

Lisa Sophie Myhren

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

En kvalitativ undersøkelse av relasjonsvansker
før og etter behandling med Systems Training for
Emotional Predictability and Problem Solving
(STEPPS)

Hovedoppgave i Psykologi
Veileder: Audun Havnen
November 2022

Lisa Sophie Myhren

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

En kvalitativ undersøkelse av relasjonsvansker før og etter behandling med Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS)

Hovedoppgave i Psykologi
Veileder: Audun Havnen
November 2022

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



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Ved hovedoppgaveseminar i mai 2021, ble det presentert en mulighet for at studenter kunne bruke innsamlet kvantitativ data i en hovedoppgave om STEPPS. Med en tanke om at dette hørtes ut som et interessant prosjekt, tok jeg kontakt med prosjektansvarlig som ble hovedoppgaveveileder, Audun Havnen. Derifra, ble det utviklet et eget kvalitativt prosjekt basert på STEPPS og pasienters opplevelse av behandling. Dette som et resultat av Havnens engasjement og nyttige veiledning. Tusen takk for det.

Jeg ønsker også å takke gruppeenheten ved Nidaros DPS for bistand til rekruttering av deltakere og deres brennende interesse for pasientgruppen som ga meg mye inspirasjon i utvikling av prosjektet. De gjorde det lett å sette seg inn i behandlingstilnærmingen STEPPS gjennom at de både delte av egne erfaringer og lånte ut behandlingsmanual. Spesielt takk til STEPPS-terapeut, Silje Hegdal, som ble kontaktpersonen for rekruttering og oppfølging. Ikke minst er jeg ydmyk og takknemlig til pasientene ved STEPPS-gruppen som takket ja til å stille som intervjudeltakere, og delte åpent om personlige, nære erfaringer og relasjoner. Uten dem, hadde det ikke vært noe grunnlag i dette kvalitative prosjektet. Jeg har lært mye av å få snakke med dem.

Ellers bør det rettes en takk til familie og venner som har fungert som en motiverende og emosjonell støtte for meg fra start til slutt. Å ha deres tro på meg har dyttet meg til å stå på under hele prosessen. Jeg setter også stor pris på venninne, Josefine N. G. Berg, som har bistått med korrekturlesing og tilbakemeldinger, som har vært svært hjelpelig i en innsjutt der det er lett å bli blind på egen tekst. Det har alt i alt vært en lærerik, utfordrende og spennende periode.

Lisa Sophie Myhren

Trondheim, november 2022

Sammendrag

Bakgrunn

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en lidelse preget av ustabilitet knyttet til relasjoner, følelser, selvilde og impulsivitet fra tidlig voksenalder. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) er en gruppebasert behandlingstilnærming for individer med emosjonell ustabilitet, basert på kognitiv atferdsterapi og skjemat terapi. STEPPS fokuserer på å styrke pasientens emosjonsreguleringsferdigheter og å inkludere pasientens nettverk i behandling. Tidligere studier har imidlertid ikke undersøkt om personer med emosjonell ustabilitet opplever endring i kvaliteten i egne mellommenneskelige relasjoner før og etter behandling i STEPPS.

Metode

For å utforske pasientenes opplevelser av personlige relasjoner før og etter behandling, ble det benyttet kvalitativ metode. Det ble utført to runder med semistrukturerte intervjuer av fem kvinnelige pasienter før og etter behandling i STEPPS. Tematisk analyse ble benyttet for å analysere intervjuene.

Resultater

Analyseprosessen identifiserte ulike temaer knyttet til pasientenes opplevde relasjonskvalitet før og etter behandlingen. Resultatene fra første intervjurunde inkluderte temaene; «underliggende følelser med et ekstremt uttrykk», «å måtte ha noen å 'emosjonelt holde seg fast til'», «ønske om nærhet, men frykt for avvisning», og «følelse av verdiløshet og behov for bekreftelse». Ved andre intervjurunde etter rapporterte deltakerne endringer i forståelse og relasjonskvalitet. De mest sentrale temaene omhandlet «innsikt i egen emosjonell sårbarhet», «økt følelse av egenverdi og rett til å sette grenser», og «fra passiv til aktiv opplevelse av kontroll i relasjoner.»

Konklusjon

Funnene viser at emosjonsdysregulering og relasjonsvansker forsterker og opprettholder hverandre i dysfunksjonelle sirkler. Å styrke emosjonsreguleringsferdigheter og pasientens relasjoner sammen i behandling anses derfor som viktig i klinisk arbeid med emosjonell ustabilitet.

Abstract

Background

Emotionally unstable personality disorder is a disorder characterized by patterns of instability in relationships, emotions, self-image, and impulsivity from early adulthood. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) is a group-based treatment approach for individuals with emotional instability, based on cognitive behavioural therapy and schema therapy. STEPPS focuses on strengthening the patient's emotion regulation skills and including the patient's social network in treatment. However, previous studies have not investigated whether people with emotional instability experience a change in the quality of their own interpersonal relationships after treatment with STEPPS.

Method

Qualitative method was used to explore the patients' experiences of personal relationships before and after treatment. Two rounds of semi structured interviews were conducted with five female patients before and after treatment with STEPPS. Thematic analysis was used to analyse the interviews.

Results

The analysis process identified various themes related to the patients' perceived relationship quality before and after the treatment. Results from the first interviews included «underlying feelings with an extreme expression», «the need to have someone to 'emotionally hold on to'», «desire for closeness, but fear of rejection», and «feelings of worthlessness and need for validation». In the second interview, participants reported changes in their understanding and relationship quality. The most central themes dealt with «insight into one's own emotional vulnerability», «increased belief in oneself and the right to set boundaries», as well as a more «active experience of control in relationships.»

Conclusion

The findings show that emotion dysregulation and relationship difficulties reinforce and maintain each other in dysfunctional circles. Strengthening emotion regulation skills and the patient's relationships together in treatment is therefore considered important in clinical work with emotional instability.

Innholdsfortegnelse

Introduksjon	6
Emosjonell ustabilitet som en emosjonsreguleringsforstyrrelse.....	6
Relasjonsvansker hos pasienter med emosjonsreguleringsforstyrrelse	9
Emosjonell ustabilitet i en relasjonell kontekst	11
Behovet for subjektive pasienterfaringer.....	13
Metode	15
Utvalg	15
Kvalitativ datainnsamling	16
Behandling.....	17
Etiske hensyn.....	19
Analyse av resultater.....	20
Resultater del 1	23
Underliggende følelser med ekstremt uttrykk.....	23
Å måtte ha noen å «emosjonelt holde seg fast til».....	25
Ønske om nærhet, men frykt for avvisning.....	27
Følelse av verdiløshet og behov for bekreftelse.....	29
Resultater del 2	30
Tilbakemeldinger om STEPPS.....	31
Innsikt i egen emosjonelle sårbarhet	31
Økt følelse av egenverdi og rett til å sette grenser	34
Fra passiv til aktiv opplevelse av kontroll i relasjoner.....	35
Diskusjon	38
Relasjonskvalitet hos personer med emosjonell ustabilitet	38
Behandlingsprosess og utbytte i kontekst av relasjoner	43
Implikasjoner	47
Begrensninger	48

Konklusjon	50
Referanser	52
Appendiks A	58
Appendiks B	60
Appendiks C	62
Appendiks D	63
Appendiks E	64

Introduksjon

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) er en gruppebasert behandlingstilnærming for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, utviklet i 1995 i USA (Blum et al., 2002). Behandlingsmetoden ble opprinnelig utviklet for å møte utfordringer i amerikansk helsevesen som omhandlet lange reiseavstander, lange behandlingsforløp, og omfattende opplæring i ulike behandlingsmetoder. Det ble derfor forsøkt å gjøre STEPPS mer tilgjengelig også i distriktene gjennom å kunne tilby mindre ressurskrevende opplæring av terapeuter. Dermed kom metoden med en svært detaljert manual med allerede etablerte og kjente behandlingselementer fra blant annet kognitiv atferdsterapi og skjemat terapi. Behandlingsløpet foregår over 20 uker, med mulighet for forlengelse i programmet STAIRWAYS (Blum et al., 2002). Forløpet anses dermed som noe mer korttidsbasert og fleksibelt enn andre spesialiserte behandlingalternativer. Tilnærmingen har i senere tid blitt implementert i en rekke land, deriblant USA, England, Italia, Nederland, (Black & Blum, 2016), og Norge (Kennair, 2016). Hovedfokuset i STEPPS omfatter ferdighetstrening i emosjonsregulering, samt inkludering av pasientens nettverk i behandlingen. Det understrekes også at pasientene ikke er nødt til å oppfylle alle diagnosekriteriene for å kunne inkluderes og ha utbytte av metoden. Tilnærmingen favner dermed også pasienter som sliter med emosjonell ustabilitet, men som ikke tilfredsstill kriteriene for en diagnose (Black & Blum, 2016).

Emosjonell ustabilitet som en emosjonsreguleringsforstyrrelse

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse beskrevet i diagnosemanualen ICD-10 (World Health Organization, 1992), eller borderline personlighetsforstyrrelse (BPF), beskrevet i DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), omfatter et vedvarende mønster av ustabilitet i relasjoner, selvilde og følelser, samt impulsivitet fra tidlig voksenalder (American Psychiatric Association, 2013). Til tross for at vi i Norge benytter oss av ICD-10, vil kriteriene fra DSM-5 benyttes i denne oppgaven, da både store deler av forskning og STEPPS-manualen tar utgangspunkt i dette diagnosesystemet. For oversikt over diagnosekriteriene i DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se tabell 1.

Tabell 1

Diagnosekriterier for borderline personlighetsforstyrrelse i DSM-5.

Diagnosekriterier

- Kronisk følelse av tomhet.
- Emosjonell ustabilitet i reaksjon til dagligdagse hendelser (for eksempel intense episoder med tristhet, irritabilitet, eller angst som vanligvis varer noen få timer og sjeldent mer enn noen få dager).
- Desperate forsøk på å unngå reell eller oppfattet fare for å bli forlatt.
- Identitetsforstyrrelse med betydelig eller vedvarende ustabil selvbylde eller følelse av selv.
- Impulsiv atferd på minst to områder som er potensielt skadelig for en selv (for eksempel massivt pengebruk, risikofylt seksuell atferd, rusmisbruk, hensynsløs kjøring, og overspising)
- Upassende, intenst sinne eller vansker for å kontrollere sinne (for eksempel frekvente eller konstante sinneutbrudd, tilbakevendende fysiske krangler)
- Mønster av ustabile og intense interpersonlige forhold karakterisert av ekstremer mellom idealisering og devaluering (også kjent som splitting).
- Tilbakevendende suicidal atferd, gester eller trusler, eller selvskadende atferd.
- Flyktig, stressrelaterte, paranoide oppfatninger eller alvorlige dissosiative symptomer.

Notat. Symptomene er nødt til å være tilstede på tvers av ulike kontekster, og pasienten er nødt til å oppfylle minst fem av de ni opplistede kriteriene (American Psychiatric Association, 2013).

Den grunnleggende antakelsen i STEPPS er at kjernen i BPF handler om individets manglende evne til å håndtere emosjonell intensitet. Dermed blir pasientene overveldet av intense emosjonelle omveltninger som driver dem til uhensiktsmessige håndteringsstrategier som selvskading og andre impulsive, selvdestruktive handlinger (Black & Blum, 2016).

Ettersom borderline-begrepet har hatt en del medfølgende stigma i helsevesenet og blant folk ellers (Aviram et al., 2009), forsøkes begrepet å nyanseres for pasientene i behandlingen. Pasientene blir dermed orientert om sine symptomer som en konsekvens av en «emosjonsreguleringsforstyrrelse» (Black & Blum, 2016). Her fremheves det at de har akkurat de samme følelsene som alle andre, men at de har en sårbarhet for å oppleve følelsene som mye mer intense og vanskeligere å regulere. Formuleringen om BPF som en emosjonsreguleringsforstyrrelse fremfor personlighetsforstyrrelse brukes aktivt gjennom behandlingsløpet. På denne måten synliggjøres muligheten for å jobbe med egne problemer gjennom å trene opp sine emosjonsreguleringsferdigheter (Black & Blum, 2016). Med et slikt rasjonale i bakhånd, benyttes dermed begrepene «emosjonsreguleringsforstyrrelse» og «emosjonell ustabilitet» i beskrivelsen av emosjonelt ustabile trekk og borderline personlighetsforstyrrelse videre i denne oppgaven.

Å bli bevisst og få innsikt i emosjonsreguleringsforstyrrelsen under STEPPS innebærer også å bli kjent med egne kognitive skjema og filtre, inspirert av Young (1999). Kognitive skjema hos pasienter med emosjonell ustabilitet tenkes har sin opprinnelse i genetik og temperament, erfaringer fra barndommen, og interaksjonen mellom barnets temperament og foreldrestil. Mer spesifikt kan risikofaktorer i miljøet her være et ustabil og sviktende familiemiljø, at miljøet er straffende og avvisende, og preget av underkastelse. Ved å bli bevisst egne kognitive skjema, kan man jobbe med disse gjennom psykoedukasjon og kognitiv restrukturering (Black & Blum, 2016; Kellogg & Young, 2006).

I tillegg til å arbeide med emosjonsreguleringsferdigheter og kognitive skjema, anser STEPPS emosjonsreguleringsforstyrrelsen som at den opprettholdes av et system av ugunstige relasjoner (Black & Blum, 2016). Relasjonene forsterker og støtter også ofte dysfunksjonell atferd selv når signifikante andre har gode intensjoner. Eksempelvis at pasienten har et kognitivt filter basert på etablerte skjema om at andre ikke liker han eller henne. Vedkommende kan som følge av det bli irritert og oppføre seg på et vis som gjør antakelsen til virkelighet. Bekreftelsen på at antakelsen virker sann bidrar igjen til å forsterke denne oppfatningen og maladaptive atferdsmønstre som følger med (Black & Blum, 2016). Ettersom relasjonsvansker er et av kjernesymptomene ved BPF i DSM (American Psychiatric Association, 2013) og fungerer som en sterk prediktor for pasientens negative emosjoner, anses det som sentralt å inkludere pasientens relasjonelle liv i behandling (Hepp et al., 2017).

Relasjonsvansker hos pasienter med emosjonsreguleringsforstyrrelse

Relasjonsvansker er en av de mest vedvarende utfordringene pasienter med emosjonell ustabilitet har, og er assosiert med generell sosial dysfunksjon i form av redusert funksjon i arbeidslivet og evne til å tilpasse seg ulike sosiale roller (McCloskey et al., 2020). I tillegg, anses relasjonsvansker hos pasientgruppen å ha en betydelig sammenheng med manglende følelse av mening i livet (Yiu et al., 2022). På grunn av deres vedvarende mønster av ustabile forhold, en ekstrem frykt for å bli forlatt og emosjonell ustabilitet (American Psychiatric Association, 2013), blir pasientene sine mellommenneskelige interaksjoner ofte karakterisert av ambivalens, usikkerhet og fiendtlighet (Gunderson, 2007). Slike maladaptive interaksjoner medfører ofte at individene opplever hyppige brudd i ulike relasjoner, som eksempelvis familiært og i ekteskap (Blum et al., 2002).

Teorier for etiologien bak betydelige relasjonelle problemer hos pasienter med emosjonell ustabilitet har trukket fram usikker tilknytning, identitetsforvirring, mentaliseringsproblemer (manglende evne til å forstå seg selv og andre), og emosjonell reaktivitet og dysregulering. Videre, at disse faktorene bidrar til motstridende forventninger til relasjonen, dysfunksjonelt kommunikasjonsmønster, og potensielt ulike former for fysisk og psykisk vold (Bouchard et al., 2009). Biopsykososiale modeller (Linehan, 1993) foreslår at individer med emosjonsreguleringsforstyrrelse kan ha en sårbarhet for emosjonell sensitivitet og reaktivitet, samt manglende evne til emosjonsregulering. Manglende evne til å forstå og tolerere indre opplevelser kan føre til inhibisjon av emosjonelle erfaringer og assosiert følelse av tomhet (Fruzzetti et al., 2005). Kronisk tomhetsfølelse er også en sentral komponent i lidelsen (American Psychiatric Association, 2013), og kan føre til avkobling fra de rundt som kan skape utfordringer med å forstå seg selv og andre (Miller et al., 2021).

I empirien har derimot forskning på relasjonsvansker hos pasientgruppen hovedsakelig tatt utgangspunkt i global sosial funksjon og kognisjon ved hjelp av kvantitative intervjuer og spørreskjema. Faktorer som har blitt trukket fram i sammenheng med sosial fungering har blant annet vært emosjonsregulering, impulsivitet og mentalisering (Euler et al., 2021). Mer spesifikt, ble emosjonsdysregulering og impulsivitet direkte knyttet til relasjonsvansker. Hypomentalisering (manglende evne til mentalisering) predikerte relasjonsvansker indirekte gjennom impulsivitet og emosjonsdysregulering (Euler et al., 2021). Forfatterne argumenterer dermed for at økt fokus på emosjonsregulering og mentalisering i behandling kan forbedre pasientens relasjonelle problemer. Nedsatt evne til mentalisering har derimot hatt nullfunn i andre studier, og har dermed blandende forskningsfunn (Lazarus et al., 2014). Andre har funnet at forholdet mellom mentalisering og relasjonsproblemer medieres av symptomet om

forstyrret og ustabil identitet (Meulemeester et al., 2017). Med andre ord, at hypomentalisering er relatert til manglende følelse av et samlet og definert selv bilde, som gjør det utfordrende å se og forstå seg selv i ulike relasjoner.

Det har også blitt forsøkt å kartlegge flere ulike sosial-kognitive evner hos pasienter med emosjonsreguleringsforstyrrelse. Foruten mentalisering, tar disse studiene for seg ulike områder som tendensen til å lettere gjenkjenne negative emosjoner hos andre, og å tilskrive negative hendelser til personer heller enn til situasjoner (Anupama et al., 2018). Det viser seg også at pasientgruppen har lettere for å tolke noe objektivt som ekskludering, samt få fiendtlige reaksjoner i nøytrale situasjoner (Lis & Bohus, 2013). Pasientene kan også oppleve at egen rolle i relasjonelle sammenhenger er mer passiv, da det kan være en tendens til å tilskrive årsaken til emosjonelle svingninger til miljøet rundt (Hope et al., 2018). Det kan derfor virke som at personer med emosjonell ustabilitet benytter seg av dysfunksjonelle kognitive skjema som bidrar til maladaptive interaksjoner og relasjonsvansker (Barnow et al., 2009). Hvordan kognitive skjema utspiller seg i pasientgruppens ulike relasjoner i hverdagen og hvordan det påvirker dem, har derimot svakt empirisk grunnlag (Lazarus et al., 2014). Mer presisjon rundt dynamikken mellom pasientens symptomer og sosiale interaksjoner burde derfor være et fokus i videre forskning (Clifton et al., 2007).

