EUPF selv og fikk på denne måten deres subjektive syn. Resultatet fra studien var at gjennom psykoedukasjon, både i grupper og individuelt får pasientene bedret kunnskap, både om egen sykdom og om egne tankemønstre og reaksjoner. Det legges vekt på det positive ved å lære fra andre i en gruppesetting og ved å dele opplevelser. I en gruppesetting initierte man følelser som mindre skam og man lærte fra andre. Terapien i seg selv virket også mer troverdig og enklere å forstå. Ut ifra denne undersøkelsen som ble gjort har det vist seg at psykoedukasjon og derav økt kunnskap har god effekt på behandlingsutfall (Ditlefsen et al, 2020). Det kom også frem at psykoedukasjon førte

til at pasientene ble mer motiverte for langtidsbehandling og man lærte også å stole mer på selve terapien. Det mest essensielle i undersøkelsen var at via den terapeutiske relasjonen og fokus på kunnskap om egen sykdom – og i gruppeterapi fokus på andres symptomer og en følelse av fellesskap og delt byrde – førte psykoedukasjonen til en følelse av et reelt håp om bedring. I denne første fasen er dannelsen av håp svært viktig og klare å skape en tro på at ting kan bli bedre.

I Folmoe et al (2019) artikkel «The battle of the comfortzone» viser resultatene at det i relasjon med dårlig fungerende personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er svært viktig å skulle konfrontere pasientens dysfunksjonelle mønstre, derav tittelen «the battle of the comfortzone». I undersøkelsen beskrives at en strategisk kompetanse hos behandler er essensielt for å skape en terapeutisk relasjon. Behandlerne som ble skåret høyt var bedre på å strategisk identifisere og undersøke negative mønstre hos pasienten. De var mer utfordrende og fikk pasientene ut av komfortsonene. Dette førte til sterkere allianser. Behandlerne som var skåret lavt var generelt sett dårligere på å utfordre pasientene, holdt seg innenfor trygge rammer og baserte mye av sin behandling på støtte og validering. Lavere skåret terapeuter kom ofte selv ut av sin egen komfortsone og forsøkte å komme tilbake til det trygge ved å være støttende. Selv om det kan være utfordrende for både terapeut og pasient å utfordre komfortsonen er dette svært viktig for behandlingsutfallet. I Folmoe et al undersøkelse kommer det frem at de behandlerne som var «ratet» høyest var mer villige til å utfordre pasientene, til tross for at dette ville skape en midlertidig disharmoni i relasjonen/alliansen. Høyt «ratete» behandlerne var flinke til å identifisere, undersøke og konfrontere. I Folmo et al (2019) fant også ut at der behandlerne var ratet lavt, var det motsatt. Den terapeutiske alliansen var svak og det var heller ikke noe positiv fremgang å spore. I samtaler kom ofte terapeutene selv ut av sin egen komfortsone, noe som igjen førte til at de måtte overkompensere med å med økt positivitet, enighet og støtte.

I studien til Barnicot et al fra 2022, som så på både fellesfaktorer og det unike hos MBT og DBT, ble det også bekreftet at behandling med psykoedukasjon i gruppe fikk positive tilbakemeldinger. Både det å møte forståelse hos likemenn, men også det å få andre perspektiver. Det ble også nevnt som positivt å være spørrende til egne tankemønstre.

I flere av artiklene påpekes det også at det er viktig at behandlerne har kompetanse om alliansebrudd og alliansereparasjon. Det er viktig at behandler har kunnskap om når og hvordan konfrontasjoner og «battle of the comfortzone» skal skje, slik at man kan skape best mulig terapeutisk allianse og få til et best mulig behandlingsutfall.

## **5.0 DISKUSJON AV SENTRALE FUNN**

Hensikten med denne masteroppgaven er å se på hvilken betydning den terapeutiske alliansen har i behandling av mennesker med EUPF, samt se på hvilke faktorer som bidrar til å påvirke denne. Hvilke faktorer må være til stede for at man skal klare å etablere en positiv og fruktbar terapeutisk allianse og hvordan skal man klare å bevare den? I oppgavens resultatdel er det tre hovedtemaer som utpeker seg som viktige, i tillegg finnes det flere undertemaer. I de neste underkapitlene vil jeg diskutere funnene i resultatdelen opp imot annen forskning og egen erfaring.

### **5.1 Håndtering av relasjonelle utfordringer hos pasient og behandler**

#### *5.1.1 Håndtering av tilknytningsproblematikk og relasjonelle utfordringer hos pasient*

Som vi har sett påvirker de relasjonelle utfordringer, både hos pasient og behandler, den terapeutiske alliansen. I tilknytningsteorien tidlig i oppgaven, er det beskrevet på hvilken måte mangel på tidlig tilknytning kan være en viktig negativ påvirkningsfaktor. Det å forstå betydningen av tilknytning er en viktig basiskunnskap for å forstå de relasjonelle utfordringene mellom pasient og behandler. Å forstå tilknytningsteorien og pasienters emosjonelle behov vil ha stor betydning for å forstå pasientene og kunne gi en behandling som fungerer. Som nevnt tidligere i oppgaven kjennetegnes mennesker med EUPF ved at de har et forstyrret selvbilde og usikkerhet knyttet til mål i livet og indre preferanser, tendens til å bli involvert i intense og ustabile forhold som ofte fører til emosjonelle kriser, overdrevne anstrengelser for å unngå avvísning, kronisk følelse av indre tomhet (Malt et al, 2018, s.264) ustabile og intense mellommenneskelige forhold, og en tendens til selvdestruktiv atferd, herunder selvmordshandlinger - og forsøk. Den manglende forankringen i seg selv, kan føre til at man blir avhengig av andre, og etablerer en sterk angst for å bli forlatt (Malt, et al 2018, s.256-266, Torgersen, 2021, s.244).

Mennesker med EUPF mangler den grunnleggende basale tilliten, og det er viktig å allerede fra den første timen – det første møtet jobbe med å skape tillitt og god allianse (Culina et al, 2021). I Culina et al (2021) presiseres det også at spesielt i forhold til mennesker som har EUPF kan den terapeutiske alliansen svært vanskelig å etablere, da dette er en pasientgruppe som allerede har store utfordringer med det relasjonelle og mellommenneskelige aspektet. Et av hovedkriteriene for denne diagnosen er ustabile relasjoner. Å skulle skape og utvikle en

stabil og positiv terapeutisk allianse kan derfor være ekstremt vanskelig og krever gode responsive evner hos behandler (Culina et al, 2021).

Culina (2021) fant i sin studie ut at terapeutens responsive/oppmerksomme evner ikke påvirker hvordan pasientens skårer alliansen i nevneverdig grad, men desto høyere skåret responsivitet desto bedre skårer behandler alliansen. Dette kan tyde på når behandlere vet at de gjør mye riktig fra et teoretisk ståsted, føler de at det går bra og da skårer de alliansen høyt. Pasienten skårer kanskje alliansen høyt etter hvordan de har det, og da er kanskje 10 møter (som undersøkelsen er gjort på) kort tid. I første møte klarer ikke pasientene å kjenne så mye på hvordan de opplever selve alliansen og i tillegg mangler mennesker med EUPF den grunnleggende tillitten til andre, følelsene er i stadig endring og det er ikke alltid de er i stand til å kjenne på at en allianse kan være god allerede fra første stund. I første møte med behandler møter pasienten gjerne opp med samme forventninger til behandler som man har blitt møtt i andre relasjoner tidligere, gjerne i relasjoner preget av mistillit og vonde minner. Akkurat derfor er det så viktig at man er «på» og «tunet» inn allerede fra første stund, selv om dette ikke nødvendigvis vil si pasienten vil skåre alliansen høyt fra første stund. De relasjonelle utfordringene henger tett sammen med holdninger og egenskaper hos behandler/sykepleier, da utfordringene «overvinnes» med gode og positive holdninger og egenskaper, samt kunnskap og kompetanse om de relasjonelle utfordringene. Selv om dette ikke er ny kunnskap, er det viktig for behandler å være klar over at spesielt i behandling med mennesker med EUPF vil man møte utfordringer i relasjon på en annen måte enn hos mennesker som for eksempel har problemer med angst og depresjon. Å behandle mennesker med EUPF kan til tider være svært krevende.

