

Kristiane H. Fergestad og Sigrid L. Skofteland

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): Behandling av emosjonell ustabilitet i norsk psykisk helsevern

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi

Veileder: Audun Havnen

Januar 2023

Kristiane H. Fergestad og Sigrid L. Skofteland

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): Behandling av emosjonell ustabilitet i norsk psykisk helsevern

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i psykologi
Veileder: Audun Havnen
Januar 2023

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



NTNU

Kunnskap for en bedre verden

Forord

Denne oppgaven representerer en milepæl i vår 6-årige utdanning på profesjonsstudiet i psykologi, og vi ser tilbake på arbeidet som en nyttig, lærerik og utfordrende erfaring. Valget av temaet behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse hadde sitt opphav i vår felles interesse og nysgjerrighet for en pasientgruppe som ofte er i behov for helsehjelp. Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi tilegnet oss en dypere forståelse av pasientgruppen og eksisterende behandling, samt sett behovet for kunnskapsbasert behandling.

Det er flere vi ønsker å takke. Først og fremst vil vi takke vår veileder Audun Havnen, som introduserte oss til forskningsprosjektet. Dine tilbakemeldinger har vært nyttige og oppfølgingen har vært viktig gjennom hele prosessen. Videre takker vi for samarbeidet med STEPPS-teamet på Nidaros DPS, som har gitt oss et innblikk i den praktiske gjennomføringen av behandlingen, og som tok oss godt imot og viste engasjement da vi presenterte våre funn. Vi vil også sende en takk til hverandre for et godt samarbeid, som har vært trygt, motiverende og gitt muligheter for gode og konstruktive diskusjoner. Spesielt kan man trekke frem Sigrid sin evne til å skape fremdrift i oppgaven og Kristiane sin evne til å holde overblikk, som har fungert utfyllende og vært nyttig for arbeidet vårt. Sist, men ikke minst ønsker vi å takke alle som har lest oppgaven, bidratt med oppmuntrende ord og som har gjort denne siste innspurten av den teoretiske delen av vår utdanning til en fin opplevelse.

Kristiane H. Fergestad og Sigrid L. Skofteland
Trondheim, januar 2023

Sammendrag

Bakgrunn: Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse utgjør en prevalent pasientgruppe i psykisk helsevern, og opptar mye av helsesektorens ressurser. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) er et gruppetilbud for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller betydelige trekk av lidelsen. Behandlingstilbudet viser lovende resultater med økende evidens internasjonalt, men forskning på hvorvidt behandlingen er virksom i norske forhold er ikke undersøkt i tidligere studier. Formålet med denne oppgaven er å undersøke effektiviteten av STEPPS-behandling implementert i norsk psykisk helsevern, med fokus på lidelsesspesifikke symptomer og psykososial fungering.

Metode: Målgruppen besto av personer som har deltatt på STEPPS-behandlingsgruppe ved Nidaros DPS. Data ble samlet inn før og etter behandling over en tidsperiode fra 2018 til 2022. Totalt 79 deltakere ble inkludert i studien, og 49 deltakere fullførte STEPPS-behandlingen. Statistiske analyser ble gjennomført for å undersøke symptomnivå, målt med Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST), og psykososial fungering, målt med Work and Social Adjustment Scale (W-SAS).

Resultat: Resultatene viste signifikant reduksjon i symptomnivå som følge av STEPPS-behandling, hvor deltakerne som fullførte hele behandlingsforløpet oppnådde større reduksjon. Det ble videre funnet signifikant bedring i psykososial fungering. Disse forskjellene viste moderate til store effektstørrelser. Endring i symptomnivå var en signifikant prediktor for endring i psykososial fungering.

Konklusjon: Denne oppgaven gir støtte for at STEPPS kan implementeres i norsk psykisk helsevern, med lovende resultater for reduksjon i symptomer på emosjonell ustabilitet, særlig for fullførende deltakere. Til tross for bedring i den psykososiale fungeringen, viser deltakerne fortsatt svekket psykososial fungering ved endt behandling, som indikerer behov for ytterligere oppfølging. Metodologiske begrensninger som til dels høyt frafall og manglende kontrollgruppe gjør at ytterligere forskning er nødvendig for å undersøke effektiviteten av STEPPS i norsk psykisk helsevern.

Nøkkelord: STEPPS, emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, symptomer, psykososial fungering, behandling

Abstract

Background: Individuals with borderline personality disorder constitute a prevalent patient group in mental health care, and consume a lot of the health sector's resources. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS), is a group treatment for individuals with a diagnosis of borderline personality disorder or significant features of the diagnosis. The treatment shows promising results with a growing evidence base internationally, but whether or not the treatment is effective in Norwegian conditions has not been examined in previous studies. The aim of this thesis is to assess the efficacy of the STEPPS-treatment implemented in Norwegian mental health care, focusing on disorder-specific symptoms and psychosocial functioning.

Method: The target group was people who participated in the STEPPS treatment group at Nidaros DPS. Data were collected at the start and end of the treatment over a time period from 2018 to 2022. A total of 79 participants were included in the study, and 49 participants completed the STEPPS programme. Statistical analyses were conducted to examine symptom severity, measured with Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST), and psychosocial functioning, measured with Work and Social Adjustment Scale (W-SAS).

Results: The results show significant reduction in symptom severity following STEPPS, with treatment completers achieving greater reduction. Psychosocial functioning improved significantly as a result of treatment. These differences yielded moderate to large effect sizes. Change in symptom severity was a significant predictor of change in psychosocial functioning.

Conclusion: This thesis provides promising evidence for the effectiveness of STEPPS implemented in Norwegian mental health care. There are promising results for reduction in symptoms of emotional instability, especially for completing participants. Despite improvement in psychosocial functioning, participants still show impaired psychosocial functioning at the end of treatment, indicating further need for follow-up. Methodological limitations, such as a partly high dropout rate and the lack of a control group, indicate that further research is needed to investigate the effectiveness of STEPPS in Norwegian mental health care.