I forsøk på å spesifisere hva som kjennetegner sosiale interaksjoner hos pasienter med emosjonell ustabilitet, samlet Stepp et al. (2009) inn data gjennom dagbokføring over syv dager. Resultatene her viste blant annet at pasientene hadde færre sosiale kontakter, og at deres sosiale interaksjoner var mer preget av uenighet, ambivalens, sinne, tomhet og tristhet (Stepp et al., 2009). Samme studie forsøkte å inkludere betydningen av type relasjon, men det ble ikke funnet noen unike assosiasjoner her. Andre har funnet at pasienter med emosjonell ustabilitet opplever mer problemer med spesielt romantiske forhold, sammenliknet med pasienter uten personlighetsforstyrrelse (Clifton et al., 2007). I tillegg til å ha hatt hyppigere tidligere romantiske partnere, ble det rapportert at interaksjonene oftere var preget av kommunikasjonsproblemer, konflikt og brudd (Clifton et al., 2007).

For å forstå hvorfor pasienter med emosjonsreguleringsforstyrrelse sine relasjoner ofte kjennetegnes av intense følelser og ambivalens, har det blitt en voksende empiri på sensitivitet for avvisning (Peters et al., 2015). Avvisningssensitivitet vil si en tendens til å identifisere erfaringer som, og overreagere til, avvisning på engstelig vis. En slik forventning har vist seg å ha sterke positive korrelasjoner med emosjonell ustabilitetssymptomer og relaterte tanker og følelser, samt dysfunksjonelle responser til emosjoner (Peters et al., 2015). Med andre ord, kan det tenkes at avvisningssensitivitet er en sentral bidragsyter til emosjonsdysregulering og

medfølgende relasjonsvansker. Mer spesifikt, at avvisningssensitivitet opprettholder dysfunksjonelle og skadelige forhold eller ender støttende og positive forhold prematurt (Palihawadana et al., 2019). Forståelsen om avvisningssensitivitet foreslår at vedkommende vil oppfatte intensjonell avvisning i en partners tvetydige atferd, føle seg usikker og ulykkelig i forholdet, og respondere til oppfattet avvisning med fiendtlighet, redusert støtte, sjalusi eller kontrollerende atferd (Downey & Feldman, 1996). Slik atferd vil gjøre en relasjon utfordrende selv med en i utgangspunktet støttende og lojal partner.

Til tross for diagnosens spesifikke kriterier for relasjonelle vansker, er det relativt få og blandede forskningsfunn på området (Anupama et al., 2018; Lazarus et al., 2014). En utfordring i forskning på emosjonell ustabilitet som er trukket fram, er blant annet heterogeniteten av symptomer i pasientgruppen. Mer spesifikt, kan to individer med diagnosen muligens bare dele ett enkelt symptom ut i fra DSM sine diagnosekriterier, da en kun trenger å oppfylle fem av de ni opplistede kriteriene (Lazarus et al., 2014). Det er derfor foreslått at det i fremtidig forskning burde etableres spesifikke kriterier i inklusjon av deltakere. Slik kan det åpnes flere muligheter for å sammenlikne pasientenes spesifikke relasjonelle utfordringer (Lazarus et al., 2014). Likevel anses relasjonsvansker som et sentralt symptom ved emosjonsreguleringsforstyrrelse, og som opprettholdende for dysfunksjonell atferd. Derfor fremstår det som viktig å inkludere pasientens nettverkssystem i behandling (Black & Blum, 2016).

Emosjonell ustabilitet i en relasjonell kontekst

Emosjonsreguleringsforstyrrelse anses for å være en tilstand bestående både av emosjonell ustabilitet og relasjonsvansker (American Psychiatric Association, 2013). I forskningslitteraturen fremstår symptomene som to uavhengige faktorer som definerer lidelsen (Fitzpatrick et al., 2021). Det bør derimot fremheves at emosjonelle prosesser eksisterer i en kompleks sosial kontekst og blir påvirket av andre mennesker. Mer spesifikt, tenkes det at interpersonlige forhold utløser, forsterker, og blir forsterket av, emosjonelle problemer (Zaki & Williams, 2013). Borderline Interpersonal-Affective Systems Model (BIAS-modellen) anvender et slikt rasjonale i forsøk på å få økt forståelse for lidelsens etiologi (Fitzpatrick et al., 2021). Her tenkes det at individer med emosjonell ustabilitet og deres nære blir som følge av emosjonsproblemer og relasjonsvansker fanget i en sirkel av intense, konfliktfylte prosesser med ugunstige bias for interpersonlige trusler og negativ informasjon. Det innebærer også en forhøyet emosjonell respons til interpersonlig informasjon, samt destruktiv atferd som kan bli forsterket av signifikante andre og forsterke

relasjonsmønstrene over tid (Fitzpatrick et al., 2021). Kliniske implikasjoner for en teori om at emosjonell ustabilitet og relasjonsvansker henger sammen, er dermed at pasientens nettverk bør inkluderes i behandling (Black & Blum, 2016; Fitzpatrick et al., 2021). STEPPS er en tilnærming som vektlegger betydningen av pasientens relasjoner i behandling, og har forsøkt å inkorporere det i behandlingsforløpet ved hjelp av «forsterkningsteam».

STEPPS: Forsterkningsteam

For å utvikle en systemisk tilnærming som inkluderer pasientens sosiale støtteapparat i behandling, introduserte STEPPS «forsterkningsteam» som en komponent (Blum et al., 2002). Forsterkningsteam er en gruppe bestående av personer pasienten tenker kan fungere som en støtte under og etter behandling. Etersom deler av pasientens interpersonlige vansker kan komme av langvarige dårlige sirkler i nære relasjoner over tid, anses det som nyttig at teammedlemmene får psykoedukasjon om lidelsen. Medlemmene får også informasjon om ferdighetene pasienten skal trene seg opp på, slik at pasienten får øvd videre utenfor kurset (Black & Blum, 2016). En annen hensikt ved forsterkningsteam er at pasienten og pårørende får en felles forståelse for lidelsen, samt felles verktøy for å håndtere pasientens emosjonelle intensitet (Blum et al., 2002). Dette gjøres ved at forsterkningsteamet inviteres til en sesjon sammen med pasienten, der de får informasjon om kursets innhold. Pasienten og teamet mottar også kort som gir spesifikke instruksjoner for hvordan de skal respondere når pasienten henvender seg til dem. På denne måten blir kommunikasjonen mer konsistent i situasjoner der pasienten er overveldet av emosjoner, og de minnes på hva de har lært i kurset. Det fremheves derimot at forsterkningsteamet kun skal fungere som en støtte, og det er ikke forventet at de skal innta en terapeutrolle (Black & Blum, 2016). Kort oppsummert, anses forsterkningsteamet som en viktig fasilitator for pasientens fremgang og utvikling av evner som læres i kurset.

Behandlingseffekt

STEPPS er en gruppebehandling som har en rekke empiriske publikasjoner som dokumenterer behandlingseffekt (Black & Blum, 2016). Behandlingens første studie i 2002, viste til signifikant reduksjon i symptomer, med størst effekt på selvdestruktiv atferd og negativ affekt (Blum et al., 2002). Liknende resultater ble også funnet i studier som inkluderte innsatte kvinner i fengsel i Iowa, USA (Black et al., 2008; Black et al., 2013). Her ble det også funnet signifikante forbedringer på symptomtrykk, humør og suicidal atferd. I tillegg til studier fra USA, er effektiviteten av STEPPS undersøkt i England (Harvey et al., 2010; Hill et

al., 2016), Nederland (Freije et al., 2002; Shuppert et al., 2009), Italia (Alesiani et al., 2014; Boccalon et al., 2012), og Spania (González-González et al., 2021). Dataene her har også vist positive resultater med reduksjon i symptomer knyttet til emosjonell ustabilitet (Freije et al., 2002; González-González et al., 2021; Harvey et al., 2010), samt reduksjon i selvmordsforsøk og innleggelse (Alesiani et al., 2014; Boccalon et al., 2012). Videre, har resultater blant annet indikert reduksjon i bruk av negative kognitive skjema, og økt livskvalitet (Hill et al., 2016), samt økt intern lokus av kontroll (Shuppert et al., 2009). I Norge er STEPPS en relativt ny type behandling og det er så vidt jeg er klar over, ingen publiserte studier på effekten av behandlingen i norsk sammenheng.

Samlet sett, viser den kvantitative empirien at STEPPS gir forbedringer på en rekke utfallsvariabler som impulsivitet, emosjonell ustabilitet, kognitive problemer, identitetsproblemer, selvskadning og negativ interpersonlig atferd (Black & Blum, 2016). Det viser seg også at psykoedukasjonen programmet gir om emosjonsreguleringsforstyrrelse som lidelse, gjør at ansatte i psykisk helsevern utvikler større empati og forståelse for pasientgruppen (Shanks et al., 2012). Det virker derimot som at det ikke er noen publiserte studier på hvorvidt STEPPS bidrar til endring i pasientens relasjoner, til tross for metodens systemtilnærming. Studiene som er gjort har tatt for seg kvantitative undersøkelser som i stor grad ser på symptomtrykk og pasientens atferdsmønster (Black & Blum, 2016). Det kan dermed virke som at det er et kunnskapshull i empirien på STEPPS når det kommer til endringer i relasjonskvalitet (Lazarus et al., 2014), samtidig som det er mangel på kvalitative undersøkelser som utforsker pasientens opplevelser i behandlingsprosessen (Kverme et al., 2019).

Behovet for subjektive pasienterfaringer

I motsetning til kvantitative studier som ser på symptomer ved ulike lidelser og effekt av behandlingsmetoder, finnes det langt færre kvalitative studier som utforsker subjektive perspektiver hos pasienter som lider av psykiske lidelser (Flanagan et al., 2010). Pasientenes subjektive erfaringer kan være verdifull informasjon som kan gi kunnskap utenfor de ulike lidelsenes observerbare kjennetegn. Det foreslås derfor i litteraturen at empirien og diagnosemanualene i større grad bør inkorporere pasienterfaringer i fremtidige versjoner og videre forskning (Flanagan et al., 2010). Ikke bare kan subjektive erfaringer si noe om validiteten av diagnosekriterier, men kan også øke en klinikers forståelse og empati for pasientene, som er helt sentralt i en terapeutisk allianse (Flanagan et al., 2010).

Opplevelsen av symptomer

Individens subjektive erfaringer av å ha en psykisk lidelse, kan stå i kontrast med hvordan symptomer forstås i diagnostisk litteratur (Flanagan et al., 2010). Et eksempel på et kvalitativt studie av erfaringer hos pasienter med emosjonell ustabilitet er Miller (1994) som utførte intervjuer med ti pasienter der de delte historier fra sine hverdagslige liv. Samtidig som intervjuene viste stor heterogenitet i symptomer hos pasientene, var det også overraskende mange likheter på tvers av deres narrativer. Flere av disse likhetene ga en litt annen forståelse av diagnosen som ikke samsvarte med kriteriene i DSM-5. For eksempel, istedenfor å fortelle om et udefinert og ustabil selv, beskrev pasientene et konsistent og bevisst selv. De rapporterte derimot at de tidvis ikke var seg selv fullt ut for å tilfredsstille andre eller skjule sine usikkerheter. De så også på seg selv om fremmedgjort og at de ikke evnet å nå opp til sosiale standarder og forventninger. Det virket derfor som pasientene ikke hadde et udefinert selv, men heller et negativt og destruktivt selv (Miller, 1994). Med andre ord, kan økt fokus på kvalitative pasienterfaringer gi økt innsikt i individuelle aspekt ved lidelsen (Flanagan et al., 2010). På denne måten kan en også få innsikt i hva som er viktig for pasienten i behandling (McCusker et al., 2018).

Viktige faktorer i behandlingsprosessen

Kunnskap om hvordan en pasient fra et førstepersonsperspektiv opplever egen behandlingsprosess er også sentralt for å kunne forstå individuelle aspekt ved psykiske lidelser (Kverme et al., 2019). Flere studier har vist til andre viktige faktorer enn symptomreduksjon som en del av terapiforløpet. Å få en sterkere autonomi og tryggere identitet (Lavik et al., 2018), utvikling av meningsfulle og samarbeidende relasjoner (Moltu et al., 2017), og økt personlig agens eller intern lokus av kontroll (følelsen av at det er en selv som kan skape endring) (Hansen et al., 2017), er noen eksempler. Når det gjelder pasienter med emosjonell ustabilitet, undersøkte Kverme et al. (2019) hvordan pasientgruppen opplever behandling. En viktig faktor som ble trukket fram var en økt følelse av tilhørighet; at pasientene i større grad følte at de var som alle andre og kjente en nærmere forbindelse til venner og familie. Det ble derfor også enklere å søke støtte fra andre og innad i seg selv når emosjonene tar overhånd (Kverme et al., 2019). Personlig agens oppstod også som et tema, der pasientene hadde økt tro på at de kunne skape endring. Å føle seg validert og sett, å være åpen og ta plass, samt å ha et håp om bedring, ble videre ansett som sentrale i behandlingsprosessen hos pasientgruppen (Kverme et al., 2019). Det kan dermed virke som at

det i fremtidig forskning på behandling i større grad burde tas hensyn til individuelle og relasjonelle faktorer, fremfor diagnose og symptomreduksjon alene (Hansen et al., 2017).

Ut ifra tidligere forskning virker det som at det er et relativt smalt søkelys på viktige faktorer i behandling som strekker seg forbi symptomreduksjon hos pasienter med emosjonsreguleringsforstyrrelse (Kverme et al., 2019). Flere kvalitative undersøkelser som ser på pasienterfaringer hos denne pasientgruppen, er dermed en mangelvare. Det er i den forbindelse også lite av empirien som tar for seg pasientenes opplevelse av egne relasjoner (Lazarus et al., 2014), til tross for at relasjonsvansker anses som en sentral del av diagnosen (American Psychiatric Association, 2013), og som en sentral komponent i STEPPS (Black & Blum, 2016). For å bidra til økt kunnskap på området har denne oppgaven forsøkt å besvare to spørsmål: Hvordan opplever personer med emosjonell ustabilitet kvaliteten av egne relasjoner? Bidrar STEPPS til endring i forståelse av, og kvalitet på, relasjoner?

Metode

Utvalg

Utvalget i undersøkelsen består av fem kvinner i alderen 19-24 år. De fem deltakerne har alle fått diagnosen F60.3 emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (World Health Organization, 1992), og har fått tilbud om å gjennomgå behandling i den samme STEPPS-gruppen. Etersom studien ser på endringer som følge av behandling, ble de samme informantene intervjuet i to runder; før- og etter behandling.

Rekruttering av informanter ble gjort i samarbeid med gruppeenheten ved Nidaros DPS, St. Olavs Hospital. Her tilbys pasienter med emosjonelt ustabile trekk eller emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelsesdiagnose behandlingen. STEPPS utføres ved avdelingen som et gruppeprogram som komplementeres av ukentlige individualsamtaler med en kontaktperson i teamet (Kennair, 2016). Potensielle deltakere mottok et informasjonsskriv om studien og fikk deretter forespørsel om å delta i forskningsprosjektet. Gruppeleder tok kontakt og ga undertegnede kontaktinformasjon til deltakere som hadde takket ja til å stille til intervju. Deretter, ble det avtalt tidspunkt for intervjuer, samt hvorvidt informantene ønsket å ha fysisk eller digitalt intervju med hensyn til smittevern.

Av hensyn for informantenes anonymitet, er navnene og andre personidentifiserende opplysninger endret i tekstene. Fiktive navn for informanter er: Maria, Åse, Kamilla, Sigrid og Thea.

Den kvalitative undersøkelsen ble etablert som en del av et eksisterende forskningsprosjekt NTNU har i samarbeid med St. Olavs Hospital. Prosjektet ser på effekten av STEPPS på en rekke utfallsvariabler hos personer som har gjennomgått behandlingen.

Kvalitativ datainnsamling

Som et resultat av at oppgavens forskningsspørsmål tar for seg hvordan deltakere forstår dynamikken i egne relasjoner og hvorvidt de opplever relasjonelle endringer som følge av behandling, ble det ansett som gunstig å utføre kvalitative intervju. Hensikten var å få mer dybde i forståelsen av temaet relasjoner, som kan være et bredt og utfordrende begrep å kvantifisere. Kvalitative intervjuer har til formål å få frem subjektets opplevelser av verden slik de erfarer den. Innenfor psykologiens fagområde er derfor slike intervjuer en nyttig metode å bruke for å kunne få mer kunnskap om menneskers indre verden (Kvale & Brinkmann, 2021).

Semistrukturerte intervjuer

For å kunne sikre rikt og detaljert data fra informantenes individuelle erfaringer, ble det benyttet semistrukturerte intervjuer i de to intervjurundene. Et slikt format på intervjuet er noe fleksibelt, og rommer muligheten for å stille uplanlagte spørsmål. Dette er en fordel dersom man har få deltakere og ønsker å generere nyttig data, spesielt når det kommer til sensitive og personlige tema (Braun & Clarke, 2013).

Intervjuguide

I de semistrukturerte intervjuene var det overordnede spørsmål som ble stilt i samme rekkefølge som presentert i intervjuguiden (se vedlegg i appendiks A). Intervjuguiden ble utviklet i samarbeid med fagpersoner ved STEPPS-teamet, i diskusjon med veileder, og basert på enkelte spørsmål fra selvrapporteringskjemaet Severity Indices of Personality Pathology (SIPP), som måler grad av personlighetspatologi (Pedersen et al., 2017). Relevante utsagn om sosiale interaksjoner i selvrapporteringskjemaet ble brukt som utgangspunkt for konkrete og avgrensede spørsmål. Intervjuguiden for før-intervjuet tok for seg spørsmål om forventninger til behandling og forståelse av eget relasjonelt liv. Intervjuguiden til etter-intervjuet omhandlet evaluering av behandlingstilbudet, samt hvorvidt de har opplevd endringer i sine relasjoner.