I følge Bordin og hans alliansenbegrep består begrepet av tre komponenter. Målsetting/goals, oppgavefordeling/task og relasjon/bond. Disse tre komponentene inneholder ulike elementer i forhold til hvilke pasientgrupper man møter og behandler. Når man jobber med utvikling av allianse i forhold til mennesker med EUPF, er det samtidig viktig å jobbe med alle de utfordringene de med EUPF står overfor. Dette kommer også til uttrykk i hver av de tre komponentene. Det er viktig å bli enige om felles mål ved oppstart av terapien. En viktig målsetting når man jobber med mennesker med EUPF kan for eksempel være å redusere symptomer og selvdestruktiv atferd (f.eks. selvskading), få økt impuls kontroll, få bedret følelsesregulering, styrke egen identitet, få et mer meningsfylt liv. Det er også viktig at det å klare å etablere mål er et eget mål i seg selv. Mennesker med EUPF kan ha vansker med å sette mål og evnen til å planlegge fremover kan være minimal. Det er viktige at målene man

setter er oppnåelige og «her og nå», for eksempel ringe for hjelp dersom man har det vanskelig, møte opp til timen, etc. (Oslo Universitetssykehus, 2021, NAPP, 2022, Ryum &Styles, 2005).

I en terapisetting er det også viktig at behandler og pasient fordeler oppgavene seg imellom. Hovedpoenget her er at pasienten får egne og helt konkrete oppgaver å fokusere på og behandler har sine. Det er essensielt at slike oppgaver er enkle, konkrete og gjennomførbare – gjerne fra time til time. Oppgavene for en pasient kan i starten for eksempel være det å komme til timen, holde seg i live, si fra hvis hen ikke kommer. Dette er også min erfaring i mitt arbeid med mennesker med EUPF, da særlig i kommunal regi. Spesielt i samtaler med pasienter som har uttalt selvmordsatferd, og der innleggelse ikke er aktuelt, kan helt enkle mål være å holde seg i live til neste gang vi møtes. Etter hvert kan oppgavene bli mer «avanserte», men det er likevel svært viktig med fokus på gjennomførbarhet og «i livet». En annen oppgave, som for eksempel kan fordeles til behandler, er hvem som tar ansvar ved en allianseruptur (Oslo Universitetssykehus, 2021, Ryum &Styles, 2005).

Det emosjonelle båndet/utvikling av relasjonen (bond) er den tredje og siste faktoren i alliansen. I første møte med denne pasientgruppen er fokuset å bygge en terapeutisk allianse som er holdbar over tid. EUPF utvikles gjerne grunnet traumatiske opplevelser. Å ha opplevd traumatiske hendelser i oppveksten, kan ifølge Hummelvoll (2012) føre til vanskeligheter med å etablere tillitt til andre mennesker. Pasienten trenger en som er til å stole på og det er viktig å gjøre terapien som en «trygg base». Styrken i alliansen mellom behandler/sykepleier og pasienten kan avgjøre effekten av behandlingen (Oslo Universitetssykehus, 2021, Ryum &Styles, 2005).

### *5.1.2 Allianseruptur, alliansereparasjon og allianseutvikling*

Flere av undersøkelsene legger vekt på at det er viktig å være klar over at det mest sannsynlig vil komme til skje et brudd i alliansen med pasienten på et tidspunkt, eller flere (Gersh et al, 2017, Schenk et al, 2019) og det er da viktig at behandler har en forståelse av dette og en kunnskap om hvordan man står i dette. I Schenk et al (2019) sin studie ser man på både allianserupturen i seg selv og på løsningen/reparasjonen av en ruptur. En allianseruptur kan skje helt spontant i en terapitime, eller det kan skje mer over tid. Allianserupturer deles inn i tilbaketrekningrupturer og konfrontasjonsrupturer, der førstnevnte er det mest normale. En konfrontasjonsruptur kan føre til en mer «akutt» påvirkning på relasjonen enn det en tilbaketrekningruptur kan, og kan også oppleves mer ubehagelig.



Hypotesen til Schenk et al (2019) er at rupturer som regel skjer i midten av behandlingen, men dette viste seg å være feil. Ifølge Schenk et al skjer allianserupturer i alle faser av behandlingen. Å ha kunnskap om det å reparere en relasjon er svært essensielt for behandlere. Bare det å ha kunnskap om hvor vanlig allianserupturer faktisk er når man jobber med mennesker med EUPF vil være svært relevant kunnskap og det vil også være viktig at det informeres om også til pasientene selv.

I Gersh et al (2017) sin studie, som omhandlet unge mellom 15 og 24, sier de at i startfasen av terapi kan alliansebrudd og reparasjonsprosesser føre til dårligere behandlingsutfall, men når alliansen anses som trygg kan konfrontasjoner føre til god terapeutisk endring og bedret behandlingsutfall. Gersh et al sier også at alliansebrudd påvirkes av hvilken type behandling man er i. De mer krevende behandlingstypene kan føre til flere brudd, men samtidig er det beskrevet, blant annet i artikkelen til Folmoe et al (2019) at konfrontasjoner («battle of the comfortzone») på sikt kan føre til bedre behandlingsutfall. Hypotesen hos Gersh et al (2017) var at jo flere allianserupturer pasientene gjennomgår i alle fasene i terapi, ville henge sammen med et dårligere klinisk utfall, og at flere alliansereparasjoner ville påvirke utfall positivt.

Artiklene som jeg har valgt ut som omhandlet allianseruptur, handler om unge mennesker med EUPF. Jeg har likevel valgt å ta de med, da det etter min erfaring er nokså generaliserbart over til den mer voksne befolkningen. Allianser kan ryke «på et blunk», for så å være tilbake igjen neste uke, eller også eventuelt dagen etter. Noen ganger er det slik at pasienten selv ikke helt har tanke på at det har vært et brudd der, mens andre ganger kan det være mer krevende å få løst opp i det som «skurrer».

I Guimonds et als artikkel (2022) er det forsket på behandlers og pasients bidrag inn i alliansen og effekt på utfall. Resultatene var som vi så tidligere at pasientens og selve relasjonens bidrag var mye større enn behandlers bidrag. Guimond et al (2022) mener at det på bakgrunn av dette kan være viktig å stille spørsmål videre om «vil alle pasienter danne en sterk allianse med en bestemt behandler»? Mellommenneskelige relasjoner er svært vanskelig for mennesker med EUPF og i tillegg til å styrke alliansen er det viktig å øke stabiliteten i alliansen, samt være klar over at alliansebygging er ulikt for de ulike diagnosene. Guimond et al (2022) poengterer at relasjonen og alliansen endrer seg over tid, og at dette er et viktig aspekt å ha med. Dette betyr at det er viktig at målinger av allianse bør gjøres ikke bare i begynnelsen, men flere ganger under et terapiforløp. I stedet for å forsøke å unngå

allianserupturer er det viktig å lære seg hvordan man reparer bruddene og går videre. Det gjør seg spesielt gjeldende hos ungdom med EUPF, men også hos voksne.

### *5.1.3 Håndtering av motoverføringer som grunnlag for terapeutisk allianse*

Flere av artiklene nevner også motoverføringer som vanlige reaksjoner når man står i behandlingsforløp med mennesker med EUPF over tid. Når man som behandler, eller som sykepleier møter en pasient med EUPF møter man gjerne en pasient som er i kaos, med et vell av følelser. Det kan variere i fra dag til dag, men det kan også (svært ofte) variere i løpet av samtalen. Svært ofte er det kriser. Man møter svært ofte selvmordsatferd, som selvskading eller suicidale tanker eller planer, og dette kan være utfordrende å stå i. Å jobbe med mennesker med EUPF er ikke for alle og det er lov (og viktig) og være ærlig med seg selv om dette. Funn i flere av artiklene omhandler at denne lidelsen krevde mye av behandlere i møte. Det kan påvirke behandlerens væremåte å være sammen med pasienten over tid uten å oppnå resultater. Min forståelse og erfaring er at man i møte med disse pasientene må være tålmodig og våge å ikke forstå eller komme med løsninger med det samme. Det er viktig å tillate seg å være nysgjerrig på å nettopp å forstå hva den andre sliter med. På denne måten kan pasienter som sliter med dårlige tilknytningsmønstre danne nye mønstre og få en bedre tilknytning via ny erfaring med behandler (Kåvik og Nilsonne, 2005, s.39-41, Benum, 2012, s-28-30). Mennesker med EUPF er vant til ustabile relasjoner, kaotiske relasjoner og brudd i relasjoner. For oss som møter de i behandling er det viktig å forsøke å skape en form for stabilitet i det ustabile – være en «trygg base», som de kan speile seg i og komme tilbake til. Dette vil igjen skape muligheter for gode terapeutiske relasjoner. Samtidig peker flere av studiene og annen forskning på viktigheten av at behandlere har innsikt i egne holdninger og væremåte. Når man som behandler møter mennesker med diagnosen EUPF er det viktig at man er klar over pasientens emosjonelle utfordringer, men det er også svært viktig å være seg bevisst eventuelle egne utfordringer og være klar over de utfordringer som kan komme i møte med denne pasientgruppen.