Keywords: STEPPS, borderline personality disorder, symptoms, psychosocial functioning, treatment

Innholdsfortegnelse

Forord	I
Sammendrag	II
Abstract.....	III
Innholdsfortegnelse	IV
1. Introduksjon.....	1
1.1 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.....	1
1.2 Prevalens.....	4
1.3 Bruk av helsetjenester.....	4
1.4 Komorbiditet.....	5
1.5 Psykososial fungering.....	5
1.6 Behandling.....	6
1.6.1 Diagnosespesifikk behandling.....	6
1.6.2 Behandlingsutfall på symptom- og funksjonsnivå	7
1.6.3 Retningslinjer for behandling	9
1.6.4 Behandlingsutfordringer.....	9
1.7 STEPPS-programmet	10
1.8 Behandlingsforskning på STEPPS	12
1.9 Formål og forskningsspørsmål	15
2. Metode.....	15
2.1 Deltakere og prosedyre.....	15
2.3 Beskrivelse av STEPPS-behandling.....	16
2.3.1 Psykoedukasjon	17
2.3.2 Emosjonsregulerende strategier.....	18
2.3.3 Ferdighetstrening	19
2.3.4 Systemkomponenten.....	19
2.4 Måleinstrumenter.....	19

2.4.1 Borderline Evaluation of Severity over Time	19
2.4.2 Work and Social Adjustment Scale	20
2.5 Statistisk analyse	20
3. Resultater	23
3.1 Beskrivelse av utvalget	23
3.2. Forskningsspørsmål 1: Endring i symptomnivå	24
3.2.1 Endring i symptomnivå for fullførende deltakere	24
3.2.2 Endring i symptomnivå for Intensjon-om-behandling-utvalget	25
3.3 Forskningsspørsmål 2: Sammenligning av symptomnivå for fullførende og ikke- fullførende deltakere	26
3.4 Forskningsspørsmål 3: Endring i psykososial fungering	26
3.5 Forskningsspørsmål 4: Endring i symptomnivå som prediktor for endring i psykososial fungering	27
4. Diskusjon	28
4.1 Hovedfunn	28
4.2 Klinisk relevans	36
4.3 Styrker og begrensninger	38
4.4 Veien videre	40
5. Konklusjon	41
Referanser	43
Appendix	4
Vedlegg 1: Borderline Evaluation of Severity Over Time	4
Vedlegg 2: Work and Social Adjustment Scale/Arbeid Og Sosial Tilpasningskala	4
Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeskjema for STEPPS-deltakelse	5
Vedlegg 4: REK-godkjenning	9
Vedlegg 5: Arbeidsfordeling	11

1. Introduksjon

1.1 Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en alvorlig og kompleks personlighetsforstyrrelse (Leichsenring et al., 2011), og kan defineres som «et gjennomgående mønster av ustabilitet i relasjoner, affekter og selvbylde, samt markert impulsivitet» (American Psychiatric Association; APA, 2013, s. 663). Mønsteret oppstår i tidlig voksen alder, kommer til uttrykk i ulike situasjoner, og er relativt stabilt over tid (APA, 2013). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er forbundet med betydelig svekkelse i psykologisk, sosial og yrkesmessig fungering (Skodol et al., 2018), samt redusert livskvalitet (Grambal et al., 2016). Pasientgruppen er prevalent i psykisk helsevern, og i snitt vil 1 av 10 pasienter i poliklinisk oppfølging oppfylle kriteriene for diagnosen (Ellison et al., 2018). Lidelsen er assosiert med økt forekomst av sykdom, forhøyet risiko for død som følge av suicid og hyppig bruk av helsetjenester (Lieb et al., 2004).

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse finnes som diagnose F60.3 i den 10. utgaven av International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10; Verdens helseorganisasjon, 1992). Ifølge Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykiatri (NAPP; 2022) sammenfaller diagnosekriteriene i ICD-10 i stor grad med klassifiseringen av borderline personlighetsforstyrrelse i Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5. utg.; DSM-5; APA, 2013). Selv om ICD-10 er det offisielle diagnosesystemet i Norge, er det ofte de diagnostiske kriteriene fra DSM-5 som anvendes i praksis (NAPP, 2022). Ettersom det meste av eksisterende teori og forskningslitteratur på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse baserer seg på borderline personlighetsforstyrrelse i DSM-IV og DSM-5, vil det som presenteres i denne oppgaven når det gjelder lidelsens symptomatologi, teori og forskningslitteratur, være knyttet til diagnosen slik den forekommer i disse manualene. I norsk faglitteratur og klinisk praksis er det derimot betegnelsen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som anvendes, og vi vil benytte denne betegnelsen i oppgaven.

Strukturert Klinisk Intervju for DSM-5 Akse II (SCID-5; First et al., 2015) er et diagnostisk intervju som bygger på DSM-5-manualen, og som ofte brukes i forbindelse med klinisk diagnostisering av personlighetsforstyrrelser i Norge (Ryder, 2021). Forskning før 2013 ble gjennomført med utgangspunkt i DSM-IV. SCID-II (First et al., 1997) er et strukturert klinisk intervju med utgangspunkt i DSM-IV. Diagnosekriteriene i DSM-IV og

DSM-5 er ikke betydelig avvikende og medfører derfor ikke vesentlige praktiske konsekvenser. I ICD-11 og i DSM-5 Section III presenteres det alternative modeller for å forstå og klassifisere personlighetsforstyrrelser, men dette vil ikke drøftes videre eller inkluderes i denne oppgaven.

I DSM-5 må fem av ni kriterier være til stede for å oppfylle kriteriene for diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og tilstanden må medføre betydelig subjektiv lidelse eller reduksjon i funksjon på viktige livsområder, som i arbeidslivet og sosialt (APA, 2013). I tillegg må de generelle kravene for en personlighetsforstyrrelse være til stede, som innebærer at personlighetsmønsteret må være gjennomgående, langvarig, ha oppstått i tidlig voksen alder og være lite fleksibelt. Diagnosekriteriene på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan deles inn i fire domener: affektive, interpersonlige, kognitive og atferdsmessige (Lieb et al., 2004).

Det affektive domenet omhandler vansker med å regulere emosjoner, både intensitet og varighet (APA, 2013, Carpenter & Trull, 2013). Et kjennetegn ved pasientgruppen er opplevelse av betydelige emosjonelle svingninger, hvor et bredt spekter av sterke dysforiske emosjoner erfares, som raseri, skam, panikk og kronisk tomhetsfølelse (Lieb, 2004). Lidelsen kjennetegnes av høy følsomhet for og intens respons på emosjonelle stimuli og miljømessige omstendigheter, og det er vanlig med rask endring fra en stemningstilstand til en annen (Koenigsberg et al., 2002). I forsøk på å regulere intense emosjoner benyttes det ofte uhensiktsmessige strategier, deriblant selvskading og substansmisbruk (Carpenter & Trull, 2013).