Underveis i intervjuet ble det forsøkt å følge intervjuguiden så nøye som mulig, der spørsmålene er skrevet ut i fulle setninger framfor stikkordsform. Relasjoner er et bredt tema,

og det er derfor forsøkt å følge ordlyden i intervjuguiden på tvers av intervjuer for å sikre i større grad at deltakerne forstår spørsmålene på samme måte.

Gjennomføring

Fire av fem respondenter valgte å ha digitalt intervju som ble gjennomført på Zoom, og en valgte fysisk oppmøte. Fordelen med digitale intervjuer er at det er fleksibelt og dermed lettere tilgjengelig for gjennomføring. Mulige ulemper kan eventuelt være forstyrrende faktorer som tekniske problemer, i tillegg til at man kan gå glipp av en del naturlig kroppsspråk (Braun & Clarke, 2013). Intervjuene ble tatt opp ved hjelp av en diktafon etter muntlig samtykke fra deltakerne, for å sikre alle detaljer og nyanser i svarene deres. I etterkant ble intervjuene transkribert ordrett.

Behandling

STEPPS foregår i et detaljert behandlingsformat med seks til ti deltakere som møtes to timer ukentlig. De får utdelt egne fysiske permer som de tar med seg hver sesjon, og er fylt med blant annet informasjon, undervisningsmateriale og hjemmelekser (Black & Blum, 2016). Hver sesjon begynner med at deltakerne fyller ut Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST) (Pfhol et al., 2009), et selvrapporteringskjema som kartlegger kognitive, emosjonelle og atferdsmessige symptomer knyttet til emosjonsreguleringsforstyrrelse. På denne måten kan både pasientene og behandlere observere symptomutviklingen underveis i behandlingen (Black & Blum, 2016).

I behandlingen er fokuset å bli bevisst egne tankemessige og følelsesmessige reaksjoner, samt spesifikk atferdsendring (Black & Blum, 2016). Dette overordnede målet kan deles inn i tre hovedkomponenter; sykdomsbevissthet, emosjonshåndtering, og atferdshåndtering (Black & Blum, 2016).

Sykdomsbevissthet

Sykdomsbevissthet er fokuset i uke 1 og 2. Målet er å gi deltakerne bevissthet på symptomene som definerer borderline personlighetsforstyrrelse som lidelse. I tillegg, fremheves muligheten for å lære seg spesifikke ferdigheter for å håndtere symptomene (Black & Blum, 2016). Diagnosen omformuleres videre til «emosjonsreguleringsforstyrrelse» som er ansett som en mer beskrivende betegnelse for lidelsen (Kennair, 2016). I uke 2 introduseres deltakerne også for kognitive filtre inspirert av Youngs kognitive skjema (Young, 1999), for å

kunne bli bevisst sammenhengen mellom kognitive filtre og opplevde symptomer (Black & Blum, 2016).

Emosjonshåndtering

Ferdighetstrening for emosjonshåndtering består av å lære seg fem grunnleggende ferdigheter; distansere, kommunisere, utfordre, distrahere og problemløsning. Ferdighetene er ment til å hjelpe pasienten å håndtere stressende situasjoner som kan føre til økt emosjonell intensitet og impulsiv eller selvdestruktiv atferd (Black & Blum, 2016).

Distansere. Evne til å distansere er fokuset i uke 3 og involverer å kunne legge merke til, anerkjenne og beskrive økende emosjonell intensitet i form av opplevde tanker, følelser og atferd. I tillegg, forsøker en å trene opp evnen til å ta et steg tilbake fysisk via puste- og avslapningsøvelser, eller mentalt ved hjelp av eksempelvis visualiserende øvelser (Black & Blum, 2016).

Kommunisere. I uke 4 og 5 er fokuset på å kommunisere. Evnen til å kommunisere innebærer å kunne sette navn på og utvide vokabularet på følelser. Deltakerne introduseres her for emosjonsintensitetsskalaen (EIS) som gjennomgås i hver fremtidig sesjon. Dette er en likert-skala som måler emosjonell intensitet ut i fra nivå 1-5 (1 er rolig og avslappet, 5 er ute av kontroll), og skal fylles ut daglig (Black & Blum, 2016). Her er også tanken at pasienten kan observere fremgang når det kommer til tid brukt på de ulike nivåene av emosjonell intensitet gjennom behandlingsforløpet. Ved å bruke EIS på konsistent vis, blir deltakerne mer bevisst på egne tanker, skjema, følelser, fysiske reaksjoner og handlingstrang i ulike situasjoner og nivå (Black & Blum, 2016). For en oversikt over EIS, se appendiks E.

Utfordre. I uke 6, 7 og 8 er ferdigheten «utfordre» i sentrum. Å utfordre omfatter å identifisere negative tanker og erstatte dem med mer rasjonelle og nøytrale eller positive tanker som har større sannsynlighet for å ikke vekke så sterke følelser. Ferdigheten er tenkt til å redusere den typiske svart-hvitt tenkningen deltakerne har på sikt (Black & Blum, 2016).

Distrahere. «Distrahere» (uke 9 og 10) gir individene mulighet til å lage liste av distraherende aktiviteter som man kan bruke når en opplever emosjonell intensitet, som får tiden til å gå fram til intensiteten reduseres. Fem lette og tilgjengelige aktiviteter skrives ned på et kort deltakeren kan ha med seg for å påminne seg selv om disse strategiene (Black & Blum, 2016).

Problemløsning. I uke 11 og 12 fokuseres det på å hvordan deltakerne mer effektivt kan håndtere problemer i hverdagen ved å definere problemet og ønsket løsning. Det krever at

deltakeren øver på å generere alternative responser og evaluere potensielle konsekvenser, som de får hjelp til via arbeidsark (Black & Blum, 2016).

Atferdshåndtering

For å bistå deltakeren i å endre destruktive atferdsmønstre, fokuseres det på åtte atferdhåndteringsferdigheter; målsetting, spising, søvn, trening, fritid, fysisk helse, unngåelse av destruktiv atferd og interpersonlige forhold. Hvordan pasientene har det på de ulike områdene kartlegges via spørreskjema i uke 13 (Black & Blum, 2016).

I uke 14 tar sesjonen for seg målsetting; prosessen av å formulere et overordnet mål ut i fra atferdsområdene og bruke arbeidsark for å dele målet inn i mindre delmål, samt kartlegge mulige ressurser og hinder. Sesjonen i uke 15 tar for seg spise- og soveatferd, med et fokus på skillet mellom sunn og usunn spiseatferd og god søvnhygiene. Deltakerne bruker dagbøker for å bli mer bevisst egne søvn- og spisevaner, samt hvordan det henger sammen med deres emosjonelle intensitet. Fysisk helse, aktivitet og fritid tas opp i uke 16, der deltakerne blant annet oppmuntres til regelmessig fysisk aktivitet og å utvide repertoaret av fritidsaktiviteter. Her også brukes dagbøker og planer aktivt for å kartlegge og overvåke egen fremgang utenfor sesjonene (Black & Blum, 2016).

I uke 17, er temaet selvdestruktiv atferd. Selvdestruktiv atferd inkluderer selvskadende atferd, som eksempelvis selvskading, selvmordsforsøk, rusmisbruk, massivt pengebruk og kriminell atferd. Atferden fremheves som en typisk del av emosjonsreguleringsforstyrrelsen, og det gis forslag til alternative mestringsstrategier som å kontakte forsterkningsteam, bruke ferdighetene man har lært i kurset og akseptere at atferden er skadelig for en selv (Black & Blum, 2016).

Siste tema som behandlingen avslutter med, er relasjonshåndtering (uke 18 og 19). Sesjonene fokuserer på å øke interpersonlig effektivitet, bli bevisst tegn på skadelige forhold, lære seg hvordan man informerer andre om lidelsen, samt sette passende grenser for seg selv (Black & Blum, 2016). Avslutningen i uke 20 brukes til å feire at man har gjennomgått programmet, samt oppsummering av prosessen og tilbakemeldinger. Det gis videre informasjon om alternativer etter STEPPS, som å fortsette nåværende behandling, ta kurset på nytt, eller bli med i STAIRWAYS (Black & Blum, 2016).

Etiske hensyn

Prosjektet er godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, 2018/26153). Den kvalitative undersøkelsen er lagt til som en endring

i REK-søknaden, og ble godkjent i desember, 2022. Ettersom prosjektansvarlig er St. Olavs Hospital hvor det er eget personvernombud, samt at prosjektet har fullført vurdering av personvernkonsekvenser (DPIA), er det ikke nødvendig med godkjenning fra NSD.

For å sikre informantenes anonymitet, er personnavn og annen personidentifiserende informasjon endret. Deltakerne ga muntlig samtykke til at intervjuet ble tatt opp ved hjelp av båndopptaker, og de ble informert om at lydfilen vil bli slettet ved innlevering av oppgaven. I intervjusituasjonen, fikk informanten mulighet til å velge bort spørsmål, samt trekke seg fra intervjuet uten begrunnelse hvis ønskelig. Lydfilene har vært arkivert på NTNU's krypterte lagringsnettverk, NICE-1, som er et godkjent beskyttet fillagringsområde for sensitiv og strengt fortrolig informasjon (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 2022).

Analyse av resultater

Tematisk analyse (TA)

Ved analyse av prosjektets resultater, har det blitt benyttet tematisk analyse (TA) (Braun & Clarke, 2006). TA er en mye brukt metode innenfor psykologien og andre fagområder, og brukes til å identifisere, analysere og rapportere mønstre eller tema på tvers av innsamlet data. På denne måten, er hensikten at TA vil få fram de mest fremtredende konstellasjonene av mening som er tilstede i datasettet (Joffe, 2012). Analysens rammeverk anses som svært fleksibel, og gjør at forskeren potensielt kan få detaljert og komplekst data (Braun & Clarke, 2006). Når det kommer til kvalitative intervjuer som skal behandles ved hjelp av tematisk analyse, er anbefalingen seks til ti deltakere (Braun & Clarke, 2013). Grunnet komplikasjoner ved rekrutteringsprosessen i koronatid, endte undersøkelsen derimot opp med fem deltakere.

Epistemologisk ståsted

Ettersom TA ikke er låst til et teoretisk rammeverk, er det viktig å få frem hvordan forskeren har valgt å gå fram i søken etter meningsfulle tema for å besvare forskningsspørsmålet sitt (Braun & Clarke, 2006). I det gjeldende prosjektet har tema blitt funnet gjennom en blanding av deduktiv (top-down) og induktiv (bottom-up) framgangsmåte. Det vil si at en gjennomgår datasettet med noen forutinntatte ideer fra tidligere teori, samtidig som en er åpen for at nye konsepter kan oppstå i data (Joffe, 2012). Ettersom det er kjent at deltakernes diagnose innebærer emosjonelle og relasjonelle vansker (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 1992), bidrar dette til å skape noen teoretiske briller for analysen, og kan derfor sees på som deduktivt. Samtidig, har det blitt forsøkt å lage

rom for nye og ukjente tema som identifiseres i innsamlet data, altså induktivt (Braun & Clarke, 2006).

I tillegg til framgangsmåte for hvordan en identifiserer tema, er det hensiktsmessig å avklare på hvilket nivå tema identifiseres; semantisk (eksplisitt) og/eller latent (implisitt) (Braun & Clarke, 2006). I dette tilfellet inkluderer analysen både semantiske og latente tema. De fleste temaene er identifisert ved at deltakerne har forklart sine erfaringer helt eksplisitt verbalt og er dermed av semantisk art. Likevel, har en del av kodingsprosessen også omfattet noe tolkning av deltakernes besvarelser ved å se på underliggende mening bak historiene og personene de forteller om. Dermed er noe av temaenes innhold også på latent nivå (Joffe, 2012).

Samlet sett, er epistemologien for analysen her essensialistisk rettet, da forskningsspørsmålet tar utgangspunkt i de individuelle deltakernes opplevelser og refleksjoner (Braun & Clarke, 2006). Fokuset er derfor vært å få tilgang til individets ideer, meninger og kognisjoner (Smith, 2008).

Utføring og steg i analyse

For å ha et veiledende utgangspunkt for analyse, benyttet jeg de seks analysefasene beskrevet i Braun and Clarke (2006) for tematisk analyse: 1) Familiarisering, 2) Koding, 3) Temasøking, 4) Temagjennomgang, 5) Navngi tema, og 6) Skrivning.

Ved første fase, familiarisering, gjelder det å bli kjent med datasettet og lese intervjuene flere ganger, samt notere seg ideer. Kodingsprosessen innebærer å finne interessante og systematiske egenskaper i data, noe som ble gjort ved å finne korte beskrivelser av innhold på tvers av intervjuene. Deretter, ble det forsøkt å søke etter tema ved å gruppere koder med fellestrekk. Det ble raskt tydelig at flere koder overlappet og hadde en naturlig tilhørighet til hverandre enn andre koder, samt at de var gjentakende hos flere deltakere. Samtidig, ble noen koder ikke like tydelig plassert og det måtte noen omrokkeringer til for å se hvor de fikk størst mening.

Temagjennomgangen ble noe overlappende med temasøking, da det ble nødvendig å gå tilbake og kategorisere koder på nytt for å tilpasse temaene til datasettet i større grad. Her ble det også utarbeidet et tematisk kart bestående av tema og undertema for å danne oversikt. De siste fasene med navngiving av tema og skrivning ble også litt sammenfallende. Meningen bak temaene ble til underveis i skriveprosessen, og det ble derfor flere runder med å gå tilbake og gi nye navn til temaene etter hvert som deres betydning endret og utviklet seg. Tabell 2 illustrerer et par eksempler på prosessen fra intervjutranskripsjon til analyse, og koding av

tema. Det ble opprinnelig forsøkt å identifisere både hovedtema og undertema i begge intervjurundene. Disse analysene er lagt ved i appendiks C og D, ved interesse. Det ble derimot besluttet å kun benytte mer beskrivende hovedtema, for å gjøre resultatene og diskusjonen mer håndgripelig og leservennlig.

Tabell 2

Eksempel på prosess fra tekstutdrag til koding og endeling tema

Tekstutdrag	Kode	Tema
En god relasjon... Da går det i alle fall i åpenhet og... tillit, på en måte... jo, mest tillit, fordi jeg har tillitsproblemer. Det kommer jo som en del av diagnosen, men jeg skulle gjerne likt å stole på folk, uten å ha liksom... den paranoiaen om at «å, kanskje de vil meg vondt» hele tiden og faktisk bare stole på at de er der fordi dem vil vel.	En god relasjon består ønskelig av tillit og åpenhet, men det er vanskelig å få til.	Ønske om nærhet, men frykt for avvising.
Jeg blir veldig, veldig sliten, men det er jo bare sånn det må være, fordi at å liksom <u>ikke</u> gjøre det, og sette grenser og være litt sånn egoistisk, da. Det synes jeg er <u>mye</u> verre. Det kan jeg aldri se for meg å gjøre. Det blir helt forferdelig for meg. Det kan... kan ikke gjøre det, liksom.	Det er fryktelig skummelt å skulle slutte med å gi etter for andre, og stå opp for meg selv og sette grenser.	Å måtte ha noen å «emosjonelt holde seg fast til».

Resultater - Del 1

Gjennom analysen av første runde med intervjuer ble det identifisert fire temaer knyttet til informantenes forståelse av egne relasjoner og emosjonelle utfordringer, og er presentert i tabell 3.

Tabell 3

Oversikt over tema fra før-intervju

Tema – første intervjurunde
Underliggende følelser med et ekstremt uttrykk
Å måtte ha noen å «emosjonelt holde seg fast til»
Ønske om nærhet, men frykt for avvisning
Følelse av verdiløshet og behov for bekreftelse

Underliggende følelser med et ekstremt uttrykk

I intervjuene forteller alle deltakerne om et håp om å få bedre evne til å håndtere egne emosjonelle reaksjoner. De beskriver hendelser og emosjonelle utbrudd de føler de ikke har kontroll på, og som skaper vanskelige situasjoner både for seg selv og signifikante personer i eget liv. Slike reaksjoner kan omfatte sterkt sinne som kommer ut både verbalt og fysisk. Selv om det for de rundt kan virke som at reaksjonene kommer ut av intet, beskriver flere deltakere ulike årsaker til at det ofte eskalerer slik det gjør. Sinnet og utageringen blir en ekstrem uttryksmåte som tar over for underliggende følelser som trigges i situasjonen.

I beskrivelsen av hva deltakerne tror utløser deres sterke emosjonelle uttrykk, nevnes situasjoner der mange ulike følelser vekkes i forkant av sinnereaksjonen. Følelsene kan dreie seg om eksempelvis frykt, tristhet eller sjalusi. Kamilla forteller om hvordan hun opplever at tristhet kommer til uttrykk som sinne:

Jeg har lært meg nå da, at sinne er en sånn andre... sånn følelse som kommer som nummer to, og at det alltid er en annen underliggende følelse, som for eksempel at

man er lei seg, da. Så, alt jeg gjør, vises som at jeg er illsint, men jeg er egentlig sånn dypt, sånn skikkelig, skikkelig lei meg, men det ser ut som at jeg er kjempesint.

Situasjonene der følelsene får en ekstrem uttrykksform virker spesielt å være fremtredende når deltakerne ikke føler seg forstått eller hørt av sine nære. Det resulterer ofte i emosjonelle utbrudd som tester relasjonen til den signifikante andre, slik Maria utdyper:

Det går jo mest utover de som er hjemme, da. Så, de kan jeg si masse stygge ting til, og få utbrudd som jeg ikke tør til enkelte venner og sånn. Og da... tenker jeg at sånn «ja, hvis jeg blir sint nå, kanskje de ikke er glade i meg lenger», men så slutter det jo aldri. Så, da fortsetter jeg å teste og teste for å sjekke hvor grensen går.

På denne måten gir slike utbrudd en bekreftelse på den nære relasjonen dersom den andre står i det. Det å kunne ha «friheten» til å ha ekstreme uttrykksmåter blir derfor beskrevet av flere som en egenskap ved nære relasjoner og som de setter pris på. Kamilla er en av deltakerne som trekker fram de mulige fordelene de ekstreme reaksjonene gir:

Hvis det oppstår konflikt, så føler jeg meg komfortabel nok til å reagere på følelsene mine, selv om det kanskje ikke er en så veldig bra ting. Det er liksom bare kroppen min som er vant til de personene, og vant til at jeg har gjort det her en gang før, liksom. Jeg har utagert en gang før, så da kan jeg utagere alle de andre gangene. Da vil det bli en mer sånn sterk relasjon, da. For da har jeg friheten til å gjøre det på en måte.