Som Romeu-Labayen et al (2021) påpeker kan faren for selvskading og selvmord føre til reaksjoner/motoverføring fra behandlere, da dette fører til både uro og ubehag hos behandler. Slik oppførsel kan på mange måter være svært vanskelig å takle, da det ofte fører til usikkerhet i situasjonen og man kan føle seg maktesløs. Situasjonen kan bli overveldende og u håndterbar. Dette kan igjen føre til at man får negative holdninger overfor brukergruppen og det kan føre til stigmatisering (NAPP, 2022). Behandler kan i noen tilfeller få lyst til å gi opp,

henvise videre eller eventuelt også beskrive pasienten som «behandlingsresistent». Mennesker med EUPF har svært ofte selvmordsatferd, og ofte kan de være slik at det behandlende personalet kan være engstelig for at pasienten skal gjøre alvor av planene om å ta sitt eget liv. Det kan resultere i forsøk på å kontrollere pasientens atferd og at man blir mindre oppmerksom på å hjelpe pasienten med å klare å stå i vanskelige følelser knyttet til den pågående krisen. I møte med «vanskelige» pasienter med tidvis uhåndterbare følelser og atferd, kan man tenke seg at en delvis agering på motoverføring er unngåelig. Man vil bli påvirket, og man skal bli påvirket. Det som er viktig er at man er klar over dette, og man benytter seg av selvrefleksjon. Klarer man å observere egne følelser, bli klar over de og så gjøre noe med de fører det til mer effektive behandlinger (Napp, 2022). Da vil man også klare å stå i alliansen på en trygg og god måte og ikke bli revet med. Når pasientene er ustabile er det svært viktig at vi som behandlere er den stabile og trygge, som pasienten kan komme tilbake til når stormene har lagt seg. For stormene, erfaringsmessig, de kommer. Som nevnt i Larsens artikkel «Bare gå å heng deg, din jævla dritt!» (2011) er nøkkelen til profesjonalitet å være åpen for å kjenne på egne motoverføringsreaksjoner uansett hvor «politisk ukorrekte» de kan være, kombinert med en dyp faglig forståelse av pasientenes lidelse. Videre skriver Larsen (2011) at det er det ikke hva en *føler* overfor pasientene, men hvordan en *oppfører* seg overfor dem som bærer det profesjonelle elementet i yrkesutøvelsen.

Det er viktig å ha et trygt miljø for å diskutere motoverføringer over tid. Når man jobber med mennesker med EUPF over tid, er man i behov for støttemekanismer slik at man klarer å opprettholde engasjement for pasienten og behandlingen, samt for sin egen del forebygge utbrenthet. Veiledning, både intern og/eller ekstern er viktig. Det er lett å klandre seg selv når en pasient for eksempel ikke blir bedre. Det er lett å føle seg både motløs og maktesløs når de man jobber ikke blir bedre – og har stadige innleggelsener og truende selvmordsatferd.

Jeg har selv måttet ringe til både akutteam og legevakt, uten å få hjelp til pasienten. «Vi anbefaler ikke innleggelse til slike». Det har hendt at jeg har gått hjem med en klump i magen, vel vitende at pasienten er hjemme alene, og jeg ikke er helt sikker på hva som vil møte meg neste dag.

Ifølge NAPP (2021), og dette er også egen erfaring, er det slik at uerfarne behandlere er i behov av en større mengde veiledning enn den erfarne terapeut. Dette gjelder også de som har ansvar for pasientene i kommunal regi eller i akuttavdelingene. Er man uerfaren kan man ha en tendens til å ta på seg en uforholdsmessig stort ansvar for den terapeutiske prosessen, samt at man kan ha vansker for å sette grenser. Til tider kan man utvise en nesten

grenseoverskridende behandling, og pasientens tilfredshet blir primærkilden for å måle profesjonell verdi. I Larsen (2017b) beskriver hun sykepleiers «grenseløse empati, stakkarsliggjøring og fritak for ansvar for eget liv», som svært lite heldig og skadelidende for terapeutisk vekst.

Min egen erfaring er at man svært ofte står i slike situasjoner alene og at kriser kommer jevnlig – ofte er det slik at suicidale kriser, tanker om å ta sitt eget liv, kommer mot slutten av en vakt eller på fredag ettermiddag. Det er viktig at man lærer seg å sette grenser for egen arbeidsmetode og egen arbeidstid – for dette vil man erfaringsmessig bli utfordret på. Da er det viktig at man ikke «lar seg lede», men klarer å holde seg til rammene for behandling. Jeg tenker også at det er viktig å legge opp hverdagen slik at man bestandig, eller stort sett, har noen man kan spørre til råds, slik at man ikke trenger å stå i vanskelige vurderinger alene.

## **5.2 Positive holdninger og egenskaper som grunnlag for terapeutisk allianse**

Weight og Kendal (2013) gir en oversikt over hvordan helsepersonell møtte pasienter med EUPF. Ofte blir denne pasientgruppen fremstilt som manipulative og selvskadingsproblematikken kan også bidra til at helsepersonell kunne miste troen på bedring for denne pasientgruppen. Det å fokusere på sykepleierens holdning i møte med denne pasientgruppen ble av Weight og Kendal trukket frem som svært viktig. Dersom man har fordommer og negative holdninger er det stor fare for at en videreførte dette til andre kollegaer. Det ble vist til at negative holdninger og helsepersonellens væremåte var med på å bidra til stigma av denne pasientgruppen.

I mange av artiklene som er analysert har det kommet frem at negative holdninger til personer med EUPF og da spesielt de som har en uttalt selvmordsatferd i tillegg, dessverre ofte er dominerende hos helsepersonell. Jeg har selv hørt mine pasienter fortelle historier der de ikke har fått bedøvelse før de har blitt sydd, og de har fortalt om svært negative kommentarer både fra leger, ambulanspersonell og sykepleiere. De forteller også om generelt liten forståelse for sin problematikk, og de blir ofte møtt med «ikke nå igjen», og «nå må du vel snart slutte med dette». Det er ikke lenge siden jeg hørt «hva skal vi gjøre da, du blir jo ikke bedre! Du selvskader jo inne på avdeling også, det er jo uheldig.» Litteraturen beskriver at negative holdninger og egenskaper hos behandler/sykepleier kan føre til dårlig kvalitet på den terapeutiske alliansen, som i sin tur vil gi et dårligere behandlingsutfall. I forskningsartiklene er det både undersøkt hva som skal til for å skape en god allianse, og det

er undersøkt hvilke holdninger som sykepleiere/behandlere faktisk har i forhold til denne gruppen. I artikkelen til Romeu-Labayen (2020) kommer det frem at det finnes negative holdninger hos sykepleiere, og at dette fører til at mennesker med EUPF mottar dårligere behandling. Dette er også godt dokumentert i tidligere litteratur og undersøkelser.

Det kan være mange årsaker til at mennesker med EUPF blir møtt med slike holdninger. En av grunnene kan være mangel på kunnskap. Har man ikke kunnskap om diagnosen EUPF og hva dette innebærer og hvordan man skal møte dette, kan dette i sin tur føre til mangel på trygghet i møte med de som selvskader. Da jeg jobbet i på en psykiatrisk institusjon på tidlig 2000 tallet, var det en utbredt holdning at man skulle overse selvskading. Selvskading var å betegne som et rop om oppmerksomhet, de som selvskadet var manipulerende og de skulle overses. Det mest riktige var å gi de strips, og ellers ikke gjøre noen ting. Da ville de se at det å selvskade for å få oppmerksomhet ikke hadde noe for seg, og den selvskadende atferden ville etter hvert dabbe av. Jeg har også i senere tid fulgt mine pasienter for å bli sydd etter alvorlig selvskading, og blitt møtt av leger som har en svært nedverdiggende væremåte. Å være i en sårbar situasjon og i tillegg bli møtt av helsepersonell som har minimal forståelse for problematikken, understøtter alle de vonde følelsene pasientene har inni seg fra før- og er ikke helende eller støttende. Mange ganger unnlater de også å oppsøke legevakten på grunn av at de vet at de blir møtt på en dårlig måte. Dette kan føre til sår som gror dårlig, sprekker opp, og blir infiserte. Det er ikke lenge siden jeg var med en kvinnelig pasient jeg følger opp på legevakten, der hun ble møtt på en veldig nedlatende måte av behandlende lege. «Dette er en akutt legevakt skjønner du, vi har ikke tid til å prate hvis du har det vanskelig»

Heldigvis har kunnskap ført til at man nå tenker annerledes om selvskading og selvmordsatferd, men mange steder og blant en stor andel av helsepersonell er negative holdninger fremdeles utbredt. Det er ikke lenge siden jeg satt på et kurs i kommunal regi, og der jeg delte bor med leder for psykisk helsetjeneste i en kommune, som fremdeles bar preg av gammel tankegang – og gammel behandlingsmetodikk.