Det andre diagnostiske domenet omhandler utfordringer med interpersonlig fungering (Lieb et al., 2004). Ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er relasjoner til andre typisk ustabile, kaotiske og intense (APA, 2013; Gunderson, 2007). Nære relasjoner er ofte konfliktfylte og preget av mistillit (Clifton et al., 2007), hvor det er vanlig med bevegelse mellom ytterpunkter av devaluering og idealisering. Økt sensitivitet og reaktivitet for interpersonlig stress er typisk for lidelsen, og det legges ofte ned betydelig innsats for å unngå forestilt eller reell avvisning (Staebler et al., 2011). Pasientgruppen har rapportert å ha færre sosiale interaksjoner i dagliglivet sammenlignet med personer uten personlighetsforstyrrelser, og beskriver sosiale relasjoner som i større grad preget av sinne, tristhet, uenigheter og ambivalens (Stepp et al., 2009).

Et annet diagnostisk domene ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er kognitive forstyrrelser (Lieb et al., 2004). Innenfor dette domenet finner vi forstyrrede kognitive prosesser (Kaiser et al., 2016) og identitetsforstyrrelser (APA, 2013; Jørgensen,

2010; Kaufman & Meddaoui, 2021; Richetin et al., 2017). Studier har funnet at pasientgruppen har en forstyrret oppmerksomhetsbias mot negative tilbakemeldinger (Kaiser et al., 2016), er mindre fleksibel og attribuerer oftere skyld innover (Schilling et al., 2015). Identitetsforstyrrelser kan innebære markert og vedvarende ustabil selvbilde og selvfølelse, negativ vurdering av selvet, samt plutselige og dramatiske forandringer i hvordan de anser andre (Kaufman & Meddaoui, 2021). I tillegg kan vurderinger av egne verdier, mål og fremtidsutsikter være negative og svinge raskt (APA, 2013). Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan ha vansker med opplevelse av koherens og kontinuitet i sin identitet (Jørgensen, 2010; Wilkinson-Ryan & Westen, 2000), noe som er funnet å øke sannsynligheten for selvskading (Scala et al., 2018).

Atferdsmessig dysregulering er videre et diagnostisk domene ved lidelsen, og omfatter impulsiv, selvskadende og/eller suicidal atferd (Lieb et al., 2004). Impulsivitet forekommer ofte på måter som er skadelig for personen selv, eksempelvis destruktiv atferd som uforsvarlig kjøring, impulsiv pengebruk, spiseproblematikk og overdrevent alkoholbruk (APA, 2013). Impulsiv og selvdestruktiv atferd moduleres ofte av negative og sterke emosjoner som typisk er fremtredende hos pasientgruppen (Kleindienst et al., 2008; Sebastian et al., 2013). Selvdestruktiv atferd ses videre i form av gjentakende selvskading (Hooley et al., 2020) og suicidal atferd (Black et al., 2004). Selvskading blant den voksne pasientgruppen har en forekomst på ca. 90 % (Goodman et al., 2017), noe som er betydelig forhøyet sammenlignet med den generelle befolkningen, hvor forekomsten er rundt 6 % (Klonsky, 2011). Videre er det vist høy forekomst av suicidforsøk, hvor omtrent 75 % av personer med lidelsen har gjennomført minst ett suicidforsøk (Black et al., 2004; Goodman et al., 2017). Opptil 10 % av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse tar livet sitt (Black et al., 2004), noe som er en forhøyet forekomst sammenlignet med den generelle populasjonen (Leichsenring et al., 2011; Pompili et al., 2009).

Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse utgjør en heterogen pasientgruppe. Etersom kun et gitt antall kriterier må være til stede for å få diagnosen, er det mulig å tilfredsstille kriteriene på 256 ulike måter (Johansen et al., 2004). Ulike kombinasjoner av diagnosekriterier kan gi utslag i forskjellige uttrykk av lidelsen, symptombylde og alvorlighetsgrad (Johansen et al., 2004). I tillegg kan personer ha betydelige trekk av lidelsen uten å oppfylle alle diagnosekriteriene, hvor trekkene fortsatt kan være vedvarende og medføre betydelige vansker i hverdagen (Ellison et al., 2016; Gunderson et al., 2011; Thompson et al., 2019; Zimmerman et al., 2012).

1.2 Prevalens

Prevalensen av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er anslått å ligge på rundt 1 % i den generelle befolkningen (Ellison et al., 2018). Torgersen og kolleger (2001) fant at prevalensen på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i et norsk befolkningsutvalg var på 0.7 %. Majoriteten av personer som diagnostiseres med og mottar behandling for lidelsen i kliniske settinger er kvinner (75 %), og det er foreslått at kvinner er overrepresentert i pasientgruppen (Korzekwa et al., 2008). Studier på befolkningsutvalg konkluderer derimot med at det ikke er signifikante kjønnsforskjeller (Grant et al., 2008; Torgersen et al., 2001). En mulig årsak til observerte kjønnsforskjeller i kliniske settinger kan være at kvinner er mer hjelpesøkende enn menn (Korzekwa et al., 2008; Torgersen et al., 2001), samt at menn og kvinner kan ha forskjellig uttrykk av symptomatologi (Grant et al., 2008; Sansone & Sansone, 2011).

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er den vanligste personlighetsforstyrrelsen i kliniske populasjoner (Korzekwa et al., 2008; Zimmermann et al., 2008). Det er anslått at pasientgruppen utgjør omtrent 12 % av polikliniske pasienter og opp mot 22 % av innlagte pasienter i døgnavdeling (Ellison et al., 2018). Prevalensen av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er størst i tidlig voksen alder, og studier indikerer at prevalensraten avtar gradvis etter fylte 40 år som et resultat av lidelsens naturlige forløp (Grant et al., 2008). Diagnosen settes som hovedregel ikke før fylte 18 år (APA, 2013), selv om symptomatologi og trekk typisk utvikles tidligere (Zanarini et al., 2006).