Likevel er den store baksiden at de opplever emosjonelle utbrudd som byr på utfordringer og en økende frykt for at den andre en dag ikke vil stå i det lenger. Alle deltakerne trekker fram i intervjuet at de er klare over at reaksjonsmønstrene de har, skaper lidelse både for seg selv og andre, og har dermed et ønske om å skape endring. De forteller dermed at de er motiverte for behandling, og at de føler en lettelse over å ha fått vite at de befinner seg i en avvikende situasjon det går an å jobbe med. Videre, trekkes det frem et spesielt håp om å oppleve økt stabilitet i relasjoner og i følelsesmessige reaksjoner. De har derimot få forventninger til hvordan opplegget med STEPPS vil bli, annet enn at de har et håp om bedring og stiller med et åpent sinn. En deltaker forteller derimot om et generelt behov for å lære, bli hørt og tatt på alvor, og ha en tillit innad i gruppen. I beskrivelsen av egen motivasjon for endring, trekker

også flere fram hvordan vanskene deres påvirker pårørende, og dermed en medfølgende skam, slik henholdsvis Maria og Åse eksemplifiserer her:

Jeg kan skjønne at det er vanskelig for relasjonene som er rundt de som har borderline, for de skjønner ikke hvorfor vi blir så sure over en ting som... De blir mistolket hver dag på en måte, men for oss så klikker det hvis den enkle tingen skjer. Så, jeg skjønner at det er kjempevanskelig for alle som er rundt oss og.

Jeg skjemmes litt av det. Jeg skjemmes litt av den sjalusien, for jeg skjønner at «det her er idiotisk, Åse», liksom. Så jeg prøver jo å ikke få det ut, og da... men det kommer ut, og det kommer ut på en usunn måte og jeg sier ting som er slemt og jeg... Ja, det er vanskelig for oss da.

Flere av deltakerne beskriver sine emosjonelle og tankemessige mønstre som noe grunnleggende i dem, og som er vanskelig å endre på. De emosjonelle mønstrene og måten ulike relasjoner spiller seg ut på, virker å ha vedvart i svært lang tid. Noen beskriver at de mest sannsynlig har hatt en spesifikk nedarvet sårbarhet for sine utfordringer ettersom flere i familien har strevd med psykiske vansker. Andre beskriver også komplekse forhold innad i familien som kan være preget av både kjærlighet, men også distanse, og en følelse av å ikke bli forstått og møtt på sine følelser. Noen forteller også om traumatiske forhold i oppveksten. Flere forteller også om vennskapelige og romantiske relasjoner som har vært utfordrende fra tidlig alder.

Å måtte ha noen å «emosjonelt holde seg fast til»

Et annet identifisert tema som beskrives hos deltakerne er at de kjenner på en emosjonell avhengighet til andre, der betydningsfulle andre har alt å si for hva man føler og tenker. Dette virker spesielt å gjelde romantiske relasjoner for flere av deltakerne. Konsekvensen blir ofte at en ser vekk fra egne grenser og behov, og at en opplever en tomhet uten dem. Noen deltakere beskriver denne tendensen helt eksplisitt gjennom at de identifiserer seg som en selvoppofrende person med stor frykt for å ta plass på tvers av sine relasjoner. Andre beskriver det mer indirekte gjennom at de står, eller har stått, i relasjoner og situasjoner de nødvendigvis ikke ønsker å være i, men bare må fordi det er slik ting er. Thea og Kamilla forteller:

Jeg er nesten aldri singel. Jeg er ikke singel lenge. Finner alltid noen å emosjonelt holde meg fast til. [...] Jeg har på en måte tidligere ikke vært sterk nok til å stå på mitt, eller til å tenke sånn «jeg burde ikke vært sammen med han». Jeg var ikke sterk nok til å på en måte frarive meg fra han, for jeg var jo emosjonelt veldig avhengig av han.

Det er bare det at jeg kan bli veldig sliten av å gi alt av meg selv da, men jeg føler liksom at jeg ikke er noen i det hele tatt og at jeg er bare her for å gi til andre da, for å få dem til å føle seg bedre og for å hjelpe dem og sånn. Jeg tenker ikke på meg selv i det hele tatt.

Flere av deltakerne rapporterer følgende vansker med grensesetting. Det kan virke som at manglende grensesetting har blitt til ved en ond sirkel der deltakerne har tidligere erfaringer der andre har tråkket over deres grenser, og skapt en oppfatning om at andre er glad i dem på bakgrunn av det man gir til andre. Løsningen blir derfor å trekke seg helt tilbake eller få sterke følelsesmessige reaksjoner i forsøk på å sette grenser, slik Åse beskriver her:

De kommer til å krysse grensene over og over igjen, selv om jeg sier det på en pen måte. Det går ikke an å si det til dem på en pen måte. Jeg må være ekstrem. Det er kanskje derfor jeg har diagnosen og.

Alle deltakerne beskriver videre et sterkt behov for å ha noe eller noen å feste fast sine ekstreme følelser til. Uten dette, blir det en tomhetsfølelse som for flere virker å være skremmende å stå i. En del av den emosjonelle avhengigheten til andre, virker dermed delvis å beskrives av at den fyller en følelsesmessig tomhet. Maria beskriver denne tomhetsfølelsen som oppstår i fravær av en kjæreste:

Jeg vet ikke, men jeg klarer ikke å være alene. Jeg må ha noen der, ellers blir det en sånn kronisk tomhetsfølelse. [...] Vi får jo ekstreme følelser for den personen, eller en gutt da, når vi begynner å like han. Han blir hverdagen din og, hvis de svarer med feil emoji, så kan det ødelegge hele dagen din. Og hvis du ikke har noen til å gjøre det, eller få deg til å bli glad eller føle masse følelser, så blir det en tomhetsfølelse hvor du går og bare «ja, hva skal jeg gjøre med dagen min nå? Hva skal jeg gjøre med livet mitt?» Da begynner du å bli stressa og få tankekjør.

Det kan virke som at å fylle den emosjonelle tomheten gjør at noen av deltakerne søker turbulente relasjoner, fordi ekstreme følelser på godt og vondt er trygt og kjent territorium. Maria forteller videre at ustabile romantiske forhold føles mer trygt ut enn noe tilsynelatende stabilt. Hun begrunner dette med en frykt for å ødelegge relasjonen og at en stabil relasjon derfor er mer usikkert enn en ustabil relasjon der hun vet at ting vil ende på en viss måte: «Jeg snakker med en gutt nå da, som faktisk virker hyggelig og det er skikkelig komfortabelt og rolig... og det gjør meg egentlig mer stressa.»

Flere forteller derfor om en sterk trang til å kontinuerlig fylle tomhetsfølelsen. Om det ikke blir ved å ha noen å feste intense følelser til, kjenner de et behov for å få ut de ekstreme følelsene på andre måter. Det medfører tendens til impulsive handlinger, og et par deltakere beskriver trangen for risikofylt atferd som rus, ulovlig kjøring og pengebruk. Selvskading blir også en regulerende mekanisme hos flere for å utløp for følelsene.

Ønske om nærhet, men frykt for avvisning

En stor del av hva som virker å skape indre konflikt og frustrasjon hos deltakerne er den sterke ambivalensen ved å være i nære relasjoner til andre. Alle beskriver et stort ønske om å oppleve de positive sidene den nære relasjon gir, og derfor en tendens til at de blir svært lett knyttet til andre. På den andre siden, innebærer tilknytningen å gå med den konstante frykten og forventningen om at man en dag kommer til å bli forlatt. Dette gjør at man faller mellom to stoler, og kjenner på behovet for å tilnærme seg den andre, men samtidig et instinkt om å dytte dem vekk i håp om å beskytte seg selv. Thea trekker fram at konsekvensen dermed blir å prøve å holde folk på avstand: «Jeg holder nesten alle på en arms avstand, liksom. For jeg kommer til å ødelegge det på et tidspunkt. For tidligere har jeg ødelagt veldig mange vennskap ved å holde dem litt for nære.» Åse forteller om samme tendens, og fremhever også den sterke ambivalensen:

Det er en så vanskelig splitt inni meg mellom at jeg ønsker en relasjon, og jeg er redd for en relasjon. Og jeg... jeg vet ikke hva jeg skal gjøre. Jeg blir så nervøs. Jeg blir så redd. Så jeg går fram, og jeg trekker meg tilbake.

Ved spørsmål om hva deltakerne definerer som en god og nær relasjon, beskrives flere egenskaper både ut ifra hva de ønsker seg og hva de anser som gode egenskaper ved eventuelle nære forhold de har nå. Åpenhet, tillit, varme, å vite at noen er glad i deg, og noen du kan være sårbar med, er blant faktorene som virker å være en del av hva deltakerne anser

som en god relasjon. Samtidig som det trekkes fram mange generelle egenskaper ved en god relasjon, viser flere til at de også har spesifikke forventninger til hvordan relasjonen skal foregå, som kan skape utfordringer og forventningsbrudd. Som et resultat, skaper ofte slike forventningsbrudd en mistillit eller frykt i relasjonen. Åse forteller om sin opplevelse av å ha spesifikke forventninger i en relasjon som en del av problematikken sin:

Jeg tror på en måte mine forventninger til relasjoner er veldig, veldig høy. Så, jeg tenker at en relasjon må gå på en viss måte. Det må være så, så mange klemmer, så, så mange... hvis du har kjæreste så så, så mange kyss, så, så mange komplimenter. [...] Ja, den er veldig sånn streng. [...] Jeg forstår at jeg er ufin, eller liksom, har høye forventninger, men jeg bare... jeg vet ikke noe bedre.

I møte med spørsmål om de får glede av nær kontakt med andre, svarte alle deltakerne både ja og nei. Det kan virke som gleden blir kortvarig ettersom den som regel etterfølges av en frykt for at man blir for mye og at den andre kommer til å dra på et kommende tidspunkt. Det gjør at relasjonen går mye opp og ned, og muligens at deltakeren saboterer relasjonen med hensikt om å dra før den andre gjør det. Frykten for å bli forlatt blir derfor en intens følelse som ofte kan komme i veien for å falle til ro i relasjonen, slik Maria beskriver:

Ja, det er jo koselig å vite at noen er glad i deg og er der for deg, men da kommer tankene «oi, de kan jo dra når som helst og forlate deg», så blir det et tankekjør som tar over og som kan bli noe negativt da, som du da går og tenker på hele tiden sånn «hvorfor gjorde han det? Kanskje han skal gå i fra meg?» [...] Så ser jeg liksom ikke noe vits i å skaffe et så nært bånd med noen hvis dem skal dra etter noen uker eller noen måneder igjen.

På bakgrunn av at flere tenker at det er lett å dele for mye av seg selv og at det koster mye å slippe andre innpå, blir mye energi brukt på å analysere og tilpasse seg andre ved en begynnende relasjon. Å møte nye mennesker beskrives dermed som preget av mye engstelse og anstrengelse. Litt avhengig av situasjon, beskriver alle deltakere seg som noe sjenert, stille og tilbaketrukket i starten som resultat av at man forsøker å regulere seg og ikke dele for mye. De prøver dermed å innta en mer observerende rolle fram til de i større grad føler seg komfortabel med å åpne seg opp. Sigrid og Åse forteller om denne anstrengelsen:

Jeg er veldig annerledes med nye folk enn med folk jeg har kjent en stund. Og det ligger veldig mye i maskering. [...] Jeg prøver virkelig å analysere hvem er det jeg er med, hvor komfortabel kan jeg være med dem, hvor åpen kan jeg være med dem.

Jeg synes det er vanskelig og veldig anstrengende, fordi jeg bruker mye energi i nye relasjoner på å prøve å forstå den andre personen, om de er slemme eller snille, egentlig. Men ikke alle da, men jeg har følelsen av at det er noen som liker meg fra første møte, også blir jeg så nervøs for relasjonen at jeg ødelegger det litt.

Følelse av verdiløshet og behov for bekreftelse

En del av hvordan informantene forstår sin egen rolle i relasjonene sine, handler om et negativt preget syn på seg selv som bidrar til å skape utfordringer. Et negativt selvbilde gjør at flere føler seg mindre verdt å elske, og at en dermed alltid må søke bekreftelse fra den andre.

Ved spørsmål om deltakerne føler seg elsket av sine nære, og hvorvidt de føler seg like mye verdt som andre, er svaret hos majoriteten nei. Flere beskriver at de har en slags «fornuftig» tanke om at alle mennesker er like mye verdt, men at det er noe som gjør at de likevel ikke kjenner seg på lik linje med alle andre. Det samme gjelder ved hvorvidt de føler andre er glade i dem eller elsker dem. De forklarer at det antakeligvis stemmer, men at det er noe i dem som gjør at de ikke tør å tro på denne tanken. Noen føler seg tidvis elsket av de som er aller nærmest, og noen ønsker ikke å gå i dybden på om verdi, da det virker som et sårbart tema. Åse forteller:

Jeg har lyst til å føle det, men jeg føler ikke det. [...] Mange ganger så føler jeg at liksom deres uttrykk for kjærighet er bare at de ønsker noe fra meg, for eksempel. Så, jeg føler ikke... jeg føler ikke at så mange er glad i meg egentlig.

Det virker som deltakere beskriver et delvis sirkulært forhold mellom selvbilde og hvorvidt de er avhengig av tilbakemeldinger fra andre. Deres syn på seg selv virker å selektere hva de tar til seg av andres tilbakemeldinger, samtidig som de i stor grad har et sterkt bekreftelsesbehov. Majoriteten av deltakerne beskriver et betydelig negativt selvbilde, og det å motta kritikk kan derfor bli svært vanskelig, fordi det fort føles personlig. Åse beskriver slike vansker:

Jeg synes det kan være veldig vanskelig å ta kritikk. Jeg tar det veldig personlig og tenker at det... ja, jeg tar det veldig ut av proporsjoner da, hva de egentlig sier. Jeg kan jo egentlig bare «åja, det her kan jeg egentlig lære av», men i stedet tenker jeg at det er noe galt med meg; her er beviset, liksom.

Når det kommer til positive tilbakemeldinger, er ikke dette like lett å ta til seg. Flertallet av deltakere beskriver et stort behov for bekreftelse fra andre, men tør eller klarer ikke å tro på slike positive tilbakemeldinger når de får det. Det kan virke som at den positive bekreftelsen kolliderer med hvordan de ser på seg selv, og blir derfor utfordrende å tro på. Dette er gjeldende for blant annet Thea:

Jeg tror det er fordi jeg anser meg selv som en uelskbar person. Jeg synes ikke jeg er en bra person. Jeg synes ikke jeg er gøy. Jeg synes ikke at jeg er et menneske som folk burde like. Også når folk sier at de liker meg, så er jeg sånn «nei... nei... det gjør du ikke.» Det blir bare et kluss med mitt eget syn på meg selv.

Det fremstår med andre ord som at flere av deltakerne har et vedvarende bekreftelsesbehov som er vanskelig å få tilfredsstilt. De blir dermed avhengig av at eksempelvis deres partner jevnlig validerer forespørslene deres om bekreftelse. Sigrid utdyper:

Jeg har så lavt selvbilde at en del av det jeg tenker og det jeg føler er veldig på de folkene som jeg har rundt meg. Jeg må ha kontinuerlig eller konstant [bekreftelse] fra samboer om både min ferd som person, men også liksom på småting som «hvordan ser jeg ut i det antrekket her? Kan jeg gå ut sånn? Blir det her for rart? Men kan man gjøre sånn?»

Resultater del 2

I andre intervjurunde ble det kartlagt hvordan deltakerne opplevde STEPPS, samt hvorvidt de har opplevd endringer i forståelse og/eller kvalitet av sine relasjoner. I analysen ble det skilt mellom tilbakemeldinger på behandlingens format og innhold, og hva som var øvrige tema knyttet til behandlingen og dens utbytte.

Tilbakemeldinger om STEPPS

Ved innledende spørsmål om deltakernes opplevelse av selve behandlingen, ga alle uttrykk for at de ikke ønsket å endre på noe ved opplegget. De oppga å være fornøyde med både innhold og oppbygning, samt gruppen de deltok i. Et par av deltakerne ga tilbakemelding på at de skulle ønske de hadde mer tid til å jobbe med emosjonsintensitetsskalaen (EIS), der de fikk oversikt over emosjonelt intense episoder. De opplevde dette verktøyet som spesielt nyttig ved at de fikk gjennomgått egen emosjonshåndtering i helt konkrete situasjoner og reflektert over hendelsen i etterkant. Selv om deltakerne var svært fornøyde med behandlingsopplegget, ga alle uttrykk for at de gjerne skulle ha fått muligheten til å gå i dybden på flere av temaene i løpet. De begrunner dette ønsket med at de opplevde sesjonene som hjelpsomme, og at de derfor kunne tenke seg å jobbe videre med samtlige tema innenfor emosjonshåndtering og tema knyttet til relasjonshåndtering. Fire av fem deltakere delte derfor et ønske om å fortsette utviklingen i STAIRWAYS for å gå mer i dybden på ulike temaer der.

Det ble foruten tilbakemeldinger om STEPPS, identifisert tre tema som fremstod overordnet for de fem deltakerne. Temaene er presentert under i tabell 4.

Tabell 4

Identifiserte temaer fra andre intervjurunde

Tema - andre intervjurunde

Innsikt i egen emosjonell sårbarhet

Økt følelse av egenverdi og rett til å sette grenser

Fra passiv til aktiv følelse av kontroll

Innsikt i egen emosjonell sårbarhet

Alle deltakerne trekker fram at de opplever ulike endringer i hverdagen knyttet til at de har blitt kjent med egen sårbarhet for å oppleve intense følelser. Å få økt kunnskap om sårbarheten har gjort det enklere å identifisere maladaptive reaksjoner og samtidig anerkjenne følelser som er gunstige å gi uttrykk for. Kamilla trekker fram denne balansen:

STEPPS har på en måte fått meg til å bli mer bevisst på hva som er min sårbarhet da, og hva som ... altså, jeg greier å skille mellom [emosjonelt ustabile] reaksjoner og vanlige reaksjoner som andre folk kom til å ha hatt i enkelte situasjoner.

Alle rapporterer at de i løpet av kurset har fått en større innsikt i eget følelsesliv. Det innebærer hva slags type situasjoner og faktorer som trigger følelsene, samt hvordan deres følelsesmessige reaksjoner utfolder seg. Kunnskapen om hvorfor de kan reagere slik de gjør, har ført til at flere opplever en større aksept ovenfor følelsene og at det i seg selv kan redusere emosjonell intensitet, slik blant annet Thea forklarer:

Jeg er generelt roligere. [...] STEPPS har fått meg til å innse at jeg ikke må kontrollere det. Det går fint å ha en sterk følelse. Det er ikke verdens undergang å ha den, og det gjør at jeg blir mye roligere.