Behandlers/sykepleiers egenskaper i behandlingen av mennesker med EUPF er også svært viktig og henger tett sammen med holdninger. Mange av artiklene hadde fokus på nettopp dette og på hvilke holdninger og egenskaper som var virksomme og skapte en positiv allianse. Hvordan du møter et menneske kommer veldig an på hvilken holdning du har til mennesket du skal møte. Hvilke egenskaper som gir en god terapeutisk allianse er mange. I Romeu-Labayen at als (2021) artikkel er det fem holdninger som trekkes frem som de viktigste. Dette er

1. Tro på bedring. Pasientene er i behov av å ha noen som hjelper de med å håpe og tro i de situasjonene de ikke får det til selv.

That attitude of not, of not giving up. So, it's that, what I'm saying. If they're conveying to me all that good stuff, that it's worth it...it encourages me to continue fighting, right? (Romeu-Labayen, 2021, s.320)

2. Å inneha en ikke-dømmende holdning. Dette fører til at pasient kan åpne seg, fortelle alt – uten å måtte spørsmål eller bli møtt på en dømmende måte.

3. Humor er også vist seg å være svært viktig. Det har viset seg å være viktig å kunne spøke også med såre og vanskelige ting.

4. Tilgjengelighet. Å kunne ta en telefon når ting var ille, mellom timene, at behandler var fleksibel og kunne stille ved behov (innen rimelighetens grenser) er viktig. At det var mulig å få tak i behandler dersom man hadde litt ekstra behov, at man kunne ta en telefon mellom de oppsatte avtalene for eksempel.

5. Medmenneskelighet. Dette vil i denne sammenhengen si at man ikke har en ovenfra-ned holdning, at man kan vise empati og forståelse.

When I had low self-esteem... I don't know, well yeah,  
I felt that they treated me, well yeah, that they were  
keeping me in mind, that they treated you like a person

(Romeu-Labayen, 2021, s.323)

De fem egenskapene som Romeu-Labayen trekker frem som viktige i sin artikkel, sammenfaller med tidligere forskning og også andre studier nevnt i denne artikkelen. Mine egne erfaringer tilsier det samme, jeg vil spesielt trekke frem egenskaper/holdninger som det å ha tro på bedring og det å være fleksibel og tilgjengelig. Det er fint å kunne ta en ekstra telefon når det «brenner» eller tankene er helt uhandterlige. I tillegg til det å være tilstede i øyeblikket, vise empati, støttende og være oppmerksom, sammenfaller dette godt med de responsive evner som beskrives i Culina et al (2021).

I mange tilfeller er det slik at helsepersonell ikke har spesielt tro på bedring hos mennesker med EUPF, dette til tross for at det er gjort mange studier på det motsatte og at det har kommet mange nye behandlingsformer (Oslo Universitetssykehus, 2021). Spesielt på legevakt og akuttavdelinger kan det oppleves slik, da man kanskje ikke er villig til å forsøke noe nytt. Dette har jeg selv mange ganger vært vitne til. Med noen av mine brukere har jeg kjempet hardt på deres vegne for på nytt få de inn i poliklinisk behandling, da de er «gitt opp» av systemet. En ikke-dømmende holdning er også ikke-tilstedeværende mange steder, da spesielt på legevakt, men også blant helsepersonell generelt. Å være ikke-dømmende til mennesker med EUPF som har utfordringer med selvskadning og suicidal atferd kan av mange være utfordrende.

Å vite hvilke egenskaper som mennesker med EUPF selv tenker er positivt for å skape en god relasjon er viktig å ha med seg i videre klinisk arbeid og behandling.

Egenskaper hos pasientene selv har også noe å si på evnen til å skape en allianse. I artikkelen til Dimaggio et al (2019) studerte de pasientens kognitive evner og påvirkning på alliansen. Metakognitive evner inkluderer tre store emner; selvrefleksjon, forståelse av den andres sinn/forså hva andre tenker og føler, samt forså at den andres perspektiv er ulikt ens eget, løse relasjonelle problemer og berolige psykisk smerte (Dimaggio et al, 2019, s.144). Resultatene viste, som nevnt, at de metakognitive evnene (ved inntak), for pasienten, ikke hadde noe å si på utviklingen av den terapeutiske alliansen (Dimaggio et al, 2019, s. 150). For behandleren, derimot, hadde pasientens metakognitive evne noe å si. I undersøkelsen som er gjort kan det virke som at behandlerne kan virke mer håpefulle og positive når man behandler pasienter med en høyere mental fungering, de kan føle seg mer velkomne og de kan kjenne på at alliansen blir lettere etablert. Likeledes, og motsatt; når de behandler pasienter med en lavere mental fungering og manglende evne til mentalisering, kan behandlere vurdere de som ikke-samarbeidsvillige og fiendtlige, og de kan føle seg frustrerte og i noen tilfeller også ubrukelige og maktesløse når de ikke klarer å hjelpe og motoverføringer blir etablert. Hva som skjer etter de 10 første timene som her er undersøkt, vites ikke. Dimaggio et al konkluderte med at det er viktig å fokusere på metakognisjon og mentalisering tidlig, slik at behandlerens negative holdninger ikke påvirker allianse og behandlingsutfall. Dimaggio et al har selv pekt på at studien er gjort over en kort periode, og at dette kan ha påvirket resultatene. Sett i lys av andre studier jeg har undersøkt i denne oppgaven, må jeg si meg enig i dette. Mennesker med EUPF er i behov av behandling over lang tid, og ti timer vil være for

kort til å se noe særlig endring i utfall. Det vil, likevel, kunne være nok til å se hvilken påvirkning metakognitive evner har på den terapeutiske alliansen.

### **5.3 Økt kunnskap og kompetanse som sentralt element for bedring og en terapeutisk allianse**

I mange av studiene som er undersøkt kommer det frem at økt kunnskap er en essensiell faktor i å skape en positiv terapeutisk allianse. Helsepersonell kan kjenne på følelsen av maktesløshet over ikke å klare å hjelpe pasienten med det han eller hun står i og bli frustrerte over å ikke klare å gjøre en forskjell. Å oppleve at forsøket man gjør ikke fører frem vil ofte kunne føre til både sinne, oppgitthet og frustrasjon (Øverland, 2006, s14). Negative holdninger til mennesker med EUPF og de som selvskader spesielt, kan bunne i mangel på kunnskap og kompetanse på feltet. Å øke kunnskapen om både diagnose, symptomer og behandling vil føre til at man får bedre holdninger til pasientgruppen. Som nevnt i 4.2.4 er det også viktig å ha kunnskap om motoverføring og på den måten klare å både stå i det og gjøre noe med det.

I podkasten fra NAPP (Diset et al, 2019-nåtid) settes det fokus på det økte behovet for kunnskap om EUPF. De snakker om at behandlingen de hadde på avdelingen tidligere bar preg av å være tilfeldig og personavhengig, og de fortalte også at (Dieset et al, 2019-nåtid) usikkerheten og mange på rutiner førte til at mange uenigheter og krangler på vaktrommet. Det førte også til at man behandlet pasientene ulikt, og mange ganger behandlet man også den enkelte pasient ulik. Dersom man hadde hatt nasjonale retningslinjer for behandlinger av mennesker med personlighetsforstyrrelser, ville det mest sannsynlig blitt laget flere rammeverk for behandling, samt at også diagnosene i seg selv ville blitt mer anerkjent. Dette ville også ført til at det ville blitt færre negative holdninger til brukergruppen.

Også Larsen (2017a) setter fokus på at kunnskap er svært relevant. Hun sier at kunnskap, utdanning og trygghet i rollen som sykepleier (eller annen behandler) kan gi bedre holdninger til pasienter med EUPF. Hun sier at det er behov for et «forståelsesrammeverk» overfor pasienter med EUPF. Et slik rammeverk kan skapes ved kunnskap og ved undervisning og kan for eksempel bestå av kunnskap om pasientenes traumatiske bakgrunn og om metoder for å skape en god allianse (Larsen, 2017a).