1.3 Bruk av helsetjenester

Som følge av den store forekomsten i psykisk helsevern, opptar pasientgruppen betydelige ressurser og medfører vesentlige kostnader for helsetjenester og samfunnet som helhet (Bode et al., 2017; Wagner et al., 2022). Denne tendensen ses også sammenlignet med andre psykiske lidelser (Bode et al., 2017; Wagner et al., 2022). Pasientgruppen mottar mer behandling i psykisk helsevern, flere former for psykososiale behandlingstilbud og har flere og lengre innleggelse i døgnavdeling, sammenlignet med personer med depresjon (Bender et al., 2001) og andre personlighetsforstyrrelser (Zanarini et al., 2004b). Det forekommer hyppige innleggelse i døgnavdeling, til tross for at langvarige døgninnleggelse ikke er anbefalt for pasientgruppen (Mehlum & Jensen, 2006; National Institute for Health & Clinical Excellence; NICE, 2009; Paris, 2004; Sosial og helsedirektoratet, 2008). Belastningen på helsetjenester kan ses i forbindelse med betydelig forekomst av andre medisinske og psykiatriske tilstander (Lieb et al., 2004), samtidig som pasientgruppen ofte opplever

emosjonelle kriser og håndterer disse med uhensiktsmessige mestringsstrategier (Ansell et al., 2007; Bateman & Fonagy, 2010; Wagner et al., 2022). Videre benytter pasientgruppen seg av et bredt spekter av andre helsetjenester, som legevaktsbesøk, sykehusinnleggelse og medikamentell behandling (Ansell et al., 2007; Bender et al., 2006; Tomko et al., 2014; Wagner et al., 2022). Alvorlighetsgraden og omfanget av symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er forbundet med økt bruk av helsetjenester (Coid et al., 2009; Comtois et al., 2003; Frankenburg & Zanarini, 2004). Med hensyn til individets beste og når man betrakter et større samfunnsperspektiv, er det derfor viktig med god hjelp tidligst mulig (Bode et al., 2017).

1.4 Komorbiditet

Komorbiditet med andre psykiske lidelser forekommer hyppig blant personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Zanarini et al., 1998; Zanarini et al., 2004a; Zanarini et al., 2004c). I følge Lieb og kolleger (2004) er noen av de vanligste komorbide lidelsene depresjon (41-83 %), posttraumatisk stresslidelse (46-56 %), tilstander forbundet med substansmisbruk (64-66 %), spiseforstyrrelse (29-53 %), samt andre angst- og stemningslidelser. Det er videre betydelig forekomst av komorbiditet med andre personlighetsforstyrrelser, hvor engstelig-unnvikende, avhengig og paranoid personlighetsforstyrrelse er mest prevalente (Lieb et al., 2004). Komorbiditet er assosiert med økt alvorlighetsgrad, forverret behandlingsprognose, samt redusert livskvalitet og daglig fungering, både for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Coid et al., 2009; Grambal et al., 2016) og den komorbide lidelsen (Skodol et al., 2002b).

1.5 Psykososial fungering

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er forbundet med betydelig og vedvarende svekket psykososial fungering (Leichsenring et al., 2011). Psykososial fungering kan defineres som «evnen til å utføre roller og aktiviteter i dagliglivet, herunder sosiale roller, bevaring av interpersonlige relasjoner, fungering i skole eller arbeid, fritidsaktiviteter, samt evne til grunnleggende funksjoner som egenomsorg, fleksibilitet og kommunikasjon» (Skodol, 2018, s. 33). Psykososial fungering for pasientgruppen er vist å være mer svekket sammenlignet med friske kontrollpersoner, personer med depresjon og personer med andre personlighetsforstyrrelser (Ansell et al., 2007). Dårlig fungering, både i psykiske, sosiale og fysiske domener, er assosiert med redusert livskvalitet (Grambal et al., 2016).

Kroniske vansker i sosiale relasjoner er beskrevet som et kjernetrekk ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Gunderson, 2007). Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er forbundet med dårligere kvalitet på forhold, ustabile relasjoner og dysfunksjon i romantiske parforhold (Hill et al., 2008; Winograd et al., 2008). Pasientgruppen har en større tendens til å leve enslig, være skilt eller separert sammenlignet med friske kontrollpersoner og andre kliniske populasjoner (Ansell et al., 2007; Coid et al., 2009).

Det antydes at de har sterkere følelse av ensomhet, noe som kan knyttes til sosial isolering og svekket sosial fungering (Liebke et al., 2017). Pasientgruppen har dårligere fungering når det gjelder gjennomføring av oppgaver i hjemmet sammenlignet andre psykiske lidelser (Ansell et al., 2007), samt redusert evne til selvstendig fungering (Winograd et al., 2008).

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er assosiert med betydelige yrkesmessige konsekvenser og dårligere fungering i arbeidslivet (Ansell et al., 2007; Skodol, 2018; Winograd et al., 2008). Pasientgruppen har lavere fullført utdanningsnivå sammenlignet med personer med alvorlig depresjon og friske kontrollpersoner (Grant et al., 2008; Skodol et al., 2002a). Det er funnet økt risiko for uførepensjon, med tre ganger høyere forekomst sammenlignet med andre akse II lidelser (Zanarini et al., 2009). Det er videre dokumentert økt arbeidsledighet og konflikter på arbeidsplassen (Hengartner et al., 2014), og personer med lidelsen innehar ofte arbeid som gir lavere inntekt (Nielsen et al., 2016). Innvirkningen lidelsen har på sosial fungering og arbeidsevne, i kombinasjon med hyppig bruk av helsetjenester, medfører høye kostnader på samfunnet (van Asselt et al., 2007).