Alle deltakerne sier at spesielt emosjonsintensitetskalaen (EIS) bidro til forståelsen av egne følelsesmessige reaksjoner. Her opplevde de det som nyttig å bli kjent med ulike nivåer av emosjonsintensitet og hvordan de kan forsøke å komme seg ned igjen i nivå. Flesteparten forteller at de dermed har til hensikt å fortsette å fylle ut EIS i hverdagen etter kursets slutt. Åse er en av deltakerne som trekker fram nytten ved EIS og evnen til å bli bevisst og kunne kommunisere egne følelser:

Jeg har skrevet sånn EIS [...]. Det har vært veldig nyttig, for da forstår [samboer] hva det er som trigger meg mer, da. Før klarte jeg ikke å si ifra, fordi jeg ikke skjønnte hva som skjedde inni meg. [...] Også er det viktig å fortelle han hvordan jeg har det, for han kan ikke forstå det hvis jeg ikke forteller han.

Slik som Åse forteller, bidrar også EIS til at man i større grad klarer å kommunisere egne følelser til den andre. Resten av deltakerne forteller også om nytten av å kunne sette ord på følelsene og hva man trenger i en følelsesladet situasjon. I den forbindelse beskriver de ferdighetene å «distansere» og «observere» fra kurset som spesielt behjelpelige teknikker for å klare å roe seg ned og sette ord på hva de føler. Kamilla beskriver:

At man har evnen til å tenke «ok, nå skjer det her», og så kommunisere at man trenger å distansere, og så at man klarer å reflektere over det som skjer, eventuelt flytte fokuset en annen plass eller roe seg ned, fordi følelsene blir så sterke. [...] Før var det ikke noe bevissthet rundt det, så ting skjedde jo bare. Det var som om jeg ikke var her. Følelsene styrte meg, liksom.

For å kunne reflektere og kommunisere effektivt i en opphetet situasjon, krever det med andre ord at man er bevisst og klarer å bruke ulike metoder for å roe seg ned på. Flere opplever det tidvis som vanskelig å få til dersom de befinner seg i høyt, intenst nivå. Ulike metoder som nevnes er blant annet å fysisk forflytte seg til et annet rom, gå tur, høre på musikk eller andre ting som kan flytte fokuset. En deltaker forteller at hun benytter seg av pastiller med ulik smak, der fokuset blir å finne smaken. Denne mestringsstrategien har i stor grad erstattet selvskading som mekanisme for å regulere sterke følelser.

Samtidig som deltakerne viser innsikt i sine emosjonelle reaksjoner, forteller de også om en økt bevissthet i egne tankemønstre som ofte leder opp til reaksjonene. De legger i større grad merke til negative, automatiske tanker som dukker opp og reflekterer rundt dem. De innser at det ikke alltid er mulig å kontrollere tankene, men at det er mulig å forholde seg til dem på en måte som gir tankene mindre makt for hvordan de reagerer. Å være bevisst trekkes fram som hjelpsomt i seg selv, samtidig som det i en del situasjoner er nyttig å argumentere mot tankene gjennom positive motsvar. Maria sier: «Vi har hatt mye fokus på at tanker bare er tanker... at de ikke nødvendigvis må være sanne.» Åse forteller også:

Jeg passer på å puste ordentlig, og si snille ting til meg selv, at jeg fortjener å bli behandlet bra [...] og at jeg bygger opp meg selv litt, og at jeg bryr meg om hva jeg synes, og ikke hva alle andre synes.

Flere trekker fram at bevisstheten over eget tankemønster har blitt til spesielt gjennom modulene om kognitive skjema. Ved hjelp av forståelsen om egne skjema, har de fått innblikk i hvorfor og i hvilke situasjoner de typisk kan få negative og triggende tanker om seg selv og verden rundt. Det har derfor blitt enklere å jobbe med å ikke tvile så mye på seg selv, slik Thea trekker fram:

Det er mye mer stabilt, på en måte. Jeg lar ikke tvilen regjere så mye. Jeg har selvfølgelig fortsatt episoder der jeg er sånn «æh, ingen liker meg», men det har blitt

mye bedre. [...] Jeg tror det er fordi vi har gjennomgått skjemaer; negative skjemaer og positive skjemaer. Så, jeg har klart å jobbe med ting som mistillit og uønskethet, og sånne type skjema som er i mine daglige interaksjoner.

Det fremkommer dermed at deltakerne har fått økt kunnskap om eget tankemønster og hvordan det henger sammen med deres følelser og reaksjoner. Alle trekker fram at de opplever bevisstheten som hjelpsomt, men at det ikke alltid er like lett å jobbe med i praksis. Det kommer fram blant samtlige at selv om de er på riktig spor når det kommer til å endre mønstre, at de likevel tidvis har utfordringer med skjemaenes makt. Det virker spesielt å være tilfelle i situasjoner der sterke følelser raskt har tatt overhånd, og at de da heller reflekterer over tankene og hendelsen i etterkant. De er dermed innstilt på at de er nødt til å jobbe videre med egne tankemønstre og måten de håndterer følelsene sine på videre etter behandlingen.

Økt følelse av egenverdi og rett til å sette grenser

Alle deltakerne forteller at de i noe varierende grad etter behandlingen anerkjenner at de på lik linje med andre mennesker, er viktige og verdt noe. I relasjonell sammenheng har de dermed en tro på at de fortjener å ta egne valg, bli behandlet bra, og at likeverdighet er en forutsetning for en god relasjon. Maria forteller at hun delte i gruppen at «jeg aldri kunne ha hatt en stabil kjæreste før jeg deltok i programmet, for da visste jeg ikke hva jeg trengte, hva jeg følte og hva jeg fortjente.» Åse setter også ord på endring i egen oppfatning knyttet til egne behov og valg: «Før turte jeg ikke å ta mine egne valg så mye, men nå har jeg lært meg mer at det er jeg som velger hva jeg vil.»

Alle deltakerne deler en økt tro på at de er verdt å være glade i, selv om det tidvis kan være varierende for noen. Et økende syn på seg selv som en like viktig part i en relasjon, virker dermed å motivere flere til å bli bedre på å kommunisere egne behov. I den sammenheng ble grensesetting nevnt som et spesielt viktig prosjekt for majoriteten av deltakere. Åse forteller om egen åpenbaring om at alle mennesker, inkludert henne selv, har rett til å sette sine grenser: «Jeg har forstått litt at jeg har rett til mine følelser, mine tanker, mine ønsker. Jeg har rett til å sette grenser og si ifra, og den andre personen har rett til akkurat det samme.»

For å kunne få det bedre med seg selv og med andre, forteller de at det har vært nødvendig å lære seg å sette grenser i nære og fjerne relasjoner. I forhold til tidligere, er de mer bevisst på egne behov og klarer i større grad å kommunisere dem på en måte som ikke innebærer utbrudd eller sterke følelser. Flere har innsett at de har lov til å si ifra, og at det ofte

forebygger senere utbrudd og voldsomme måter å si ifra på. Å kommunisere egne behov før følelsene øker i intensitet, rapporterer alle deltakerne er noe de jobber med. Sigrid og Åse forteller:

Jeg har blitt flinkere til å tenke at de menneskene som er nær meg, liker meg for den jeg er [...] og at hvis en person ikke liker meg, så er det greit nok, jeg trenger ikke å like dem heller. Også har jeg begynt å ta mer avstand til folk jeg kjenner ikke gir meg de positive tingene.

Jeg kan nå si ifra på en måte uten å være veldig sint, liksom. For før, så kunne jeg si ifra, men da hadde det bygd seg opp ved at jeg ikke hadde sagt ifra mange ganger, og da kunne jeg plutselig bare bli skikkelig sint, men nå, så er det sånn «jeg har lov til å si ifra når jeg ikke er kjempesint også. Jeg har lov til å si ifra når jeg er uenig». Også, hvis noen ikke liker meg, hvis jeg sier ifra, så er det deres problem. Det er min jobb å si ifra, så.

Selv om det oppleves som nyttig å stå mer opp for seg selv, kan grensesettingen by på utfordringer spesielt i nære og langvarige relasjoner. En slik prosess innebærer for noen å måtte stå i konflikt med familien, distansere seg, eller kutte vennskap. Dette kan oppleves svært belastende og gjøre det vanskelig å ta hensyn til seg selv, slik Kamilla setter ord på: «Nå skal jeg plutselig endre meg, og det blir jo rart for [familien min], for de er ikke vant til at jeg gjør ting annerledes, oppfører meg annerledes og prøver å ta mer hensyn til meg selv.»

Til tross for at alle deltakerne forteller at de opplever en forbedret evne til å stå opp for seg selv, beskriver et par av dem at de fortsatt har en lang vei å gå. Utfordringen ligger i at de må stå i uenigheter og eventuell konflikt over tid for å etablere sine nye grensesettende mønstre i langvarige relasjoner. Det krever at deltakerne må stå i sterke følelser av dårlig samvittighet og stå imot en veletablert trang til å gi etter. Det medfører for noen en turbulent veksling mellom behovet for å si ifra og en ekstrem skyldfølelse. Likevel, er følelse av egenverdi og grensesetting det som trekkes frem som den viktigste milepælen for et par av deltakerne, og det er noe alle ønsker å fortsette å jobbe med.

Fra passiv til aktiv opplevelse av kontroll i relasjoner

Flere av deltakerne trekker fram en ny forståelse om at ansvaret og «kontrollen» for endring i sine relasjoner ligger hos dem selv. De har innsett at en ikke har kontroll over andre,

og at en ikke kan endre andre mennesker. Det de har mulighet til å endre, er sine egne reaksjoner og handlinger for å få det bedre med seg selv og andre. Kontrollen over hvordan de forholder seg til egne reaksjoner beskrives gjennom eksempler fra både nære og mer fjerne relasjoner. Kamilla beskriver:

Det var øyneåpnende for meg når behandlerne sa at det ikke er den andre personen man kan endre, men du kan kun endre hvordan du selv reagerer på ting. [...] Det ga meg et litt annet syn når det kommer til relasjoner og sånn, fordi jeg har pleid å rettferdiggjøre mine handlinger på grunn av det den andre personen har gjort [...], men det er ikke sånn realiteten er.

Åse setter også ord på dette:

Jeg fokuserer mer på hva jeg har kontroll over. Så, jeg har kanskje ikke alltid kontroll over hvem mine kollegaer er, men jeg har kontroll over hvem jeg går og prater med. Liksom, hvordan jeg prater med folk... og hvis det er noen jeg ikke liker, så har jeg lov til å ikke gi personen så mye energi, liksom.

Samtidig som deltakerne opplever økt kontroll og dermed ansvarsfølelse for egen velvære og endring i relasjoner, innser de at det innebærer å inkludere de rundt for å få det til. De er derfor nødt til å søke støtte og formidle det de har behov for, dersom de skal kunne oppnå endring. I den sammenheng forteller deltakerne om STEPPS-gruppen som en svært viktig støtte i prosessen. Maria uttrykker: «Jeg opplever at vi hjelper hverandre, støtter hverandre og... jeg kommer til å savne gruppen egentlig.» Alle deltakerne beskriver gruppen som inkluderende, støttende og motiverende. De opplever at de til tross for sine ulikheter som personer, fant hverandre gjennom at de kunne relatere til hverandres problemer. Det bidro til at de følte seg validert, og etablerte en tillit i gruppen som gjorde det enklere å dele av sine opplevelser gjennom behandlingen. Flere håper på at de fortsetter å ha kontakt og støtte hverandre etter behandlingens slutt.

For å anvende det deltakerne lærer på gruppesamlingene i dagliglivet, er forsterkningsteam en sentral komponent i STEPPS. Alle deltakerne rapporterte at de opplevde det som nyttig å inkludere personer fra hverdagen med i prosessen. De opplevde det som hjelpsomt at de fikk en felles forståelse for sine reaksjonsmønstre og hva de har behov for i ulike situasjoner. På denne måten kunne de fortsette på øving av ferdigheter utenfor

samlingene. Et par av deltakerne innrømte også at de i begynnelsen og tidvis underveis også anså det som utfordrende med forsterkningsteam. Det er tross alt ofte personer som trigger de store følelsene som er med i teamet, slik Maria forklarer:

Jeg trodde det skulle bli mer vanskelig og triggende i starten, fordi det er jo... det er jo gjerne de nærmeste som er med i forsterkningsteamet, og det er gjerne også dem som er mest triggende i hverdagen. Men det har gått ganske greit, for da får de en liten pekepinn på hva de skal gjøre i hvilke situasjoner og sånn, når det er de som trigger deg mest.

Sigrid trekker også fram den positive siden ved å ha med nær familie som hun tidligere følte kunne trigge sterkere reaksjoner:

Foreldrene mine ble jo mye mer forståelsesfulle. De reagerer ikke på mine reaksjoner som de gjorde før [...] Det er mye lettere for meg å komme til dem med ting, det er lettere å beskrive. Og der jeg sliter, har vi permen som kan beskrive ting for meg.

Alle fem deltakerne anså forsterkningsteam som et viktig og nyttig konsept i behandlingen. En deltaker oppga derimot at det ikke fungerte så godt hos henne i praksis, da hun opplevde lite forståelse fra de hun valgte til sitt team. Derfor fant hun noen andre å inkludere og søke støtte fra mot slutten av behandlingen. Resten av deltakerne fortalte om positive erfaringer med teamet sitt, med noe variasjon i hvor mye de benyttet seg av de ulike medlemmene. Spesielt samboer og kjæreste ble trukket fram som et viktig medlem blant de tre som var i et forhold, da det er gjerne dem deltakerne tilbringer mest tid med. De to enslige deltakerne inngikk også i hvert sitt romantiske forhold i underveis, og anser den nye kjæresten som en sentral støttespiller videre etter behandling. Ellers var teamene bestående av venner og/eller familie. Generelt opplevdes venner som en god støtte, men at de ofte ikke er de som trigger de ugunstige reaksjonene og er heller ikke de de interagerer mest med i hverdagen. Familiemedlemmer var derimot hos et par av deltakerne en stor trigger og noen de opplevde tidvis som utfordrende å søke støtte fra. To andre deltakere hadde stort utbytte av å inkludere foreldre/besteforeldre med i teamet, og fortalte at de utviklet et nærere forhold etter kurset.

Diskusjon

Formålet med denne hovedoppgaven var å se nærmere på hvordan personer med emosjonell ustabilitet opplever kvaliteten av egne relasjoner, og hvorvidt STEPPS bidrar til endring i forståelse av, og kvalitet på, relasjoner. I den kvalitative undersøkelsen ble det til sammen identifisert syv temaer knyttet til de to forskningsspørsmålene. De fire temaene «underliggende følelser med et ekstremt uttrykk», «å måtte ha noen å 'emosjonelt holde seg fast til'», «ønske om nærhet, men frykt for avvisning» og «følelse av verdiløshet og behov for bekreftelse» fra første intervjurunde beskriver deltakernes opplevelse av egne relasjoner før behandling. De tre temaene fra andre intervjurunde var «innsikt i egen emosjonell sårbarhet», «økt følelse av egenverdi og rett til å sette grenser» og «fra en passiv til aktiv opplevelse av kontroll i relasjoner», og tar utgangspunkt i deltakernes erfaringer med behandling og deres opplevelse av kvalitet i egne relasjoner etter behandlingen. Selv om deltakerne rapporterte ulike opplevelser innad i de identifiserte temaene, var det flere fellestrekk som virker gjeldende for deres forståelse og erfaringer. De identifiserte temaene vil nå bli nærmere presentert og diskutert med bakgrunn i tidligere teori og empiriske funn.

Relasjonskvalitet hos personer med emosjonell ustabilitet

Nyere modeller for hvordan vi kan forstå etiologien bak emosjonell ustabilitet vektlegger betydningen av emosjonenes relasjonelle kontekst (Fitzpatrick et al., 2021). Videre, at det er behov for økt fokus på en prosesstilnærming som i større grad ser på symptomer ut ifra et helhetlig perspektiv. Emosjonsreguleringsforstyrrelse er en sammensatt lidelse som kan forstås å bestå av en kompleks interaksjon mellom underliggende nevrobiologiske- og atferdsmessige egenskaper som opererer innen en interpersonlig kontekst (Meehan et al., 2018). STEPPS tar også utgangspunkt i et slikt rasjonale, der tilnærmingen fremhever viktigheten av pasientens relasjoner til personer i eget nettverk (Black & Blum, 2016). Resultatene fra første intervjurunde virker å være i tråd med Fitzpatrick et al. (2021) sin antakelse om at emosjoner oppstår i kontekst av relasjoner. Innledningsvis trekker alle deltakerne fram at det de anser som mest problematisk, er ustabile og sterke følelser som går utover, og påvirkes av, deres relasjoner.

Emosjonsintensitet og dysfunksjonelle relasjonelle sirkler

Temaet «underliggende emosjoner med ekstremt uttrykk» omhandler deltakernes erfaringer med at relasjonelle situasjoner trigger underliggende følelser som får et voldsomt og annet uttrykk i forhold til den egentlige, primære følelsen. Responsene forsterkes over tid i

relasjonen ved at deltakerne opplever økt handlingsrom til å få utløp for følelsene på denne måten, eller ved at en eventuell avvisning bekrefter frykten som trigget følelsene. Det ser dermed ut til at deres intense emosjonelle responser blir opprettholdt og forsterket i en kompleks sirkel i lys av deres relasjoner. Deltakernes erfaringer virker dermed å være i overenstemmelse med BIAS-modellen til Fitzpatrick og kolleger (Fitzpatrick et al., 2021), som sier at emosjonsproblemer, destruktive mestringsstrategier og relasjonsvansker har en dynamisk og økende innvirkning på hverandre. Deltakerne virker å beskrive en slik opplevelse, der en situasjon med en underliggende følelse trigger en voldsom emosjonell omveltning, som skaper store reaksjoner og utfordringer i en relasjon. Økte utfordringer i relasjonen fører så til at en lettere blir trigget og får økt emosjonell respons (emosjonell reaktivitet) ved nye situasjoner. På en slik måte, forsterkes både emosjonell ustabilitet og ugunstige relasjonsmønstre over tid (Fitzpatrick et al., 2021).