Dette er gjenkjennbart også for meg som sykepleier som jobber med mennesker med EUPF. Da jeg som ny sykepleier jobbet med denne pasientgruppen hadde jeg svært liten kunnskap og



oppfattet pasientene som svært manipulerende og krevende. Uten å ha den bakenforliggende kunnskapen om hvorfor de hadde en slik væremåte, var det lett å ha negative holdninger. I tillegg ble jeg lett påvirket av annet personale som hadde slike negative holdninger godt i ryggraden. Når jeg nå har mer kunnskap om mennesker med EUPF har de negative holdningene forsvunnet og jeg har en helt annet forståelse. Jeg har en helt annen trygghet i rollen som sykepleier. Samtidig synes jeg det er viktig å påpeke at den kunnskapen jeg har er kommet mye på bakgrunn av egen interesse. Jeg har selv oppsøkt kurs og undervisning, det er ikke noe som er på min nåværende arbeidsplass eller mine tidligere arbeidsplasser.

Som nevnt tidlig i oppgaven finnes det ikke noen nasjonale retningslinjer i behandlingen av EUPF, og man mangler «rammeverket», som Larsen (2017a) skriver om i sin artikkel. På mange poliklinikker er det likevel slike rammeverk, og når man er i spesialiserte behandlingsforløp finnes det manualer man jobber etter. Det er likevel ikke slik at mennesker med EUPF behandles likt. Heldigvis har helsedirektoratet nå nylig anerkjent behovet for nasjonale retningslinjer og har startet arbeidet med å lage disse.

I artiklene og i litteraturen sies det også mye om at det er viktig at pasientene selv har kompetanse om egen diagnose. Det er viktig at man både i individualterapi og gruppeterapi underviser om lidelsen og hvilke problemer som kan oppstå. I studien til Ditlefsen et al (2021) tar hun for seg de kvalitative egenskapene til psykoedukasjon, og da spesielt i gruppe. Resultatene fra å delta i gruppe var stort sett positive. Deltakerne beskriver at ved å delta i en gruppe føler man et felleskap, man følte mindre på skamfullhet overfor egne problemer og egen diagnose og man kunne i tillegg lære fra andre. Gjennom gruppen fikk man «verktøy» som man kunne benytte seg av i hverdagen – man lærer bedre å forstå seg selv og egen problematikk og man kunne bli utfordret på egne tankemønstre. Det viktigst de fikk med seg fra gruppen var kanskje likevel, som artikkelens tittel «Yes, there is actually hope!» Som nevnt i kapittel 4.2 så er det å understøtte håp svært viktig. En av holdningene som pasienten setter høyest hos behandlere er troen på at ting kan bli bedre, hjelpe til å håpe. Gjennom psykoedukasjon både individuelt og i gruppe er det også svært viktig at vi som behandlere hjelper til å understøtte håpet om å troen på bedring.

Også i studien til Barnicot et al (2022) er noe av fokuset hva som er bra med å være i en gruppesetting, hva man lærer av psykoedukasjon. Her beskrives det som positivt å oppleve å bli støttet og forstått av andre, samt at man også kan få andres perspektiver og syn på ting. Man lærer å være litt spørrende til egne tankemønstre og man blir bedre på å kommunisere. I

tillegg lærer man mestringsstrategier, får øvd på ikke alltid å være så impulsiv og man blir mer selvbevisst.

They get you to pay attention to what feeling you have, getting you to slow down your thoughts and behaviour -if you start to understand where a feeling starts, its easier to understand it and hence to change it.

I studien ble det også beskrevet flere ting som var negativt og vanskelig med det å være i gruppe og mye av det sammenfaller med det jeg har hørt fra mine pasienter. I en gruppesetting kan det kommer opp vanskelige følelser og det kan være ting som blir tatt opp som kan være «triggende» å høre på.

Også Schenk et al (2022) sier at selve den terapeutiske alliansen er dynamisk læringsarena for pasientene, og en viktig arena for å lære selvaksept og det å skulle akseptere og forstå andre.

#### **5.4 Implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning**

I denne masteroppgaven er det sammenstilt 11 ulike studier. Resultatene som er gjort er ikke «nybrottsarbeid», men det er spennende å gjøre et «dypdykk» i alliansebegrepet, samt se på allianseutviklingen hos mennesker med EUPF versus mennesker med andre diagnoser. Dette er noe som klart kan forskes videre på. Det er også interessant, slik det kommer frem i artikkel til Culina et al (2021) at det er behandler selv som skårer alliansen høyest når det er stor grad av responsivitet/oppmerksomhet. Å erkjenne at førsteinntrykket, som vi som både mennesker og behandlere, er svært opptatt av, kanskje ikke betyr like mye som det vi tenker vil også være retningsgivende for videre studier. Å skulle være «tunet inn» hele behandlingsforløpet ansees som særlig viktig spesielt når man jobber med mennesker med EUPF, da alliansen for disse er i stor grad varierende gjennom hele behandlingsforløpet. I mange typer terapissettinger kan man være litt redd for brudd i alliansen og ofte kan man kanskje være tilbøyelig til støtte litt mer, gi litt mer, komme på «plussiden», men i flere av studiene her kommer det frem at allianserupturer er noe som kan styrke alliansen og bidra til bedring på sikt. Det er ikke så viktig å hele tiden ha en god personlig dialog/relasjon med pasienten, det viktigste er å være i dialog og forhandling om den terapeutiske alliansen og relasjonen.

Det er også et interessant spørsmål, som kommer opp i studien til Romeu-Labayen, om alle kan få en god terapeutisk allianse bare det er den «rette» behandler. Dette bør utforskes videre, mens det samtidig forskers videre på hvilke egenskaper som er viktig å inneha i

behandlingen av spesifikt mennesker med EUPF. Som vi har sett, kan det være krevende og det kan derfor kreve spesiell kompetanse.

*Veien videre:* Slik det er nå finnes det fremdeles ikke nasjonale retningslinjer for personlighetsforstyrrelser og kompetansesenteret for personlighetspsykiatri går også en usikker fremtid i møte, men NAPP har fått tilsagn på sin søknad om å starte på dette. NAPP har gjennom sin virksomhet erfart at nasjonale retningslinjer er etterlengtet i fagmiljøene, og ofte er slike nødvendig for at helseledere skal prioritere innføring av slike behandlingsprogram i tider med knapp økonomi. Ut fra denne oppgavens funn ser man at å ha en enhetlig og overordnet plan for behandling for denne gruppen hadde vært svært nyttig, da den ville ført til økt kunnskap og sannsynligvis bedre holdninger hos helsepersonell. I tillegg ville klare retningslinjer nasjonalt føre til tydeligere retningslinjer lokalt, på sikt. Nå er behandlingen ofte noe tilfeldig, dessverre også på steder som lokale dpser, legevakter og ikke minst i kommunen. Å få et tydelig nasjonalt kunnskapsgrunnlag vil påvirke behandlingen på en slik måte at behandlere vil få tydeligere rammer å jobbe etter, de vil føle seg tryggere i rollen – noe som igjen vil påvirke holdninger, allianse og føre til mindre motoverføringer. Dette vil føre til at behandlingen av mennesker med EUPF generelt sett blir bedre og at behandlingsutfallet blir bedre.

## 6. KONKLUSJON/OPPSUMMERING

Hensikten med denne oppgaven har vært å forsøke å finne ut hvilken betydning den terapeutiske alliansen har i behandlingen av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, samt finne ut hvilke faktorer som påvirker den. Jeg har sett på faktorer både ved behandler og pasient, samt dynamikken som skjer dem imellom.