1.6 Behandling

1.6.1 Diagnosespesifikk behandling

Det har tatt tid å utvikle effektive behandlingstilnæringer for emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og lidelsen har tidligere blitt ansett som utfordrende å behandle (Choi-Kain et al., 2017). I løpet av de siste tiårene har det derimot vært en bedring i behandlingsprognose for pasientgruppen, i takt med utvikling av mer effektive, evidensbaserte psykoterapeutiske behandlingsmetoder (Cristea et al., 2017; Gunderson, 2009; Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2010). Det finnes nå flere dokumenterte og godt utprøvde behandlingsformer for pasientgruppen (Choi-Kain et al., 2017, Ellison, 2020). Evidensbaserte metoder inkluderer dialektisk atferdsterapi (Linehan et al., 2006), kognitiv atferdsterapi (Davidson et al., 2006), mentaliseringsbasert terapi (Bateman & Fonagy, 2008), skjemafokusert terapi (Giesen-Bloo et al., 2006), overføringsfokusert psykoterapi (Clarkin et

al., 2007) og Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (Blum et al., 2008). En metaanalyse viste at dialektisk atferdsterapi, etterfulgt av psykodynamiske tilnærminger som mentaliseringsbasert terapi, har mest evidens fra forskningsstudier (Cristea et al., 2017).

En rekke studier støtter effekten av spesialiserte og evidensbaserte terapimetoder for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018; Stoffers-Winterling et al., 2012; Storebø et al., 2020). Spesialiserte terapimetoder er forbundet med lavere sannsynlighet for drop-out enn ved standard behandling (engelsk: *treatment as usual*) (Oud et al., 2018). I et systematisk review og metaanalyse (Cristea et al., 2017) av 33 randomiserte kontrollerte studier, ble det vist at diagnosespesifikk psykoterapi har signifikant, liten til moderat effekt på symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, selvskading, suicid, generell psykopatologi og bruk av helsetilbud, sammenlignet med standard behandling. I et annet nylig publisert review (Storebø et al., 2020) ble effekten av spesifikke psykoterapeutiske intervensjoner undersøkt og sammenlignet opp mot kontrollgrupper som enten mottok standard behandling eller som sto på venteliste/ikke mottok behandling. Reviewet inkluderte 75 randomiserte kontrollerte studier og tok for seg 16 ulike psykoterapimetoder. Resultatene indikerte at sammenlignet med standard behandling, førte spesialisert psykoterapi til forbedret psykologisk fungering, redusert alvorlighetsgrad av symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og redusert suicidalitet (Storebø et al., 2020). Videre indikerte resultatene at psykoterapi er mer effektiv enn venteliste/ikke behandling når det kommer til å redusere symptomenes alvorlighetsgrad og depresjonssymptomer, samt forbedre psykososial fungering (Storebø et al., 2020).

1.6.2 Behandlingsutfall på symptom- og funksjonsnivå

Selv om diagnosespesifikke behandlingsmetoder har vist seg effektiv når det gjelder reduksjon av symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, ser man ofte mindre bedring i psykososial fungering (Zahediabgharai et al., 2020). Svekket psykososial fungering er ansett som et relativt vedvarende aspekt hos pasientgruppen (Skodol, 2018), og ser ut til å vedvare til tross for at diagnostiske trekk ikke lenger er klinisk fremtredende. Sammenlignet med fokus på symptombedring, har ikke bedring av psykososial fungering blitt prioritert i samme grad i klinisk praksis og forskning (Skodol, 2018).

Longitudinelle studier antyder at det er forskjell i behandlingsutfall når det kommer til symptomnivå og funksjonsnivå (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2010). I en 10-års oppfølgingsstudie (Gunderson et al., 2011) av pasienter med emosjonelt ustabil

personlighetsforstyrrelse ble deltakernes psykopatologi-status (remisjon og tilbakefall) og sosial fungering undersøkt. Remisjonsbegrepet viser til at pasientene ikke lengre tilfredsstillende diagnosekriteriene, men innebærer ikke nødvendigvis fullstendig symptomfrihet. Studien fant at 10 år etter behandling viste deltakerne høye remisjonsrater på symptomnivå (91 %) og lite tilbakefall (11 %), men fortsatt svekket sosial fungering. Til tross for at resultatene indikerte at pasientgruppen opplever noe forbedring i sosial fungering, hadde de fremdeles vedvarende svekkelser sammenlignet med normalpopulasjon (Gunderson et al., 2011). En annen studie rapporterte at 90 % av pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse var i remisjon to år etter behandling (Zanarini et al., 2010). Derimot viste kun 50% av pasientene *både* symptomatisk remisjon og forbedret sosial og yrkesmessig fungering. Studien viste videre at 34% av pasientene som opplevde bedring hadde tilbakefall i funksjonsnivå ved åtte års oppfølging. Oppsummert antyder forskning at det er lovende funn for symptomatisk bedring, men at det er mer utfordrende å oppnå endring i psykososial fungering. Dette kan ha viktige implikasjoner for behandling; personer kan fremdeles ha betydelig behandlingsbehov grunnet svekket psykososial fungering, til tross for bedring i symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Det er derfor nødvendig med mer forskning på hvilken effekt diagnosespesifikk behandling har på psykososial fungering (Zahediagbhar et al., 2020).

Alvorlighetsgraden av symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er vist å svekke funksjonsnivå både på personlige, sosiale og yrkesmessige domener (Howard et al., 2021; Skodol, 2018). I en studie av Zanarini og kolleger (2005a) ble det vist at endring i symptomnivå var relatert til endring i psykososial fungering, hvor pasientene som oppnådde symptomatisk remisjon hadde større tendens til å oppleve bedring både i sosial og yrkesmessig fungering, selv om bedringen hovedsakelig ble sett i det sosiale domenet. Svekket psykososial fungering før behandling var videre relatert til svekket psykososial fungering etter behandling (Zanarini et al., 2005a). Skodol og kolleger (2005) fant at bedring i psykopatologi forbundet med personlighetsforstyrrelsen førte til bedring i den psykososiale fungeringen, men at langtidseffekten var størst 12 måneder etter behandling. Det er foreslått et skille mellom akutte og mer vedvarende symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Zanarini et al., 2003; Zanarini et al., 2005b; Zanarini et al., 2007). Mens akutte symptomer, som impulsivitet og selvskading, bedrer seg relativt raskt, krever vedvarende symptomer, som temperament og personlighetstrekk, sannsynligvis lengre behandlingsvarighet og er i større grad forbundet med svekkelse i psykososial fungering (Zanarini et al., 2007).