Sirklene med intense emosjonsmønstre og relasjonsvansker virker også som for deltakerne har blitt til, og vart siden barndom. Samtlige beskriver emosjonelle og relasjonelle utfordringer som grunnleggende ved seg selv, og at de anser tilstanden sin som noe som alltid har vært. Deres erfaringer som går tilbake langt i tid virker også å være i tråd med etiologiske teorier og empiriske funn om at tidlige relasjoner bidrar til å legge grunnlag for individets opplevelser av relasjoner i voksenalder (Bouchard et al., 2009; Fitzpatrick et al., 2021). Mer spesifikt, at usikre eller utfordrende relasjoner i tidlig alder kan bidra til emosjonell reaktivitet og dysregulering som kan skape relasjonelle vansker senere. Manglende evne til emosjonsregulering kan også føre til kompensierende strategier som selvskading eller annen destruktiv atferd (Carpenter & Trull, 2013), slik deltakerne beskriver. Maladaptive sirkler med emosjonelle svingninger, destruktive mestringsstrategier og relasjonelle utfordringer virker dermed å bidra til at symptomer forverres og opprettholdes. Flere deltakere beskriver likevel at alle opp- og nedturene oppleves tryggere enn alternativet om å skulle kjenne på en følelse av tomhet.

Tomhetsfølelse og avkobling fra seg selv og andre

«Å måtte ha noen å 'emosjonelt holde seg fast til'» beskriver opplevelsen av å tenke at man må ha en person å knytte de intense følelsene til. Uten det, forteller deltakerne om en voldsom følelse av tomhet. Kronisk tomhetsfølelse anses som et typisk symptom ved lidelsen (American Psychiatric Association, 2013), i tillegg til at det tidligere har blitt funnet å karakterisere pasientgruppens sosiale interaksjoner sammen med tristhet og sinne (Stepp et al., 2009). Funnene i denne studien er, med andre ord, i samsvar med Stepp et al. (2009) sine

resultater, der det rapporteres at deres interaksjoner i spesielt nære relasjoner omfatter tristhet, sinne og følelse av tomhet.

Tomhetsfølelse kan skape en opplevelse av at man er avkoblet fra seg selv og andre (Miller et al., 2021). For deltakerne i denne studien virker det som at eget velvære sees på som å være helt avhengig av den andre personen. Det kan derfor blir vanskelig å være påkoblet seg selv i forhold til egne tanker, følelser og behov. Videre, fremstår det som at man ikke er helt påkoblet den andre personen heller, da tomhetsfølelse medvirker til en emosjonell avstand til andre, og kan skape desperasjon og stress i forsøk på å søke kontakt (Miller et al., 2021). Miller og kollegaer sine funn fremstår slik å være i samsvar med de aktuelle funnene i denne studien. Flere deltakere forteller at de har vansker med å forstå egne følelser og behov, samtidig som de også ofte kjenner på manglende følelse av nær kontakt med andre. Dette samsvarer dermed også med Euler et al. (2021), som fant at redusert evne til å forstå seg selv og andre bidrar til emosjonsdysregulering og relasjonelle vansker.

I likhet med resultater fra Miller et al. (2021) sin studie, ble det funnet her at de fleste deltakerne anså tomhetsfølelsen som noe de særlig ønsket å unngå eller flykte fra. En mestringsstrategi for å redusere følelse av tomhet er dermed å engasjere seg i impulsiv og destruktiv atferd, samt å oppsøke turbulente relasjoner. Slik atferd kan også tenkes å oppstå med intensjon om å kommunisere emosjonelt stress til signifikante andre, og lindrer derfor indre ubehag (Palihawadana et al., 2019). Ut ifra det deltakerne forteller, kan det dermed virke hensiktsmessig med et økt fokus på emosjonsregulering i behandling for å bedre relasjonsvansker og destruktiv atferd (Euler et al., 2021).

Som tidligere nevnt, forteller flere deltakere at tendensen til å flykte fra tomhetsfølelse gjennom å søke sterke følelser i relasjon til signifikante andre kan ha ført til en redusert evne til å ta hensyn til egne behov. Grensesetting blir derfor utfordrende og skaper en vedvarende tanke om at andre er glade i dem på bakgrunn av hva man gir av seg selv. Grenser for seg selv og andre blir dermed utydelige, og deltakerne forteller om en tendens til å la andre trække over egne grenser eller at de får voldsomme reaksjoner i forsøk på å tydeliggjøre grensene. Det virker derfor som deltakerne ofte kan ta en passiv stilling ved problemløsning og at de invaliderer seg selv og hva de får til, som samsvarer med transaksjonsmodellen til Fruzzetti et al. (2005). Her fremheves det at ugunstige familierelasjoner preget av negative interaksjoner og invalidering bidrar til at personen invaliderer seg selv og utvikler vansker med å kommunisere egne følelser og behov (Fruzzetti et al., 2005). Tendensen til å gi opp alle grenser eller at man setter grenser gjennom en voldsom uttrykksmåte virker å være en del av

en gjeldende ambivalens og ustabilitet som gjør at pasientene kan være pågående og tilbaketrukket om hverandre.

Avvisningssensitivitet og ambivalens

I likhet med at Stepp et al. (2009) fant at mellommenneskelige interaksjoner hos personer med emosjonell ustabilitet ofte er karakterisert av ambivalens og usikkerhet, var dette også noe som ble funnet hos alle deltakerne i denne studien. Ved temaet «et sterkt ønske om nærhet, men frykt for avvisning» beskriver deltakerne på en side et sterkt ønske om gode og nære relasjoner, som gjør at de opplever at de svært lett blir knyttet til andre. På den andre siden, blir et slikt ønske ofte satt i konflikt med en sterk frykt og forventning om at vedkommende skal avvise dem. Det at deltakerne forteller om en overveldende frykt for avvisning som ofte ødelegger for relasjonen, bekrefter antakelsen om at slik intoleranse for å være alene driver atferd som opprettholder dysfunksjonelle forhold eller avslutter støttende og positive forhold (Palihawadana et al., 2019). Gleden av nær kontakt med andre blir dermed kortvarig og ambivalent, og fører til en tendens til sabotering eller tilbaketrekning hos deltakerne. Å skulle inngå i en ny relasjon preges derfor også av mye engstelse og anstrengelse.

Det å bli nær noen virker å skape en enorm ambivalens som kan skyldes en sensitivitet for avvisning. En engstelig tendens til å oppfatte og overreagere til mulig avvisning har tidligere blitt funnet å være knyttet til emosjonsdyregulering som pasienter med emosjonell ustabilitet opplever (Palihawadana et al., 2019). Det virker derfor ikke overraskende at deltakerne i denne studien trekker fram frykten for avvisning i sammenheng med sterke følelser og relasjoner. Individuer som innleder et forhold med forhøyet avvisningssensitivitet har ofte sannsynlighet for å oppfatte en intensjon om avvisning dersom partneren viser tvetydig atferd, samt føle seg usikker og ulykkelig i forholdet (Peters et al., 2015). Studier viser at atferdsmessig respons ofte følgende kan være preget av fiendtlighet, redusert støtte, sjalusi eller kontrollerende atferd (Downey & Feldman, 1996; Lis & Bohus, 2013). Slik atferd har potensiale for å skape utfordringer for en i utgangspunktet forpliktende og støttende partner (Downey & Feldman, 1996). Flere av deltakerne i denne studien beskriver slike situasjoner med signifikante andre, og spesielt sin romantiske partner. Sjalusi og behov for kontroll trekkes fram av flere som et vedvarende problem i deres nåværende eller tidligere romantiske forhold. Slik kan sensitivitet avvisning ødelegge for støttende relasjoner og skape en selvoppfyllende profeti, slik Fitzpatrick et al. (2021) utdyper i BIAS-modellen ved hjelp av et begrep om oppmerksomhets- og vurderingsbias for interpersonlige trusler. Med andre ord,

tenkes det at individer med emosjonell ustabilitet har en tendens til å være oppmerksomme på tegn til trusler i en relasjon, og har lettere for å vurdere interpersonlig stimuli som negativ eller truende. Bias for interpersonlige trusler bidrar videre til negative tanker om relasjonen hos både individet og den signifikante andre, som legger til rette for økt emosjonell reaktivitet og kommunikasjonsproblemer samt destruktiv atferd. En slik modell kan virke å være beskrivende for deltakerne som rapporterer en vedvarende tendens til å være på vakt for avvisning som medfører økende intense følelser. Løsningen kan ofte bli å sabotere eller flykte fra en relasjon de etter hvert frykter å miste. Det rapporteres av deltakerne i den forbindelse om vansker for å tro på at noen er glad i en, og at de har et betydelig bekræftelsesbehov.

Mindreverdighet og bekræftelsesbehov

Ved temaet «følelse av verdiløshet og behov for bekræftelse» forteller samtlige av deltakerne i studien om et usikkert selvbilde. Basert på det identifiserte temaet, virker det ikke som at deltakerne mener at de har en udefinert eller ustabil identitet, men at de heller forklarer en usikkerhet knyttet til at de har mange negative tanker og følelser til selvet. Forklaringene deres er slik tett opp mot Miller (1994) sine funn om hvordan diagnosekriteriet ustabil identitet kan ha en annen underliggende betydning enn det som observeres. Mer spesifikt, en underliggende betydning i form av et negativt fremfor ustabil selvbilde. Deltakerne forteller om negative tanker om seg selv, eksempelvis i form av at de ofte opplever seg selv som ikke verdt å elske. Ettersom de tenker negativt om seg selv og hva de evner, tenker de dermed at de også at de er avhengige av andres meninger for å få til ting. På denne måten kan de framstå ganske usikre og ustødige i seg selv. Funnene er derfor ikke helt i samsvar med Meulemeester et al. (2017), som fant at udefinert og ustabil selv var årsaken til manglende evne til mentalisering og medfølgende relasjonsvansker.

Som følge av et syn på seg selv som mindre verdt og vansker med å føle seg elsket, rapporterer flere av deltakerne at de har et sterkt bekræftelsesbehov. Å motta kritikk oppleves ofte som personlig og angripende, samtidig som positive tilbakemeldinger oppleves som vanskelig å ta innover seg. Denne tendensen virker å være i tråd med teorier om kognitive skjema. Kellogg and Young (2006) viser til at pasienter med emosjonell ustabilitet er karakteriserte av ulike aspekter av et selv som interagerer på destruktive måter. De ulike aspektene kan spille seg ut gjennom fiendtlighet, sinne, underkastelse, eller ved å stenge ut følelser som vekselvis tar plass i pasientens handlingsrepertoar. De negative aspektene av seg selv som deltakerne i denne oppgaven trekker fram virker dermed å bidra til at de lett kan føle seg angrepet i møte med informasjon som kan bekrefte negative aspekter ved selvet.

Samtidig, medfører det vansker med å ta innover seg positiv informasjon som strider imot de negative aspektene. Til tross for hyppig bekreftelse fra sine nære, virker det følgelig som at de opplever stort behov for positive tilbakemeldinger som er vanskelig å tilfredsstille.

Behandlingsprosess og utbytte i kontekst av relasjoner

Etter 20 uker med behandling, ble formålet i andre intervjuerunde å undersøke deltakernes erfaringer i behandlingsprosessen og hvordan deres relasjoner oppleves etter behandling. Har STEPPS bidratt til en endring i opplevd relasjonskvalitet i nære og fjerne relasjoner? Hva har vært viktig for dem i behandling knyttet til arbeidet med å forbedre sine relasjonelle forhold?

Emosjonsbevissthet og kognitiv restrukturering

«Innsikt i egen emosjonell sårbarhet» viser til deltakernes opplevde utvikling av å bli kjent med egne intense og mindre intense emosjoner. Innsikten i eget følelsesliv har dempet følelsene alene, gjort at de har funnet alternative måter å håndtere følelser på, og gjør at de får til å kommunisere på bedre vis i relasjonene sine. Det at deltakerne rapporterer økt kvalitet i egne relasjoner i forbindelse med forbedret evne til emosjonsregulering, støtter tidligere funn om at relasjonelle problemer delvis kommer av emosjonsdysregulering (Euler et al., 2021). Videre, stemmer funnene overens med STEPPS sitt teoretiske grunnlag som sier at pasientens manglende evne til å håndtere emosjonell intensitet fører til og opprettholdes av dysfunksjonelle relasjoner (Black & Blum, 2016).

STEPPS tilbyr deltakerne og pårørende ulike verktøy for å kunne jobbe med pasientens emosjonsreguleringsferdigheter. Det deltakerne har fremhevet som spesielt hjelpsomt er emosjonsintensitetsskalaen (EIS), samt ulike ferdigheter knyttet til emosjonsregulering i sosiale situasjoner der de opplever at følelsene kan ta overhånd. Disse nye mestringsstrategiene virker å i stor grad erstatte tidligere selvskadende og destruktive strategier. Der deltakerne tidligere har fortalt om en tendens til å håndtere triggende underliggende følelser med desperasjon og sinneutbrudd eller selvskading, forteller de om andre mer gunstige metoder for å håndtere følelsene. Distansering, observering, å kunne sette ord på følelsene til den andre og fortelle hva man trenger er strategier de øver på å bruke og som de opplever har en god effekt. Dette virker å samsvare med tidligere kvantitative funn om redusert selvskadende og impulsiv atferd hos STEPPS-pasienter (e.g. Blum et al., 2002; González-González et al., 2021).

I tillegg til at deltakerne opplever forbedret kommunikasjon i sine relasjoner ved at de har jobbet med å sette ord på og håndtere intense følelser, forteller de at en annen viktig del av denne prosessen har vært å få bevissthet i egne tankemønstre og kognitive skjema. Å få en forståelse for hvorfor de tenker som de gjør, forteller flere om har gjort det enklere å ikke la de negative tankene få like mye makt lenger. Det blir da også lettere å forsøke å erstatte dem med mer hensiktsmessige tanker som gjør at en handler på annerledes vis i situasjoner med intense emosjoner. Effekten av å jobbe med kognitive skjema og filtre er forenlig med tidligere teori og empiri som viser til pasientgruppens utfordringer knyttet til sensitivitet og reaktivitet for negativ informasjon i sosiale settinger (Anupama et al., 2018; Barnow et al., 2009; Fitzpatrick et al., 2021; Lis & Bohus, 2013). Videre, at emosjonsdysregulering sin effekt på relasjonsvansker delvis medieres av maladaptive kognitive skjema (Barnow et al., 2009). Å forbedre relasjoner hos pasientgruppen burde dermed forsøkes å gjøres ved hjelp av å jobbe med negative tankemønstre og kognitive skjema ved hjelp av psykoedukasjon og kognitiv restrukturering (Black & Blum, 2016; Kellogg & Young, 2006). På denne måten lærer pasienter hvordan deres tankemønstre kan skape utfordringer i ulike situasjoner der de blir overveldet av følelser, og har et opphav i deres etablerte kognitive skjema fra tidlig alder (Kellogg & Young, 2006). Pasientene lærer også at alle har rett til sine følelser og har behov for å føle seg trygg, få kjærlighet og omsorg, å bli akseptert og validert. Det lager et utgangspunkt for å kunne kommunisere egne følelser og behov til signifikante andre (Black & Blum, 2016).

Kommunikasjon av grenser og behov

At deltakerne har lært å validere egne følelser og behov kommer fram gjennom det identifiserte temaet «økt følelse av egenverdi og rett til å sette grenser». Deltakerne trekker fram at de har fått en økt tro på at de fortjener å bli behandlet bra, ta egne valg, og at de er likeverdige i en relasjon. En slik realisering tenker de forebygger eskalering i situasjoner fordi de i større grad forsøker å kommunisere egne grenser og behov til andre før følelsene vokser seg store. For flere av deltakerne var grensesettingen et spesielt viktig prosjekt og utslagsgivende i nåværende relasjoner. Det ble derimot også trukket fram som noe av det mest utfordrende, ettersom grensesetting for noen måtte innebære å stå i konflikt, distansere seg eller kutte kontakt med enkelte. Hva som har bidratt til økt selvhevdelse og grensesetting, virker som deltakerne tenker kan skyldes arbeidet med kognitive skjema. Gjennom å bli kjent med egne skjema, hva som aktiverer dem, og hvordan de påvirker en, har bidratt til en økt forståelse for opphavet til hvorfor det kan være vanskelig å uttrykke egne behov til andre. Ut

ifra hva slags type skjema en har, kan man ofte handle etter tanken om at «alle andre er viktigere enn meg selv», eller tanken «alle andre står i gjeld til meg og jeg kan derfor gjøre hva jeg vil» (Black & Blum, 2016). Slike skjema kan ofte medføre tendensen til fravær av grenser, eller et ekstremt behov for å si ifra, slik det ofte er hos pasienter med emosjonell ustabilitet.

Deltakernes erfaringer virker å være i likhet med tidligere studier på STEPPS som viser til at behandlingen bidrar til reduksjon i bruk av destruktive kognitive skjema og filtre. Mindre bruk av maladaptive kognitive filtre medfører at pasientene har mindre pessimistiske forventninger om seg selv og andre, samt at de i større grad klarer å mobilisere ressurser og ferdigheter lært i behandling (Boccalon et al., 2012). Pasientenes arbeid med egne kognitive skjema medfører en bevisstgjøring av det de egentlig har behov for og rett til, og hvordan de burde kommunisere med andre for å oppnå dette (Kellogg & Young, 2006). Det virker derimot som at grensesetting som et begrep i behandlingssammenheng ikke er veletablert i tidligere empiri knyttet til pasienter med emosjonell ustabilitet. Sånn sett, er det vanskelig å sammenlikne funnene her opp mot tidligere forskning, da det ikke virker å være noe å gå på. Derimot, kan fremhevelsen av grensesetting som et viktig prosjekt hos deltakerne i denne oppgaven synliggjøre begrepet og stadfeste at dette er en modul som burde utforskes videre i empirisk og klinisk sammenheng. Grensesetting er en spesifikk modul i STEPPS (Black & Blum, 2016), og det virker derfor som at tilnærmingen anerkjenner at dette er en sentral ferdighet å lære pasienter med emosjonsreguleringsforstyrrelse. I så fall, støtter funnene her en slik antakelse. I forlenging av grensesetting, forteller deltakerne om et ansvar om å ta vare på seg selv og formidle til andre hva man trenger uten at man har et ansvar for andres reaksjoner. Det er nemlig kun egne reaksjoner og handlinger man har kontroll over.