Studiene jeg tok for meg ble sammenstilt, og sett sammen ble de ulike faktorer delt i tre kategorier. Det som påvirker alliansen kan være relasjonelle utfordringer, egenskaper og holdninger hos behandler, samt kunnskap og kompetanse hos begge parter. De tre ulike kategoriene står alene, men de overlapper også hverandre. Relasjonelle utfordringer både hos behandler og pasient kan skape utfordringer for alliansen. Spesielt hos mennesker med EUPF ser man at de har en grunnleggende mistillit og at problemer i relasjonen er svært vanlig. Slik er det også i forhold til relasjonen til behandler og dette vil kreve både ekstra innsats og kunnskap fra behandlers side. Egenskaper og holdninger hos behandler påvirker den terapeutiske alliansen og egenskaper som å vær ikke-dømmende, støttende, empatisk, håpsbærende, fleksibel, «inn-tunet» og til stede settes høyt. I tillegg kommer det frem at negative holdninger til pasientgruppen ikke er unormalt, og at dette er et viktig element å jobbe med. Å ha en grunnleggende kunnskap om diagnosen er svært viktig, da det er lettere å forstå årsaken til hvorfor noe skjer, for eksempel selvmordsatferd og annen impulsiv oppførsel. I tillegg er enklere å stå i utfordrende situasjoner når man har kunnskap om årsak og man verktøyene til å takle situasjonen. Et godt kunnskapsgrunnlag skaper også bedre og mer positive holdninger til mennesker med EUPF og vil på denne måten føre til at denne pasientgruppen vil føle på mindre stigma. Et siste punkt som er viktig å ta med i oppsummeringen er allianseutviklingen. Det viser seg at i forhold til mennesker med EUPF, så er alliansen i stadig endring. Det er viktig å være klar over at alliansebrudd kan skje og det er viktig å kjenne til de ulike typene for rupturer, hvordan stå i brudd og hvordan reparere, samt at brudd i allianse ofte kan føre til at terapeutisk endring og bedring.

Et siste punkt som er relevant er at flere av studiene så på både behandler og pasientens bidrag inn i alliansen og her var resultatet at den viktigste bidragsyter var pasientens selv og den dyadiske effekten mellom pasient og behandler. Hva behandler gjør betyr kanskje mindre enn man skulle tro. Faktorer som var viktige ved pasienten selv er metakognitive evner eller det å

ha en positiv innstilling. Mye kommer også an på pasientens sykdomsbilde og alvorlighetsgrad.

Oppsummert helt til slutt vil jeg si at det viktigste ved å skulle klare å skape en terapeutisk allianse er å øke eget kunnskapsgrunnlag, slik at man blir mer sikker i hvordan man skal håndtere utfordringer. På denne måten får man mer forståelse for diagnosen, for personene og atferden og dette bidrar til å redusere de negative holdningene.

## REFERANSER

(u.d.).

- A.O., H., Silverman, W., & Norcross, J. (2001). The alliance. *Psychotherapy; theory, research, practice, training*, 38, ss. 365-372.
- Atkins, D., Harned, M., & Linehan, M. (2014). The therapeutic alliance as a predictor of outcome in dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy by experts for borderline personality disorder. ss. 67-77.
- Barnicot, K., Redknapp, C., Coath, F., Hommel, J., & Couldrey, L. &. (2022). Patient experiences of therapy for borderline personality disorder: Commonalities and differences between dialectical behaviour therapy and mentalization-based therapy and relation to outcomes. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, ss. 212-233. Hentet januar 21, 2023
- Benum, K. (2012). Når tilknytningen blir traumatisert. En psykologisk forståelse av relasjonstraumer og dissosiasjon. I T. Anstorp, K. Benum, & M. Jakobsen, *Dissosiasjon og relasjonstraumer. Integrering av det splittede jeg*. (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., & Lancu, I. (2011). Staff attitudes toward patients with borderline personality disorder 52:548–55. *Comprehensive Psychiatry*(548 -55).
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Lancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 2, ss. 1-12. doi:<https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Bordin, E., & Kovacs, A. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy; Theory, research, practice, training*, 16(3), ss. 252-260.
- Borg, T. &. (2014). *Virksomme relasjoner* (3. utg.). Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Bremer, K. (2022, september 30.). Behandling av personlighetsproblemer hos ungdom .I Personlighetsmysteriet. Norsk Kompetansesenter for Personlighetspsykiatri. Hentet november 30, 2022 fra <https://open.spotify.com/episode/5aGg6xvtjbDaPPBUFuJafz?si=cb7c98af10104aa9>
- Dimaggio, G., Kramer, U., Maillard, P., & MacBeth, A. (2019). Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological Treatment for Borderline Personality Disorder. *Psychiatry*, ss. 143-157.
- Diset, I., Subra, A., & Olafsdottir, B. (. (2022, juni 30). Forbedret akutt døgntil behandling av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse I Personlighetsmysteriet. Norsk kompetansesenter for personlighetspsykiatri. Hentet fra <https://open.spotify.com/episode/7MOGYVsYJUNW7zbpQVABa1?si=b8c99ff3d85042b8>
- Ditlefsen, I., Nissen-Lie, H., Andenæs, A., Normann-Eide, E., Selsbak-Johansen, M., & Kvarstein, E. (2021). Yes, There is Actually Hope!—A Qualitative Investigation of How Patients Experience Mentalization-Based Psychoeducation Tailored for Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*(3), ss. 257-276.

- Ekeberg, Ø., Kvarstein, E., Urnes, Ø., Eikenæs, I. U.-M., Hem, U.-M., & Hem, E. (2019, oktober 22). Pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse trenger tilpasset akuttbehandling. *Tidsskriftet den Norske Lægeforening*. doi:doi: 10.4045/tidsskr.19.0492
- Folmoe, E. K. (2019). Battles of the Comfort Zone: Modelling Therapeutic Strategy, Alliance, and Epistemic Trust—A Qualitative Study of Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder. *J Contemp Psychother* 49,, ss. 141–151. doi:https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1007/s10879-018-09414-3
- Folmoe, E., Karterud, S., Kongerselv, M., Kvarstein, E., & Stænicke, E. (2019). Personality Disorder: Battles of the Comfort Zone: Modelling Therapeutic Strategy, Alliance, and Epistemic Trust—A Qualitative Study of Mentalization-Based Therapy for Borderline. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.
- Folmoe, E., Stanicke, E., Johansen, M., Pedersen, G., & Kvarstein, E. (2020). Development of therapeutic alliance in mentalization-based treatment – goals, bonds, and tasks in a specialized treatment for borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*.
- Gersh, E., Hulbert, C., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. (2017). Alliance rupture and repair process and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and psychotherapy, research and practice*, ss. 84-104.
- Grøntvedt, T. V., & Kennair, L. (2021). Evolusjon av personlighet og individuelle forskjeller. I L. Kennair, & R. Hagen, *Personlighetspsykologi*. Fagbokforlaget.
- Guimond, T., Varma, S., Wnuk, S., & McMMain, S. (2022). A longitudinal approach to evaluating therapist and client contributions to alliance on outcomes in borderline personality disorder. *personality disorders: theory, research and treatment*(vol 13), ss. 583-596.
- Gullestad, S. E. (2021). Psykoanalysen, en dynamisk teori om personligheten. I L. E. Kennair, & R. Hagen, *Personlighetspsykologi* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2020). *Handlingsplan for forebygging av selvmord 2020–2025. Ingen å miste. I-1200 B*. Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/ef9cc6bd2e0842bf9ac722459503f44c/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025.pdf>
- Helsedirektoratet. (2017). *Selvskaeding og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet desember 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskaeding-og-selv-mord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>
- Horvath, A., Silverman, W., & Norcross, J. (2001). The Alliance. *Psychotherapy. Theory, Research, practice, training*., 38(4), ss. 365-372.
- Håkonsen, K. M. (2018). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Johannessen, A. T. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt Forlag.
- Karterud, S., Urnes, Ø., & Wilberg, T. (2017). *Personlighetspsykiatri*. Gyldendal Akademiske.
- Knopf, J. (2006). Doing a literature review. *Political Science and politics*, 39, ss. 127-132. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/20451692>