1.6.3 Retningslinjer for behandling

Det er ikke utarbeidet nasjonale retningslinjer for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse i Norge (NAPP, 2021). Det finnes derimot internasjonale retningslinjer som er førende for norsk klinisk praksis, eksempelvis retningslinjer fra NICE (2009). Retningslinjene fra NICE inneholder anbefalinger om behandling av pasientgruppen. Deriblant bør behandlingen være strukturert, intensiv og ha et teoretisk grunnlag som pasientene kan få innblikk i (NICE, 2009). I tillegg bør behandlingen være langvarig, hvor det anbefales minimum 3 måneder (NICE, 2009).

I prinsipperklæringen lansert av Norsk Psykologforening (Norsk Psykologforening, 2007) er det et krav om at behandling som tilbys skal være evidensbasert. Evidensbasert praksis blir definert som «en integrering av den beste tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.» (Norsk Psykologforening, 2007, s. 1). I den sammenheng er det nødvendig å undersøke effekten av metoder man benytter seg av i pasientbehandling (Rønnestad et al., 2008). Å tilby behandling som baserer seg på vitenskapelig forskning er sentralt for å sikre faglig standard og ivareta pasientsikkerheten. Etablering av evidensbaserte metoder er videre sentralt i diskusjonen rundt fordeling av behandlingsressurser, da ressurser bør tillegges behandling med dokumentert effekt (Norsk Psykologforening, 2007).

1.6.4 Behandlingsutfordringer

Det er flere av de diagnostiske trekkene ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som kan gjøre behandling utfordrende. Pasientgruppen utviser høy grad av affektiv ustabilitet, svingende endringsmotivasjon, vekslende oppfatning av seg selv og andre, samt utfordringer i interpersonlig fungering hvor relasjoner kan være preget av mistillit og høyt konfliktnivå (Leichsenring et al., 2011). Impulsivitet og destruktiv atferd, samt hyppig forekomst av suicidale ytringer, selvskading og suicidforsøk kan ytterligere vanskeliggjøre behandling (Grambal et al., 2016). Symptomhåndtering er lenge blitt betraktet som vanskelig både for pasienter selv, pårørende og behandlere (Bailey & Grenyer, 2013; Ring & Lawn, 2019), og problemer med å følge opp poliklinisk og medisinsk behandling forekommer hyppig (De Panfilis et al., 2012). Det rapporteres om høye frafallsrater i terapi, hvor en systematisk review og metaanalyse fant at omtrent 75 % fullfører behandling som varer under 1 år og 71 % fullfører behandling av lengre varighet (Barnicot et al., 2011).

Personlighetsforstyrrelser består av relativt stabile trekk og tilstander, noe som kan kreve omfattende og langvarig behandling for å oppnå endring (Ekeberg, 2014). Samtidig er det en lidelse som kan medføre betydelig lidelse for individet og resultere i høye

samfunnskostnader. Til tross for at mer omfattende langtidsbehandlinger, som dialektisk atferdsterapi, mentaliseringsbasert terapi, skjematerapi og overføringsfokusert terapi, er dokumentert å ha effekt på pasientgruppen, er de ofte ressurskrevende, både med tanke på tidsmessige og økonomiske aspekter (Choi-Kain et al., 2017; Zanarini, 2009). I tillegg innebærer de etablerte behandlingsformene gjerne betydelig opptrening av behandlere i psykoterapimetoden (Blum et al., 2002), og bruken begrenses dermed ut fra tilgjengelige behandlere. Det vil derfor være hensiktsmessig med utvikling av kostnadseffektive og ressursbesparende psykoterapimetoder for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, som ivaretar pasientene, er tilgjengelige og evidensbaserte (Gunderson, 2009). Deriblant nevnes STEPPS som en psykososial behandlingsmetode som er mindre kostbar og med lavere terskel for implementering (Choi-Kain et al., 2017).

1.7 STEPPS-programmet

Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) er et gruppetilbud for personer med diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, eller betydelige trekk av diagnosen (Blum et al., 2002). STEPPS ble utviklet ved universitetet i Iowa i USA, som et behandlingstilbud for ambulerende pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Blum et al., 2002). Hensikten var å introdusere et alternativ til andre etablerte behandlingsformer for pasientgruppen, herunder dialektisk atferdsterapi og mentaliseringsbasert terapi. STEPPS skulle være en behandlingsform som var lett å gjennomføre, ha kortere varighet og med mindre behov for omfattende opplæring av behandlere. Et mål var at terapeuter med ulik utdanningsbakgrunn skal kunne gjennomføre behandlingen, for å kunne utnytte ressurser og gjøre behandling mer tilgjengelig. Opprinnelig ble STEPPS utviklet som et tilleggsprogram som var ment å supplere pasienters pågående individualterapi, hvor deltakerne ble oppfordret til å følge opp annen pågående behandling underveis (Blum et al., 2002). I senere versjoner er STEPPS-programmet supplert med strukturerte individualsamtaler med gruppeledere, noe som gjør tilbudet også tilgjengelig som et selvstendig behandlingstilbud (Ekiz et al., 2022). I STEPPS blir emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse omformulert til en emosjonsreguleringsforstyrrelse (Blum et al., 2008), noe som reflekteres i at tilbudet også gis til personer som har trekk av diagnosen, uten å nødvendigvis oppfylle alle diagnosekriteriene. Dermed kan STEPPS-behandlingen også nå ut til en større pasientpopulasjon.

STEPPS inkluderer elementer fra kognitiv atferdsterapi og dialektisk atferdsterapi, samt prinsipper fra skjematerapi, og aksept- og forpliktelsesterapi (Black et al., 2017), som er

vist å være effektiv i behandling av pasientgruppen (Davidson et al., 2006; Hayes et al., 1999; Linehan et al., 2006; Giesen-Bloo et al., 2006). Hovedfokuset i STEPPS er økt evne til emosjonsregulering, ettersom emosjonell dysregulering regnes som et kjernesymptom ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Black et al., 2004). I møte med overveldende intense emosjoner, kan individer med emosjonsregulerende vansker forsøke å håndtere dette gjennom dysfunksjonell atferd, slik som selvskading eller substansmisbruk (Blum et al., 2017). Gjennom behandlingen ønsker man at deltakerne lærer ferdigheter for å forstå og håndtere intense emosjoner og problematisk atferd gjennom effektive emosjonsregulerende strategier.