Intern lokus av kontroll og søking av støtte

Til forskjell fra før behandlingen, virker deltakerne nå å erkjenne at ansvaret for endring i relasjonene sine ligger hos en selv i temaet «fra passiv til aktiv opplevelse av kontroll i relasjoner». De innser at for å få det bedre er de nødt til å jobbe med egne reaksjoner og handlinger i situasjoner, samtidig som de aktivt inkluderer og søker støtte hos de rundt. De ga derfor uttrykk for at de satte pris på inkluderingen av pårørende i behandlingen gjennom forsterkningsteam; både ved at de opplevde at de fikk en felles forståelse og at det ga mulighet til å øve videre sammen på ulike ferdigheter utenfor behandlingen.

Å få kontroll over egne tanker og følelser i tillegg til å ta ansvar for egen atferd er et sentralt mål i STEPPS (Black & Blum, 2016). Intern lokus av kontroll, altså opplevelsen av at man er ansvarlig for egne handlinger og har evne til å påvirke sine omgivelser, anses for å være en viktig faktor i en behandlingsprosess (Hansen et al., 2017; Hope et al., 2018). Intern lokus av kontroll har også vist seg å ha en god effekt for positiv endring over tid etter terapi (Shuppert et al., 2009). Det kan derfor tenkes at deltakerne i denne studien sin opplevelse og realisering av eget ansvar for å få det bedre i sine relasjoner er en sentral bidragsyter til endring. Slik, virker funnene her å være i likhet med Hope et al. (2018), som fant at intern lokus av kontroll hos pasienter med emosjonell ustabilitet hadde en signifikant effekt på emosjonsregulering, som igjen ga bedring på generelt symptomtrykk. Mer spesifikt, opplevde pasientene at de hadde økt kontroll over egne emosjonelle svingninger, som de ikke lenger kun attribuerte til eksterne faktorer. En slik oppfatning fasiliterer for opplevelsen av mer kontroll og motivasjon for endring i terapi (Hope et al., 2018). Det at intern lokus av kontroll motiverer for endring og skaper opplevelse av at man har mer kontroll over egne følelser, virker også å være tilfelle for deltakerne i denne studien. De forteller at ettersom de kjenner på et ansvar for seg selv og sine reaksjoner, har det gjort det lettere å jobbe med egne mestringsstrategier i situasjoner med høy emosjonsintensitet. Det har også medført at de generelt føler seg roligere. Opplevelsen av å ha kontroll over utfall i eget liv, virker også å vise seg i mer fjerne relasjoner der deltakerne forteller om opplevelse av økt kontroll over hvem man er nødt til å interagere med eller bruke energi på. Funnene virker slik også å være i samsvar med resultatene i den kvalitative studien til Kverme et al. (2019). Her ble det også funnet at intern lokus av kontroll, eller personlig agens, bidro til at pasienter med emosjonell ustabilitet fikk økt tro og håp for å skape endring underveis i behandlingsprosessen.

Det kan være viktig å fremheve at selv om pasientene forteller om en positiv erfaring med forsterkningsteam og at de i større grad søker støtte hos de rundt, at det for noen likevel var en krevende prosess. Nærmeste pårørende kan ofte være triggere for de intense følelsene, og det ble derfor utfordrende for noen å aktivt jobbe med emosjonsreguleringsferdigheter og skjema sammen med dem. Likevel, anerkjenner deltakerne at det til tross for tidvise utfordringer og emosjonelle svingninger er viktig å inkludere pårørende i behandlingsprosessen. Det gjorde det lettere å søke støtte og bruke dem til å minne på egne mestringsstrategier i en opphetet situasjon. Alle deltakerne fortalte også at støtten de fikk i STEPPS-gruppen bidro til at de følte seg trygg på å dele av egne erfaringer og søke råd og hjelp fra gruppen. Beskrivelsen deres av tilhørighet fremstår å være i likhet med Kverme og kolleger (2019) sine funn om at pasientene i studien underveis i behandlingsprosessen følte

seg mer som alle andre og at de kjente en nærere forbindelse til venner og familie. Det gjorde det enklere å søke støtte fra andre og innad i seg selv når følelsene blir overveldende (Kverme et al., 2019).

Implikasjoner

Resultatene fra denne studien knyttet til opplevd kvalitet på egne relasjoner hos pasienter med emosjonell ustabilitet før og etter behandling i STEPPS, har implikasjoner for klinisk praksis. Deltakerne beskriver dysfunksjonelle sirkler med økende emosjonssensitivitet og reaktivitet, negative tankemønstre, destruktive mestringsstrategier og relasjonelle utfordringer som opprettholder og forsterker hverandre. Dette understøtter viktigheten av å jobbe for økt evne til emosjonsregulering og å styrke relasjoner og relasjonelle ferdigheter hos pasienter med emosjonell ustabilitet i psykologisk behandling (Black & Blum, 2016). Resultatene støtter også opp under tidligere teorier om lidelsen som en emosjonell og interpersonlig lidelse (Fitzpatrick et al., 2021; Fruzzetti et al., 2005), der både emosjonsdysregulering og relasjonsvansker anses som sammenhengende, viktige faktorer å adressere i behandling. Denne kvalitative studien kan derfor gi et lite bidrag til pasienters spesifikke opplevelser av emosjonell ustabilitet i relasjonell kontekst. Mer spesifikt viser studien til at behandlere bør være bevisst pasientens spesifikke opplevelser av emosjonell ustabilitet i relasjonell kontekst og jobbe aktivt for å endre dysfunksjonelle relasjonelle mønstre hos pasientene.

Når det kommer til pasientenes opplevelse av endring i relasjonskvalitet etter behandling, indikerer funnene at en tilnærming basert på opptrening av emosjonsreguleringsferdigheter kan bidra til økt relasjonskvalitet og redusert symptomtrykk. Fokus på emosjonsregulering bidrar til at deltakerne opplever positive sirkler i relasjoner gjennom økt innsikt i egne reaksjonsmønstre og forbedrede kommunikasjonsferdigheter. Reduksjon av triggere i relasjonelle sammenhenger virker igjen å bidra til deltakernes evne til å håndtere og regulere følelser. Det igjen medfører et mindre behov for destruktive mestringsstrategier og handlingstendenser. Funnene gir derfor en kvalitativ bekreftelse på at STEPPS med sitt fokus på emosjonsregulering og å eksplisitt styrke pasientens relasjonelle nettverk gjennom forsterkningsteamet kan være en effektiv behandlingstilnærming for pasienter med emosjonell ustabilitet.

Funnene fra denne kvalitative studien kan være et viktig bidrag til eksisterende kunnskap på feltet, som i stor grad har omhandlet kvantitative studier. Slik tilnærming gir noen fordeler i forsøket på å få økt kunnskap om personer med emosjonell ustabilitet sine

opplevelser. For det første, forteller resultatene noe om pasienters fenomenologi bak emosjonell ustabilitet. Litteraturen på opplevelsen og etiologien av emosjonell ustabilitet er mye preget av teorier og empiri med blandede funn (Lazarus et al., 2014). Pasienters opplevelser av egne symptomer kan derfor gi stor innsikt i lidelsens innhold utover observerbare kjennetegn (Flanagan et al., 2010). Kvalitative intervjuer som er gjort her, kan potensielt tilby økt innsikt i hvordan symptomer utspiller seg og oppleves i pasientens hverdagslige kontekst. For eksempel, viser intervjuene her til at deltakernes oppfatning av eget selv bilde heller preges av negativitet og mindreverd, slik Miller (1994) fant, fremfor et udefinert og ustabil selv (American Psychiatric Association, 2013). For det andre, gir de kvalitative funnene innsikt i hva som oppleves som viktig for pasienter i en behandlingsprosess. Mer spesifikt, gir resultatene antydninger til at det er andre faktorer enn kun diagnose og symptomreduksjon som er sentralt for bedring. Opplevelse av tilhørighet og tillit til behandlingsgruppen og signifikante andre, intern lokus av kontroll, og validering av egne følelser og behov er noen slike faktorer.

Studiens funn har ulike implikasjoner når det kommer til pasienter med emosjonell ustabilitet sine opplevelser av egen problematikk, av relasjonskvalitet og dynamikk, samt behandlingsprosessen i STEPPS. For en kliniker vil det dermed si at det er fordelaktig å forstå pasienter med emosjonell ustabilitet sine symptomer ut ifra et mer helhetlig perspektiv som inkluderer pasientens relasjoner. Likevel, er det nødvendig å ta hensyn til mulige begrensninger som følger med studien, presentert under.

Begrensninger

Selv om studien kan ha noen implikasjoner som gjelder forståelse og behandling av pasienter med emosjonell ustabilitet og deres relasjoner, er det viktig å redegjøre for noen mulige begrensninger. En faktor omhandler utvalget, som er bestående av fem kvinner i samme alderssegment med klinisk diagnose som får oppfølging i poliklinikk og går i samme STEPPS-gruppe. Etersom deltakerne har en diagnose og får samme type oppfølging (poliklinisk), kan det anses som et noe homogent utvalg i forhold til den generelle populasjonen som deltar i STEPPS. STEPPS er utarbeidet for å favne både personer med og uten diagnose og med ulikt funksjonsnivå (Black & Blum, 2016; Kennair, 2016). Det er usikkert i hvilken grad funnene er representative for andre grupper av pasienter som varierer i større grad med tanke på alvorlighetsgrad av diagnosen, aldersspenn og kjønn. For å få med et mer variert utvalg, kunne et alternativ dermed vært å ha rekruttert deltakere fra ulike type grupper.

I tillegg til at deltakerne kan virke å ha likheter med tanke på symptomtrykk og funksjon, kan det at de har deltatt og interagert i samme STEPPS-gruppe ha hatt en innvirkning på resultatene. For det første, viser resultatene av den grunn kun til ett behandlingsforløp og én gruppe sin prosess og utfall i behandling. Kanskje en annen gruppe med en annen dynamikk ville ha hatt en annerledes opplevelse? For det andre, kan det at deltakerne har gått i samme gruppe og snakket med hverandre gjort at de har påvirket hverandres svar i andre intervjuer. Det kan potensielt ha medført at de har delt mange av sine erfaringer med hverandre og slik tilegnet seg formuleringer og tanker om behandlingsprosessen som kan være delte. Det kunne sånn sett ha vært gunstig å ha rekruttert deltakere fra mer enn en gruppe.

I den aktuelle gruppen, var det den ledende STEPPS-terapeuten som utførte rekrutteringen. Dette førte med seg flere fordeler med tanke på at en som kjente pasientene fikk presentert prosjektet for dem og fikk gitt tilbakemelding til meg og veileder uten å gi vekk sensitiv informasjon. Likevel, kan det faktisk at terapeuten vet at de ulike pasientene er med i et forskningsprosjekt skape et press på at gruppen blir evaluert og potensielt føre til at hun på ubevisst vis behandler denne gruppen eller de spesifikke pasientene annerledes. For å skape et større skille mellom behandlingen og forskningsprosjektet, kunne en annen person på avdelingen potensielt stått for rekruttering.

Den kvalitative undersøkelsen og analysen ble utført av meg selv, og det er derfor viktig å anerkjenne betydningen av refleksivitet ved at jeg selv som forsker kan ha påvirket forskningsprosessen gjennom egne holdninger, verdier og teoretisk forkunnskap (Willig, 2013). Det at det kun har vært en person til å utføre intervjuene begge rundene og analysert dataene, kan ha medført subjektivitet og slik påvirket intervjuene og tolkningen av intervjumaterialet. Mitt inntrykk av deltakerne kan tenkelig ha formet det andre intervjuet ut ifra hva de fortalte og delte under første intervju, samtidig som min forkunnskap om diagnosen deres kan ha hatt en innvirkning. Dette var noe jeg derimot prøvde å være bevisst på, og det ble derfor forsøkt å følge intervjuguiden så godt det lot seg gjøre. Fra deltakerne sin side, kan det også ha hatt en innvirkning at det var jeg som intervjuet dem begge gangene. De kan ha dannet seg et inntrykk av meg i første intervjuerunde som påvirket deres svar i andre intervjuerunde. Å møte meg begge gangene kan sånn sett ha vært en ulempe dersom deltakerne anså det som utfordrende og eventuelt kjente på et press om å ha fått til endringer fra første intervju. Det kan derimot også ha vært alliansedannende og ha gjort at de følte seg mer komfortabel med å dele av sine personlige erfaringer. Ut ifra det deltakerne selv har sagt og ut ifra det jeg har opplevd, har det sistnevnte virket å være mer gjeldende. En annen eventuell

fordel av å ha gjort alle intervjuene på egenhånd er at det slik er lettere å opprettholde reliabilitet på tvers av intervjuer.

Når det kommer til analyseprosessen har også jeg vært alene om dette, foruten diskusjon og hjelp fra veileder. Det kan som nevnt ha medført en ubevisst subjektiv tolkning av datamaterialet ettersom det ikke har vært andres perspektiver eller tolkninger å gå på i bearbeiding av transkriberingene. Det har likevel blitt forsøkt etter beste evne å få til en balansert tolkning av innsamlet data ved å identifisere tema som er basert på deltakernes formuleringer på tvers av intervjuer. Samtidig, anerkjennes det at det ikke vil være mulig å se bort ifra allerede etablert kunnskap om deltakernes problematikk som man har med seg i bakhodet under intervjusituasjonen og i analysen.

Konklusjon

Oppgaven viser til ulike temaer knyttet til pasienter med emosjonell ustabilitet sin forståelse og opplevelse av relasjoner, før og etter behandling i STEPPS. I første intervjurunde fremstår deltakernes relasjonskvalitet som preget av dysfunksjonelle sirkler der intense følelser og relasjonelle vansker forsterker og opprettholder hverandre over tid. Underliggende følelser får ofte et ekstremt uttrykk som skaper stadige større emosjonelle reaksjoner og utfordringer i relasjonen. Kronisk tomhetsfølelse gjør det utfordrende å være påkoblet seg selv og andre, og fører til destruktive mestringsstrategier. Handlingstendenser er også ofte preget av stor ambivalens knyttet til behov for nærhet, samtidig som det er sterk frykt for avvisning. Funnene viser også til at samtlige har et betydelig negativt selvilde som ofte medfører bekræftelsesbehov fra de rundt som er vanskelig å få tilfredsstilt.

STEPPS sitt fokus på emosjonsreguleringsferdigheter og inkludering av pasientens nettverk i behandling, virker å ha ført til bedringer på ulike måter hos deltakerne i studien i den andre intervjurunden. Ved hjelp av psykoedukasjon og spesifikke verktøy i behandling, virker samtlige å ha opplevd endringer knyttet til økt bevissthet av egne kognitive og emosjonelle reaksjonsmønstre. Som et resultat av dette, klarer de i større grad å kommunisere egne følelser og behov. Grensesetting var derfor et svært viktig prosjekt for flere, og bidro til forebygging av eskalering av følelser i interaksjoner med andre. En annen faktor som deltakerne trakk fram som sentralt i behandlingsprosessen var en økt opplevelse av kontroll og ansvar for egne reaksjoner og handlinger. Intern lokus av kontroll kombinert med sosial støtte fra behandlingsgruppen og forsterkningsteam ga ekstra motivasjon og håp for få endring.

Samlet sett, kan studien ha implikasjoner i klinisk arbeid med pasienter med emosjonell ustabilitet. Funnene bidrar til å fremheve emosjonell ustabilitet som en del av en relasjonell kontekst. Det er derfor viktig å inkludere pasientens relasjonelle liv i behandling for å kunne skape meningsfull og vedvarende endring i pasientens lidelse. Resultatene er også i samsvar med tidligere empiri på at en tilnærming med fokus på emosjonsregulering, som STEPPS, skaper reduksjon i emosjonsintensitet og maladaptive mestringsstrategier.

Referanser

- Alesiani, R., Boccalon, S., Giarolli, L., Blum, N., & Fossati, A. (2014). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): a program efficacy and personality features as predictors of drop-out - An Italian study. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 920-927. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.01.003>
- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (5 ed.).
- Anupama, V., Bholra, P., Thirthalli, J., & Mehta, U. M. (2018). Pattern of social cognition deficits in individuals with borderline personality disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 33, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.010>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2009). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256.
- Barnow, S., Stopsack, M., Grabe, H. J., Meinke, C., Spitzer, C., Kronmüller, K., & Sieswerda, S. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 359-365. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.003>
- Black, D. W., & Blum, N. (2016). *Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorder: Implementing STEPPS Around the Globe*. Oxford University Press Inc.
- Black, D. W., Blum, N., Eichinger, L., McCormick, B., Allen, B., & Sieleni, B. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) in women offenders with borderline personality disorder in prison: A pilot study. *CNS Spectrums*, 881-886.
- Black, D. W., Blum, N., McCormick, B., & Allen, J. (2013). STEPPS group treatment program for borderline offenders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 201, 124-129. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6435>
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder - a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310. <https://doi.org/10.1053/comp.2002.33497>
- Boccalon, S., Alesiana, R., Giarolli, L., Franchini, L., Colombo, C., Blum, N., & Fossati, A. (2012). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): Theoretical model, clinical application, and preliminary efficacy data in a

- sample of inpatients with personality disorders in comorbidity with mood disorders. *Journal of Psychopathology*, 18, 335-343.
- Bouchard, S., Sabourin, S., Lussier, Y., & Villeneuve, E. (2009). Relationship quality and stability in couples when one partner suffers from borderline personality disorder. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 446-455.
<https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00151.x>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2013). Interactive data collection 1: interviews. In *Successful Qualitative Research* (pp. 77-105). SAGE Publications.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 15(1), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
- Clifton, A., Pilkonis, P. A., & McCarty, C. (2007). Social networks in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 434-441.
- Downey, G., & Feldman, S. I. (1996). Implications of rejection sensitivity for intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(6), 1327-1343.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.6.1327>
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., & Fonagy, P. (2021). Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder: Associations with Mentalizing, Emotion Regulation, and Impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177-193. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_427
- Fitzpatrick, S., Liebman, R. E., & Monson, C. M. (2021). The borderline interpersonal-affective systems (BIAS) model: Extending understanding of the interpersonal context of borderline personality disorder. *Clinical Psychology Review*, 84.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101983>
- Flanagan, E. H., Davidson, L., & Strauss, J. S. (2010). The need for patient-subjective data in the DSM and the ICD. *Psychiatry*, 73, 297-307.
<https://doi.org/10.1521/psyc.2010.73.4.297>
- Freije, H., Dietz, B., & Appelo, M. (2002). Behandeling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de vers: de Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Dth*, 22(4), 160-166.

- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopathology*, 27(4), 1007-1030. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>
- González-González, S., Marañón-González, R., Hoyuela-Zatón, F., Gómez-Carazo, N., Hernández-Abellán, A., Pérez-Poo, T., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., López-Sánchez, V., Black, D. W., Blum, N., Artal-Simón, J., & Ayesa-Arriola, R. (2021). STEPPS for borderline personality disorder: A pragmatic trial and naturalistic comparison with noncompleters. *The Guildford Press*, 35(6). https://doi.org/doi.org/10.1521/pedi_2021_35_512
- Gunderson, J. G. (2007). Disturbed Relationships as a Phenotype for Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1637-1640. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071125>
- Hansen, H., Stige, S., Davidsom, L., Moltu, C., & Veseth, M. (2017). How do people experience early intervention services for psychosis? A meta-synthesis. *Qualitative Health Research*, 28, 259-272. <https://doi.org/10.1177/1049732317735080>
- Harvey, R., Black, D. W., & Blum, N. (2010). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) in the United Kingdom: A preliminary report. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40, 225-232.
- Hepp, J., Lane, S. P., Carpenter, R. W., Niedtfeld, I., Brown, W. C., & Trull, T. J. (2017). Interpersonal problems and negative affect in borderline personality and depressive disorders in daily life. *Clinical Psychology Science*, 5(3), 470-484. <https://doi.org/10.1177/2167702616677312>
- Hill, N., Geoghegan, M., & Shawe-Taylor, M. (2016). Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the multidisciplinary treatment for borderline personality disorder. *Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 347-356. <https://doi.org/10.1111/jpm.12315>
- Hope, N. H., Wakefield, M. A., Northey, L., & Chapman, A. L. (2018). The association between locus of control, emotion regulation and borderline personality disorder features. *Personality and Mental Health*, 12(3), 241-251.
- Joffe, H. (2012). Thematic Analysis. In D. Harper & A. Thompson (Eds.), *Qualitative Research in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners* (pp. 209-223). Wiley-Blackwell.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>

- Kennair, T. (2016). *Systemisk rettet borderline behandling*. Norsk forening for kognitiv terapi. Retrieved 05.04.22 from <https://www.kognitiv.no/systemisk-rettet-borderline-behandling/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2021). Introduksjon til forskningsintervju. In *Det kvalitative forskningsintervju* (3 ed., pp. 20-39). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kverme, B., Natvik, E., Veseth, M., & Moltu, C. (2019). Moving Toward Connectedness - A Qualitative Study of Recovery Processes for People With Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychology, 10*, 430. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00430>
- Lavik, K. O., Veseth, M., Frøysa, H., Binder, P. E., & Moltu, C. (2018). What are the "good outcomes" for adolescents in public mental health settings? *International Journal of Mental Health System, 12*(3). <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0183-5>
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Rosenthal, M. Z. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review, 34*(3), 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.007>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guildford Publications.
- Lis, S., & Bohus, M. (2013). Social interaction in borderline personality disorder. *The Lancet, 364*, 453-461. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0338-z>
- McCloskey, K., Cox, D. W., Ogrodniczuk, J. S., Laverdière, O., Joyce, A. S., & Kealy, D. (2020). Interpersonal problems and social dysfunction: Examining patients with avoidant and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology, 77*(1), 329-339. <https://doi.org/10.1002/jclp.23033>
- McCusker, L., Turner, M. L., Pike, G., & Startup, H. (2018). Meaningful ways of understanding and measuring change for people with borderline personality disorder: A thematic analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 46*(5), 528-540.
- Meehan, K. B., Clarkin, J. F., & Lenzenweger, M. F. (2018). Conceptual models of borderline personality disorder, part 2: A process approach and its implications. *Psychiatric Clinics of North America, 41*(4). <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.08.002>
- Meulemeester, C. D., Lowyck, B., Vermote, R., Verhaest, Y., & Luyten, P. (2017). Mentalizing and interpersonal problems in borderline personality disorder: the mediating role of identity diffusion. *Psychiatry Research, 258*, 141-144. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.061>

- Miller, C. E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2021). Understanding chronic feelings of emptiness in borderline personality disorder: a qualitative study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s40479-021-00164-8>
- Miller, S. G. (1994). Borderline personality disorder from the patient's perspective *Psychiatric Services*, 45(12), 1215-1219.
- Moltu, C., Stefansen, J., Nøtnes, J. C., Skjølberg, Å., & Veseth, M. (2017). What are "good outcomes" in public mental health settings? A qualitative exploration of clients' and therapists' experiences. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(12).
<https://doi.org/10.1186/s13033-017-0119-5>
- Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. (2022). *Lagringsguide*. Retrieved 31.03.22 from <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Lagringsguide>
- Palihawadana, V., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2019). Reviewing the clinical significance of 'fear of abandonment' in borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 27(1), 60-63. <https://doi.org/10.1177/1039856218810154>
- Pedersen, G., Arnevik, E., Walderhaug, E., Hummelen, B., & Wilberg, T. (2017). Psychometric Properties of the Severity Indices of Personality Problems (SIPP) in Two Samples: A Norwegian Community Sample and Clinical Samples of Patients With and Without Personality Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000436>
- Peters, J. R., Smart, L. M., & Baer, R. A. (2015). Dysfunctional responses to emotion mediate the cross-sectional relationship between rejection sensitivity and borderline personality features. *Journal of Personality Disorders*, 29(2), 231-240.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.1.51>
- Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST): A self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 281-293.
- Shanks, C., Pfohl, B., Blum, N., & Black, D. W. (2012). Can negative attitudes toward patients with borderline personality disorder be changed? The effect of attending a Stepps workshop. *The Guildford Press*, 25(6).
<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.6.806>
- Shuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., Gemert, T. G. v., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation

- group training for adolescents: A randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 467-478.
- Smith, J. A. (2008). *Qualitative Psychology: A practical Guide to Research Methods* (2 ed.). SAGE Publications.
- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Yaggi, K. E., Morse, J. Q., & Feske, U. (2009). Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(7), 484-491.
<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181aad2e7>
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology: Adventures in theory and method* (3 ed.). Open University Press.
- World Health Organization. (1992). *ICD-10: Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Gyldendal Akademisk.
- Yiu, J., Kealy, D., Cox, D. W., & O'Conner, D. (2022). Borderline personality features and presence of meaning in life: Mediating role of interpersonal problems. *Cogent Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2022.2032913>
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810. <https://doi.org/10.1037/a0033839>

Appendiks A

Intervjuguide før-intervju

Intervjuguide:

I dette intervjuet vil jeg stille deg spørsmål om dine mål i STEPPS og om ulike relasjoner i livet ditt. Hensikten ved intervjuet er å kunne få et innblikk i hvorvidt STEPPS bidrar til at deltakere opplever positiv endring i nære forhold og i samspill med andre. Dersom det er spørsmål som du ikke ønsker å svare på, er det bare å si ifra. Du kan også når som helst avslutte intervjuet uten å oppgi årsaken. Har du noen spørsmål før vi setter i gang?

FØR-INTERVJU:

Deltakere:

Kan du fortelle litt om deg selv og hvordan du kom i kontakt med STEPPS-teamet?

Hva er viktig for deg i behandlingen?

- Hva er prosjektet ditt? Hva ønsker du å oppnå?

Behandlingsformen:

Hva slags forventninger har du til behandlingen før oppstart?

Relasjoner:

Hva legger du i begrepet «relasjon»?

- Hva tenker du utgjør en god og nær relasjon?

Hvordan opplever du deg selv i møte med nye mennesker?

- Har du glede av å få nær kontakt med andre mennesker?
- Tror du de fleste liker å omgås deg?
- Opplever du det som vanskelig å bli knyttet til andre?
- Hvordan er det å forholde seg til personer som har ulike holdninger og verdier enn deg selv?

Hva har personer rundt deg å si for hva du tenker om deg selv?

- Blir du usikker på deg selv i møte med kritikk fra andre?
- Føler du at du ofte blir undervurdert?
- Føler du at andre mennesker er glad i deg?
- Føler du at du er like mye verdt som andre?

Opplever du glede av varige forhold?

- Hva er det som oppleves positivt/negativt?
- Føler du deg elsket av mennesker som har et nært forhold til deg?

Har du vært i stand til å knytte varige vennskap?

Hvis ja:

- Vil du beskrive forholdet ditt til en venn som står deg nær?
 - Er det noe som gjør relasjonen trygg?
 - Er det noe som gjør relasjonen utfordrende?

Hvis nei:

- Hva tror du har gjort at vennskapene ikke har vart?

Hvordan vil du beskrive forholdet ditt til et nært familiemedlem?

- Er det noe som gjør relasjonen trygg?
- Er det noe som gjør relasjonen utfordrende?

Hvordan vil du beskrive kjærlighetslivet ditt?

- Har du en nåværende partner/kjæreste?
 - Hva er styrkene ved relasjonen deres?
 - Hva slags utfordringer står dere ovenfor?
- Hvis nei:
 - Har du vært i et forhold? Kan du beskrive forholdet ditt til din forrige kjæreste?

Appendiks B

Intervjuguide etter-intervju

ETTER-INTERVJU:

Behandlingsformen:

Opplever du hverdagen som annerledes etter kurset?

Har STEPPS bidratt til at du har fått det bedre på områdene du ønsket bedring?

Hvordan var din opplevelse med forsterkningsteam?

Er det noe med kurset du skulle ønske var gjort annerledes?

Hadde du gjort noe annerledes om du hadde tatt kurset på nytt?

Relasjoner:

Har kurset ført til en annerledes forståelse av dine egne relasjoner?

Er det noen ferdigheter du har lært som har skapt nytte i relasjoner til andre?

Er det noen ferdigheter som har gjort det mer utfordrende i relasjoner til andre?

Er det andre faktorer som har gjort din opplevelse av relasjonene dine annerledes?

Opplever du at de rundt har fått mer eller mindre betydning for hva du tenker om deg selv?

Hvordan opplever du å møte nye mennesker etter kurset?

Har du opplevd endringer i nære familierelasjoner?

- På hvilken måte?
- Hva tror du har ført til eventuelle endringer?

Har du opplevd endringer i vennerelasjoner?

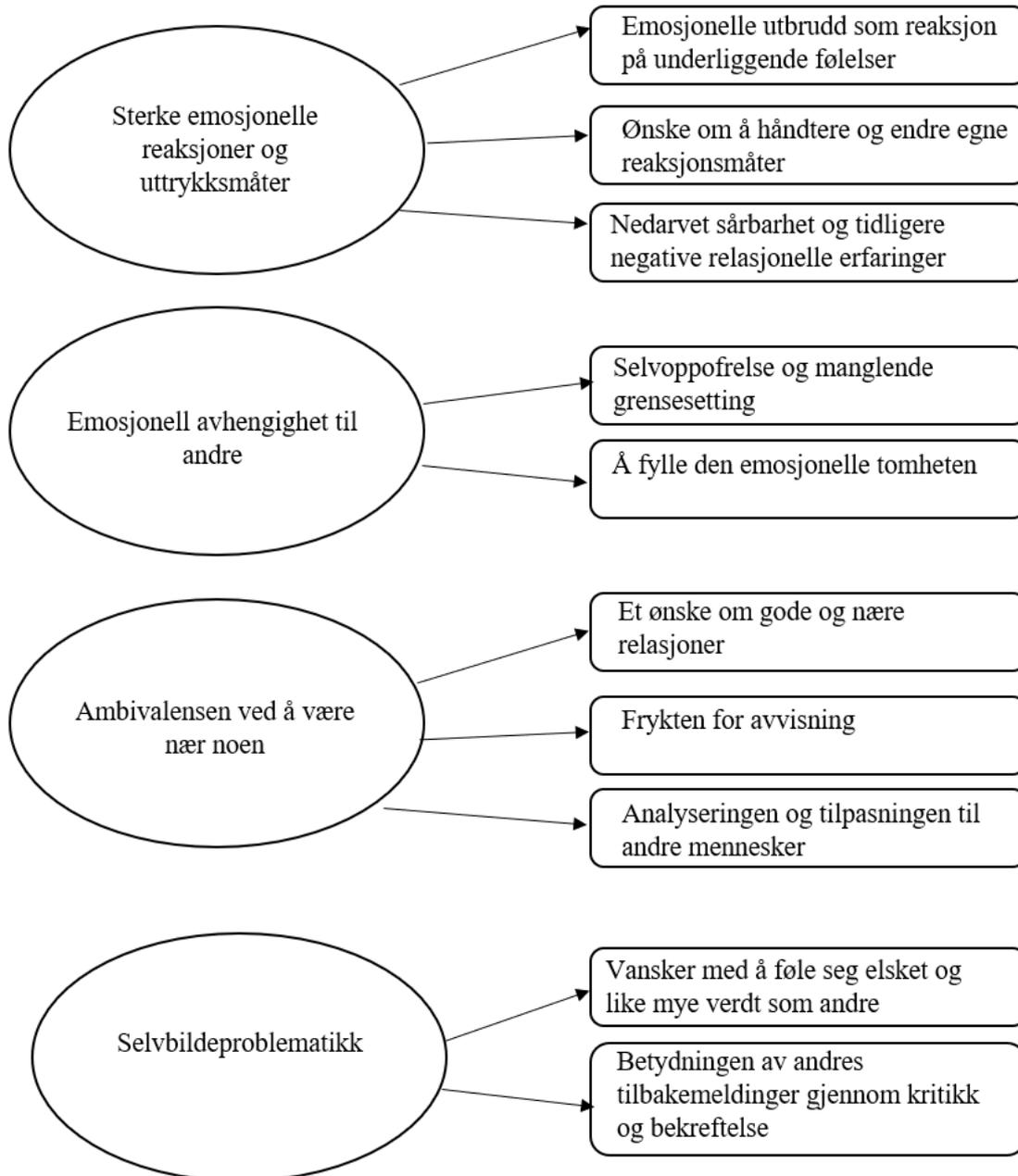
- På hvilken måte?
- Hva kan ha ført til endringer?

Har du opplevd endringer i kjærlighetslivet?

- På hvilken måte?
- Hva tenker du har ført til disse endringene?

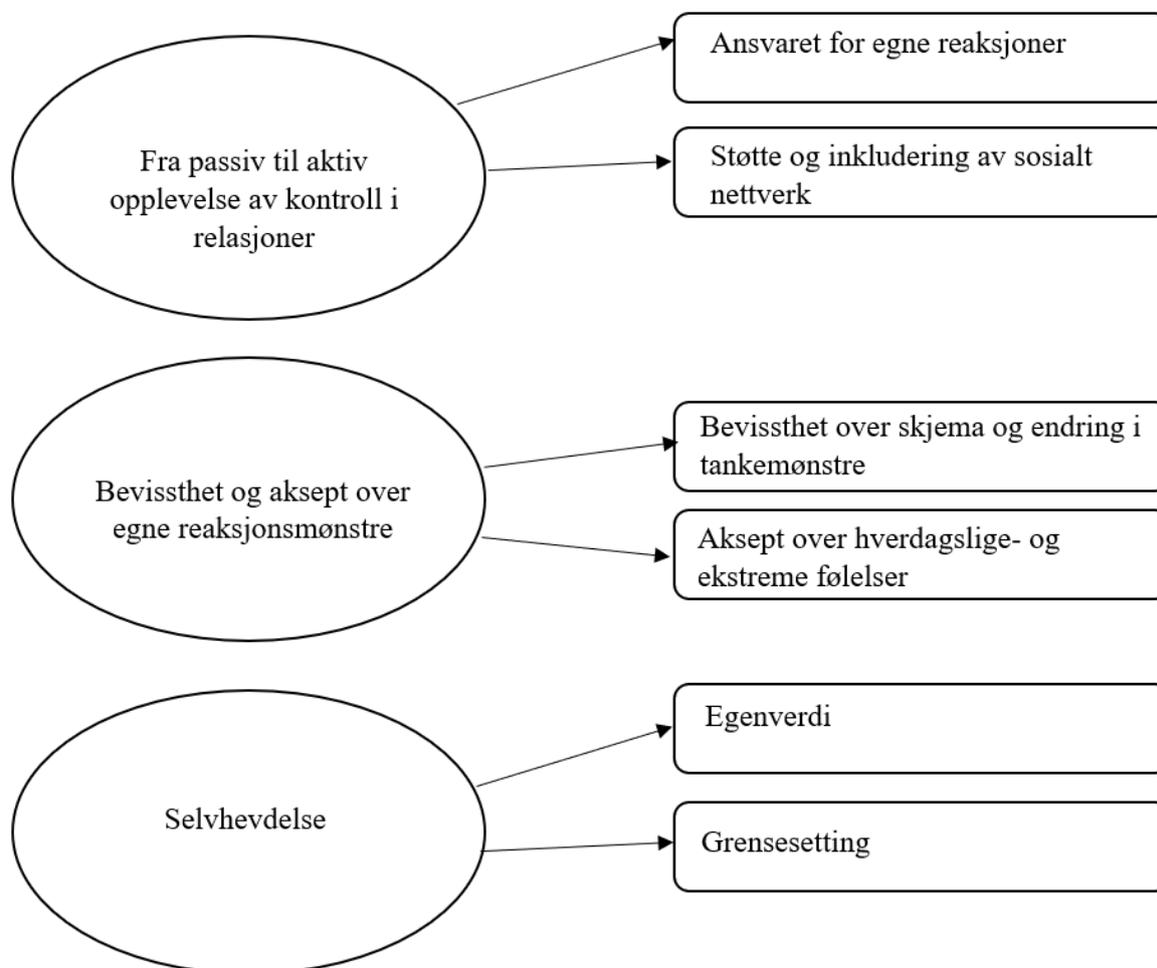
Appendiks C

Utkast til figur ved første resultatdel



Appendiks D

Utkast til figur ved andre resultat del



Appendiks E

Emosjonsintensitetskalaen (EIS)

Event: *What happened?*

	1	2	3	4	5
<p>Feelings: <i>What did I feel?</i></p> <p>Physical Sensations: <i>What was my body doing?</i></p> <p>Thoughts: <i>What was I thinking?</i></p> <p>Filters: <i>Which were triggered?</i></p> <p>Action Urges: <i>What did I want to do?</i></p> <p>Behaviors: <i>What did I do?</i></p>					
	Skills: Distancing	Communicating	Challenging	Distracting	Managing Problems
	Abandonment	Emotional deprivation	Subjugation	Mistrust	Failure to achieve
	Defectiveness	Self-sacrifice	Unrelenting standards	Vulnerable to harm	