- Kåver, A., & Nilsson, Å. (2005). *Dialektisk atferdsterapi ved emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Larsen, K. (2011). Bare gå å heng deg, din jævla dritt! *Suicidologi*, 16(1), ss. 18-24.
- Larsen, K. (2017). Når pasienten vekker det verste i deg. *Sykepleien*(1), ss. 62-66.
- Malt, U., Andreassen, O., Malt, E., Melle, I., & Årslund, D. (2018). Personlighetsforstyrrelser. I U. F. Malt, & I. & Melle, *Lærebok i psykiatri* (4. utg., ss. 659-665). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mehlum, L. & -8. (2014). Hva er dialektisk atferdsterapi? En kort oversikt. *Suicidologi*, 3, ss. 3-8. Hentet fra <https://journals.uio.no/suicidologi/article/view/2266/2129>
- Moe, A., & Ribe, K. (2007). *Selvskadningens dynamikk*. Universitetsforlaget.
- Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykiatri. (2022). Forståelse og behandling av emosjonelt ustabil og unnvikende personlighetsforstyrrelse. *NAPP - konferanse*. NAPP.
- NHI- Norsk Helseinformatikk. (2021, mars 23). Personlighetsforstyrrelser. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/personlighetsforstyrrelser/personlighetsforstyrrelser/>
- Nissen.Lie, H., Havik, O., P.A., H., Rønnestad, M., & Monsen, J. (2014). Patient and therapist perspectives on alliance development: therapists' practice experience as predictors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.
- Norsk Helseinformatikk. (u.d.). Nor.
- Ose, S., Tveit, T., & Mehlum, L. (2021). Non-suicidal self-injury (NSSI) in adult psychiatric outpatients – a nationwide study. *Journal of Psychiatric Research*, ss. 1-9. doi:doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.031
- Oslo Universitetssykehus. (2016, februar 22). *Behandling av personlighetsforstyrrelser*. Hentet 2023 fra Nasjonal Kompetansetjeneste for Personlighetspsykiatri (NAPP): <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalkompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp>
- Oslo Universitetssykehus. (2020, Juni 26). *NAPP ønsker en nasjonal retningslinje for personlighetsforstyrrelser*. Hentet fra Oslo Universitetssykehus: <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonalkompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri>
- Papadimitriou, G. (2017). The biopsychosocial model: 40 years of application in psychiatry. *Psykiatrisk Tidsskrift*, ss. 109-110.
- Ribe, K., & Mehlum, L. (2015). *Ut av selvskadning. Veier til forståelse*. Fagbokforlaget.
- Romeu-Labayen, M., Tort-Nassarè, G., Assumpta Rigol Cuàdra, M., & P., G. P.-E. (2021). The attitudes of mental health nurses that support a therapeutic relationship: the perspective of people diagnosed with BDP". *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*.
- Romeu-Labayen, M., Cuàdra, M., Galbany-Estragües, P., Corbal, S., & Palou, R. T.-N. (2020). Borderline personality disorder in a community setting: service users' experiences of the



- therapeutic relationship with mental health nurses. *International journal of Mental Health Nursing*(29), 868-877. Hentet mars 25, 2023
- Ryum, T., & Styles, T. (2005, november 1). Den terapeutiske alliansen er en vesentlig del av alle former for psykoterapi. Men er alliansen å forstå som en nødvendig forutsetning for terapi, eller som en kurativ faktor i seg selv? *Tidsskrift for norsk psykologiforening*. Hentet fra <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2005/11/betydningen-av-den-terapeutiske-allianse-en-studie-av-alliansens-prediktive?redirected=1>
- S., K., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Schenk, N., Zimmermann, R., Furer, L., Krause, J. M., Weise, S., & Kaess, M. (2019). Trajectories of alliance ruptures in the psychotherapy of adolescents with borderline personality pathology: timing, typology and significance. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*(volume 22:199-211), ss. 199-211.
- Skårderud, F. H. (2016). *Psykiatriboken. Sinn-kropp-samfunn*. Gyldendal Akademiske.
- Sommerfeldt, B., & Skårderud, F. (2009). Hva er selvskadning? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, ss. 755-758. doi:doi: 10.4045/tidsskr.08.0454
- Stapleton, A., & Wright, N. (2017, Juli 7). The experiences of people with borderline personality disorder admitted to acute psychiatric inpatient wards: a meta-synthesis. *Journal of mental health*, 28, ss. 443-457.
- Stänicke, L. H. (2018). How Do Young People Understand Their Own Self-Harm? A Meta-synthesis of Adolescents' Subjective Experience of Self-Harm. *Adolescent Res*, ss. 173-191. doi:<https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080->
- Torgersen, S. (2021). Personlighetsforstyrrelser. I L. E. Kennair, & R. Hagen, *Personlighetspsykologi*. Fagbokforlaget.
- Torgersen, T. E. (2007, 11). Korte, planlagte innleggelse ved villet egenskade. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, ss. 127:1521-3.
- Urnes, Ø. (2009, 9). Selvskadning og personlighetsforstyrrelser. *Tidsskrift Norsk Lægeforening*, ss. 872-876 . doi:doi:10.4045/tidsskr.08.0140
- Vatne, S. (2006). *Korrigere og anerkjenne. Relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Vråle, G. (2018). *Møte med det selvmordstruede mennesket* (4. utg.). Gyldendal Akademiske.
- Weight, E., & Kendal, S. (2013). Staff attitudes towards inpatients with borderline personality disorder. *Mental Health Practice*, 17, ss. 34-38.
- Wifstad, Å. (2018). *Vitenskapsteori for helsefagene*. Universitetsforlaget.
- Wikipedia. (u.d.). Hentet April 30, 2023 fra <https://no.wikipedia.org/wiki/Stigmatisering>
- Wilstrand, C. L.-M. (2007). Being burdened and balancing boundaries: a qualitative study of nurses' experiences caring for patients who self-harm. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, ss. 14, 72-78.

Winsper, C., Lereya, S., M. S., a, T. A., Eyden, J., & Singh, S. (2016, mars). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, ss. 13-24. doi:<https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.1016/j.cpr.2015.12.001>

Vedlegg 1: Kvalitetsvurdering av artiklene

<b>Forfatter Tittel/år Metode</b>	<b>Sjekkliste benyttet</b>	<b>Kvalitet</b>	<b>Svakhet v/artikkel</b>	<b>Styrke v/artikkel</b>
<b>Artikkel 1</b>  M. Romeu- Labayen et al (2021)  Kvalitativ	Sjekkliste for vurdering av kvalitativ metode	10/10	Få menn  Studien er kun av msk med EUPF som har opplevd bedring.  Lite utvalg, gjør det vanskelig å generalisere	Har gitt pasienter muligheter til å si hva som er bra – og gir dybtgående data og innsikt i erfaringer og opplevelser
<b>Artikkel 2</b>  Folmoe et al (2020)  Kohortstudie Kvantitativ, longtidunell studie	Sjekkliste for vurdering av kohortstudie	10/11	Har bare tatt med pasientskåringer av alliansen	Stort utvalg, over lang tid  WAI og WAIS er anerkjente målinger for allianser og gir studien pålitelig
<b>Artikkel 3</b>  Folmoe et al(2019)  Kvalitativ metode, IPA	Sjekkliste for vurdering av kvalitativ metode	10/10	Lite utvalg, gjør det vanskelig å generalisere	Dybdeintervju. IPA. Grundig skildring av hvert enkelt intervju.
<b>Artikkel 4</b>  Dimaggio et al (2019)  RCT Kvantitativ  Sekundæranalyse av randonomisert studie	Sjekkliste for vurdering av RCT	9/11	Undersøkelsen er gjort på nokså dårlige pasienter – vanskelig generaliserbart  Sekundæranalyse  Studien er ikke longtidunell, og det er derfor vanskelig å generalisere Ikke «blindet»	Undersøkelsen er gjort på et stort antall  Det er benyttet flere ulike kvantitative målinger i analysen – kan gi et mer nøyaktig bilde  RCT regnes som høy kvalitet
<b>Artikkel 5</b>  Gersh et al (2017)  RCT Kvantitativ	Sjekkliste for vurdering RCT	9/11	Liten studie, vanskelig mer generaliserbarhet og reliabilitet  Høy dropout -skår -på 29%  82 % kvinner	Grundig teoridel  Har tydeliggjort tre forskningsspørsmål  Anerkjente og validerte skåringsverktøy  Undersøkelsen er gjort på ulike typer

				behandlinger – generaliserbarhet  Longtidunell studie – måler allianse over tid
<b>Artikkel 6</b>  Ditlefsen et al(2021)  Kvalitative intervjuer	Sjekkliste for vurdering av kvalitativ metode	10/10	Frivillig å delta – får ikke alle synspunkt  Begrenset gruppe, både i alder, utvalgstid og diagnose – vanskelig generaliserbart	Kvalitative studier gir dybdeinformasjon om enkelttema  Semistrukturerte intervjuer gir mulighet til å stille oppfølgings spørsmål
<b>Artikkel 7</b>  Culina et al (2021)  Sekundæranalyse av en RCT-studie  Observasjonsstudie m/longtidunelt design	Sjekkliste for rct	10/11	Sekundæranalyse av RCT – rct =kvalitet	Stort utvalg  Longtidunell design – følger over tid  sammenligner to typer behandling som en del av studien
<b>Artikkel 8</b>  Guimond et (2022)  Kvantitativ, Sekundæranalyse av en RCT	Sjekkliste for RCT	10/11	Mange deltakere  Undersøkelsen er gjort på flere typer behandling og over tid.	Behandlingsutfallet var kun basert på selvrapportering  Alliansescoren som ble benyttet var den som ble scoret av klient/pasient  Terapeuter som ble inkludert var ikke tilfeldig valgt
<b>Artikkel 9</b>  Schenk et al (2019)  kvantitativ longtidunell design kohortstudie	Sjekkliste for kohortstudie	10/11	I studien benytter de seg av WAIS for måling av allianse, noe som gir studien reliabilitet og validitet, da dette er en  Longtidunell følger klientene over tid – og måler alliansen over tid.	Lite utvalg – vanskelig å generaliserer  Noe drop-out i en allerede liten studie
<b>Art 10</b>  Barnicot et al (2022)	Sjekkliste for kvalitativ metode	10/10	Mixed methods – får med både intervjuer i dybden, samt	Hele utvalget ble ikke intervjuet