Gjennomføringen av STEPPS-behandling tar utgangspunkt i en strukturert og detaljert manual. Programmet består av 20 gruppetimer med varighet på én til to timer, som strekker seg over et tidsrom på omtrent seks måneder (Blum et al., 2002). Behandlingen er betydelig kortere enn andre behandlingsformer for pasientpopulasjonen; dialektisk atferdsterapi kan strekke seg over 1 år (Linehan et al., 2006), mentaliseringsbasert kan ha en varighet på 1.5 år (Bateman & Fonagy, 2010) og skjematapi kan vare opp mot 3 år (Young et al., 2003).

Psykoedukasjon, emosjonsregulering og ferdighetstrening er de tre hovedkomponentene i STEPPS, og legger grunnlaget for fokusområder i behandlingsforløpet. I STEPPS vektlegges arbeid med systemet rundt pasienten, og programmet inneholder derfor en systemkomponent med formål om å ivareta og inkludere pasientens nettverk (Blum et al., 2002). Deltakerne får i oppgave å oppnevne et «forsterkningsteam» av støttepersoner de har rundt seg, som venner, familie og helsepersonell. Sammenlignet med andre behandlingsformer for pasientgruppen er dette et unikt aspekt ved STEPPS (Black et al., 2017).

STAIRWAYS er et oppfølgingsprogram som ble utviklet for personer som har fullført deltakelse i STEPPS. Formålet med programmet er å videreføre og opprettholde ferdighetene som deltakere har tilegnet seg gjennom STEPPS (Black et al., 2004).

STEPPS er registrert som en evidensbasert behandlingsform i National Registry for Evidence-Based Programs and Practices i USA (Blum et al., 2017), og er i tråd med retningslinjene til NICE (2009) for behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Behandlingen er beskrevet som enkel å undervise, forståelig og gjennomførbar både for pasienter og behandlere (Blum et al., 2002; Blum et al., 2008; Bos et al., 2010). Behandlingsprogrammet STEPPS ble først anvendt i Norge rundt 2007, og er tilgjengelig som behandlingstilbud ved Nidaros DPS ved St. Olavs Hospital, Sykehuset

Namsos, Sykehuset Levanger og Stjørdal DPS. Manualen er oversatt til en norsk versjon etter godkjenning fra rettighetsinnehaverne.

1.8 Behandlingsforskning på STEPPS

STEPPS er implementert i flere land og en rekke internasjonale studier har undersøkt behandlingsutfall. Hovedtyngden av studiene er blitt gjennomført i USA (Black et al., 2008, Black et al., 2013; Blum et al., 2002; Blum et al., 2008), Nederland (Bos et al., 2010, Bos et al., 2011; Freije et al., 2002) og Storbritannia (Harvey et al. 2010; Hill et al., 2016). Et nylig systematisk review av Ekiz og kolleger (2022) gjennomgikk eksisterende forskning på STEPPS, som inkluderte 20 studier, hvorav tre var randomiserte kontrollerte studier. Det ble konkludert med at STEPPS-behandling viser lovende behandlingseffekt for pasientgruppen. Selv om STEPPS har blitt dokumentert som en virksom behandlingsform for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse internasjonalt, er det ikke gjennomført studier som har undersøkt behandlingsutfall i norsk psykisk helsevern.

Innenfor behandlingsforskning kalles studier som undersøker virkning i klinisk praksis for effektivitetsstudier (engelsk: effectiveness), mens kliniske studier som undersøker effekt i kontrollerte forsøksbetingelser kalles effektstudier (engelsk: efficacy) (NOU 1998:21, s. 272). Mens effektstudier søker å undersøke effekten av en intervensjon i kontrollerte omgivelser, er formålet med effektivitetsstudier å undersøke utfall av intervensjoner i praktiske og virkelighetsnære kontekster (Fritz & Cleland, 2003). Skillet mellom effekt og effektivitet bør vurderes på et kontinuum; effektivitetsstudier kan ta form som ukontrollerte eller kontrollerte studier, mens effektstudier krever kontrollerte betingelser (Fritz & Cleland, 2003).

Flere ukontrollerte studier har undersøkt behandlingsutfall av STEPPS. Samlet sett viser funnene til reduksjon i symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, inkludert ustabil humør, impulsivitet, problematiske relasjoner og identitetsforstyrrelser (Black et al., 2008; Black et al., 2013; Blum et al., 2002; Bocalon et al., 2012; Freije et al., 2002; Harvey et al., 2010; Hill et al., 2016). Studier har funnet at STEPPS-behandling fører til redusert negativ affekt, mindre angst- og depresjonssymptomer (Black et al., 2008; Black et al., 2013; Blum et al., 2002), økning i positiv affekt (Harvey et al., 2010), bedre global fungering (Harvey et al., 2010) og livskvalitet (Hill et al., 2016). I en studie som undersøkte enkeltstående mål (engelsk: item-level analysis) på symptom-spørreskjema, ble det funnet særlig forbedring i paranoide tendenser, kronisk tomhetsfølelse, impulsivitet og ustabile relasjoner (Black et al., 2018b). Studier har også vist at STEPPS fører til økt bevisstgjøring og utfordring av uhensiktsmessige kognitive skjema som preger pasientgruppens tanker og atferd

(Boccalon et al., 2012; Hill et al., 2016). Nylige studier har også vist lovende resultater av STEPPS som intervensjon for ungdommer med emosjonsreguleringsvansker (Llorens Ruis et al., 2020) og for eldre voksne (Ekiz et al., 2023).

Flere ukontrollerte studier fant at STEPPS-behandling fører til reduksjon i antall sykehusinnleggelser og oppsøking av helsetjenester, samt mindre selvskadende atferd og selvmordsforsøk (Alesiani et al., 2014; Black et al., 2013; Bocallon et al., 2012). Det antydes også at behandlingen er godt tatt imot og akseptert av både pasienter og behandlere (Blum et al., 2002; Freije et al., 2002; Harvey et al., 2010). En nylig gjennomført studie sammenlignet effektiviteten av STEPPS-behandling og dialektisk atferdsterapi (Guillén Botella et al., 2020). Resultatene indikerte at begge behandlingstilnærmingene var effektive for pasientgruppen og medførte betydelig reduksjon i symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, men at dialektisk atferdsterapi medførte større reduksjon i atferdsmessige symptomer.