Dybdeintervjuer, kvalitative. Kombinert med kvantitative målinger.			kvantitative målinger	
<b>Artikkel 11</b> Romeu-Labayen et al (2020)  Kvalitativ studie	Sjekkliste for vurdering av kvalitativ metode	10/10	Dybdeintervju gjør at man får gode med dybde	Kun kvinner Kun 12, ingen menn. Får ikke sett om det er kjønnsforskjeller  Bare sett fra pasientens side – ikke behandlers side  12 stk gjør det vanskelig å generalisere funnet

Vedlegg 2: Sjekkliste for vurdering av studier

Sjekkliste for vurdering av kvalitative studier			
1. Er formålet med studien klart formulert?	Art 1 : M. Romeu- Labayen et al. Art 3 : Folmoe et al Art.6 : Ditlefsen et al Art 10 Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstilling?	Art 1 : M. Romeu- Labayen et al. Art 3 : Folmoe et al Art.6 : Ditlefsen et al Art 10 Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Art 1 M. Romeu- Labayen et al. Art 3: Folmoe et al Art.6 : Ditlefsen et al Art 10 Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Art 1 M. Romeu- Labayen et al. Art 3 : Folmoe et al Art.6 : Ditlefsen et al Art 10 Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	
5. Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble svart?	Art 1 M. Romeu- Labayen et al. Art 3: Folmoe et al (2019) Art.6 : Ditlefsen et al Art 10 Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Artikkel 1 M. Romeu- Labayen et al. Art 3 : Folmoe et al (2019) Art.6 : Ditlefsen et al Art 10 Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	
7. Er etiske forhold vurdert?	Art 1 M. Romeu- Labayen et al. Art 3: Folmoe et al (2019) Art.6 : Ditlefsen et al Art 10: Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	
8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Art 1 M. Romeu- Labayen et al. Art.3: Folmoe et al (2019) Art.6 : Ditlefsen et al Art 10 Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	
9. Er funnene klart presentert?	Art1 M. Romeu- Labayen et al. Art.3: Folmoe et al (2019) Art.6 : Ditlefsen et al Art 10 Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	JA JA JA JA JA	

10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Art 1 M. Romeu- Labayen et al. Art 3: Folmoe et al Art.6 : Ditlefsen et al Art 10: Barnicot et al Art 11 Romeu-Labayen et al	Nyttige Nyttige Nyttige Nyttige Nyttige		
<b>Sjekkliste for vurdering av en kohortstudie</b>				
1. Er formålet med studien klart formulert?	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	JA JA		
2. Ble personene rekruttert til kohorten på en tilfredsstillende måte?	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	JA JA		
3. Ble eksponeringen presist målt?	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	JA JA		
4. Ble utfallet presist målt?	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	JA JA		
5. Forvekslingsfaktorer a) Har forfatterne identifisert alle viktige forvekslingsfaktorer?	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al		Uklart uklart	
6 . Oppfølging a) ble mange nok av personene i kohorten fulgt opp? b)ble personene fulgt opp lenge nok	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	a)JA b)JA a)JA b)JA		
7. Hva er resultatene i denne studien?	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	Se fig.5		
8. Hvor presise er resultatene og hvor presist er risikoestimatet?	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	Gode Gode		
9. Tror du på resultatene?	Art 2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	JA JA		
10 Kan resultatene overføres til praksis?	Art.2 Folmoe et al Art 9: Schenk et al	JA JA		
11. Sammenfaller resultatene i denne studien med resultatene fra annen forskning?	Art.2: Folmoe et al Art 9: Schenk et al	JA JA		
<b>Kriterier for vurdering av RCT studier</b>				
Del A: Er studien en randomisert kontrollert studie?	Art 4 Dimaggio et al Art.5. Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		
1.Er forskningsspørsmålet klart og tydelig?				
2.Ble deltagerne tilfeldig fordelt (randomisert) på en tilfredsstillende måte?	Art 4 Dimaggio et al Art.5. Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		
3.Ble alle inkluderte deltagere gjort rede for ved slutten av studien?	Art 4 Dimaggio et al Art.5. Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		

Del B: Er den metodiske kvaliteten tilfredsstillende?	Art 4 Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		
4. Blinding				
A) Ble deltagerne blindet med hensyn til hvilket tiltak de fikk?	Art 4 Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al		NEI	UKLART UKLART UKLART
B) Ble den som gav tiltaket blindet med hensyn til hvilken gruppe deltagerne var i?	Art 4 Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al		NEI	UKLART UKLART UKLART
C) Ble den som målte og/eller analyserte utfallet blindet?	Art 4 Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art 7 Culina et al Art 8: Guimond et al		NEI	UKLART UKLART UKLART
5. Var gruppene like ved starten av studien?	Art 4 Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		
6. Ble gruppene behandlet likt bortsett fra tiltaket som ble evaluert?	Art 4 Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		
7. Er effektene av tiltakene omfattende rapportert?	Art 4 Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		
Del C: Hva er resultatene?				
8. Er presisjon rundt effektestimatet rapportert?	Art 4 Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al		JA NEI NEI NEI	
9. Veier fordelene ved tiltaket opp for bivirkninger og kostnader?	Art 4: Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		
Del D: Kan resultatene være til hjelp i praksis?				
10. Kan resultatene overføres til din praksis?	Art 4: Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al	JA JA JA JA		
11. Er tiltaket i studien bedre enn dagens praksis?	Art 4: Dimaggio et al Art 5 Gersh et al Art.7 Culina et al Art 8: Guimond et al			UKLART JA JA JA



### Vedlegg 3: Temaer og undertemaer

	Relasjonelle utfordringer	Holdninger/egenskaper	Kunnskap/kompetanse
Allianseruptur og reparasjon	Schenk et al (2022) Gersh et al (2017)	Egenskaper hos behandler	Ditlefsen et al (2021) Barnicot et al (2022) Romeu-Labayen (2020)
Tilknytingsproblematikk og utfordringer i relasjonen	Folmoe et al (2019) Guimond et al (2022) Dimaggio et al (2019) Barnicot et al (2021)	Egenskaper hos pasient	Dimaggio et al (2019) Ditlefsen et al (2021)
Motoverføringer	Dimaggio et al (2019) Folmoe et al (2019)	Holdninger og stigma	Dimaggio et al (2019) Ditlefsen et al (2019) Romeu Labayen (2021) Culina et al (2021) Barnicot et al (2022)
Allianseutvikling	Folmoe et al (2020) Folmoe et al (2019) Guimond et al (2022) Schenk et al (2019)		

## Vedlegg 4: Søkehistorikk

### CINAHL

Søk nr	Søkeord	Resultater/treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Fjernet duplikat	Inkluderte artikler
1	Borderline personality disorder	3554				
2	Therapeutic alliance, therapeutic relationship, working alliance	709				
3	S1 og S2	17	16	7	0	4

### EMBASE

Søk nr	Søkeord	Resultater/treff	Leste abstract	Leste artikler	Duplikater fjernet	Inkluderte artikler
1	Borderline personality disorder					
2	Therapeutic alliance, therapeutic relationship, working alliance					
3	S1+S2	16	12	10	4	5

### PsycINFO

Søk nr	Søkeord	Resultater/treff	Leste abstract	Leste artikler	Fjernet duplikat	Inkluderte artikler
1	Borderline personality disorder	7790				
2	Therapeutic alliance, therapeutic relationship, working alliance	19403				
3	S1+S2	248	18	18	9	2

## MEDLINE

Søk nr	Søkeord	Resultater/treff	Leste abstract	Leste artikler	Duplikater fjernet	Inkluderte artikler
1	Borderline personality disorder	7921				
2	Therapeutic alliance, therapeutic relationship, working alliance	7041				
3	S1+S2	142	9	9	8	1

## Scopus

Søk nr	Søkeord	Resultater/treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Duplikater fjernet	Inkluderte artikler
1	Borderline personality disorder					
2	Therapeutic alliance, therapeutic relationship, working alliance					
3	S1+S2	81	15	2	13	0