Flere ukontrollerte studier har undersøkt hvilke faktorer som predikerer behandlingsutfall. Høyere symptomnivå ved oppstart av STEPPS-behandling var forbundet med større bedring av kliniske symptomer og funksjonsnivå (Black et al., 2009). Videre var betydelig reduksjon av symptomnivå assosiert med deltakelse på 15 eller flere STEPPS timer (Black et al., 2009). Høyere nivå av impulsivitet og histrioniske personlighetstrekk har blitt knyttet til høyere frafall fra behandling (Alesiani et al., 2014; Black et al., 2009). Behandlingsrespons på STEPPS er vist å være uavhengig kjønn, alder og etnisitet (Black et al., 2018a). Høyere utdanningsnivå, bedre samarbeid med pasienter og fravær av bipolar lidelse, er blitt knyttet til bedre behandlingsutfall av STEPPS (Gonzalez-Gonzalez et al., 2021).

Det er blitt dokumentert positive behandlingsutfall av STEPPS i randomiserte kontrollerte studier (Blum et al., 2008; Bos et al., 2010; Bos et al., 2011). En randomisert kontrollert studie av Blum og kolleger (2008) i USA, viste at deltakere som mottok STEPPS-behandling i tillegg til ordinær behandling hadde bedre behandlingsutfall enn standard behandling. Studien viste forbedring i de affektive, kognitive og impulsive domeneene ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse etter fullført behandling. Det ble videre dokumentert forbedring i globalt nivå av psykiatriske symptomer og funksjonsnivå, nedgang i innleggelser ved akuttinntak, samtidig som deltakerne rapporterte tilfredshet med behandlingen (Blum et al., 2008). To randomiserte kontrollerte studier med noe overlappende utvalg i Nederland rapporterte lignende resultater (Bos et al., 2010; Bos et al., 2011). Studiene av Bos og kolleger (2010, 2011) viste at STEPPS-behandlingen førte til større forbedring i generell og diagnosespesifikk psykopatologi, større reduksjon i depressive symptomer, bedre

global fungering og økt livskvalitet sammenlignet med standard behandling. Majoriteten av behandlingseffektiviteten som kunne tilskrives STEPPS i de randomiserte kontrollerte studiene vedvarte ved oppfølging etter både 6 måneder (Bos et al., 2010, Bos et al., 2011) og 1 år (Blum et al., 2008). De fant derimot ingen forskjell mellom STEPPS og standard behandling når det gjaldt reduksjon av sykehusinnleggelser, selvskading, parasuicidal eller suicidal atferd (Blum et al. 2008; Bos et al., 2010). Forfatterne stiller spørsmål ved om behandlingsforløpet er for kort til å påvirke disse aspektene, og om mer langvarig behandling er nødvendig.

Bos og kolleger (2011) undersøkte nærmere hvorvidt det er diagnosekategori eller symptomnivå som best predikerer behandlingsutfall av STEPPS. Resultatene viste at alvorlighetsgraden av symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse hadde større betydning for behandlingsutfallet, enn å ha diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Dette indikerer at STEPPS-behandling er nyttig også for pasienter med emosjonsreguleringsvansker og betydelige trekk av diagnosen, men som ikke tilfredsstillende alle diagnosekriteriene (Bos et al., 2011). Et slikt utvalg er i tillegg mer representativt for ordinære polikliniske pasientpopulasjoner (Bos et al., 2011).

Oppsummert viser både ukontrollerte og kontrollerte studier positiv behandlingseffektivitet av STEPPS-behandling når det gjelder reduksjon i symptomer tilknyttet emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Ekiz et al., 2022). Det er likevel stor variasjon blant studienes design, høy frafallsrate, og få gjennomførte randomiserte kontrollerte studier. I effektivitetsstudier som undersøker kliniske utvalg er det i noen tilfeller gjort endringer i STEPPS-protokollen for å tilpasse behandlingen, slik som lengden på behandlingsforløpet og muligheten for en-til-en samtaler med gruppelederne (Alesiani et al., 2014; Bos et al., 2010; Bos et al., 2011; Harvey et al., 2010). Samtidig er de presenterte randomiserte kontrollerte studiene av god kvalitet (Ekiz et al., 2022). Selv om de ukontrollerte studiene har begrenset verdi når det gjelder å tilskrive behandlingsutfallet til STEPPS som intervensjon, er de nyttige i innledende klinisk forskning (Barton, 2000; White & Ernst, 2001). Til tross for økende evidens for STEPPS, er det likevel behov for forskning på behandlingsmetoden i norsk psykisk helsevern. Dokumentert behandlingseffekt i andre land er ikke nødvendigvis overførbare til forholdene i norske utvalg, hvor helsevesenet kan være organisert annerledes.

1.9 Formål og forskningsspørsmål

Oppgaven er en åpen, ukontrollert effektivitetsstudie av STEPPS-behandlingen ved Nidaros DPS. Formålet med oppgaven er å undersøke effektiviteten av STEPPS-behandling implementert i norsk psykisk helsevern, for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller betydelige trekk av lidelsen. Siden det er første gang behandlingen studeres i Norge, ønsker vi å undersøke hvorvidt det er en behandling som fungerer i norske forhold. Oppgaven undersøker utfallet av STEPPS-behandlingen med fokus på endring i symptomnivå og psykososial fungering.

Vi undersøkte følgende forskningsspørsmål:

- 1) Fører STEPPS til reduksjon i symptomnivå?
- 2) Er det forskjell i symptomnivå mellom fullførende og ikke fullførende deltakere ved endt behandling?
- 3) Fører STEPPS til bedring i psykososial fungering?
- 4) I hvilken grad er endring i symptomnivå relatert til endring i psykososial fungering?

2. Metode

2.1 Deltakere og prosedyre

Personer som fikk tilbud om behandling med STEPPS ved Nidaros DPS, St. Olavs Hospital, ble forespurt om deltakelse i en åpen studie om effektiviteten av STEPPS. Deltakerne i oppgaven har blitt henvist fortløpende til spesialisthelsetjenesten med emosjonell ustabilitet som primær problematikk. Henvisende instans gjennomførte differensialdiagnostisk utredning, med utgangspunkt i Mini Internasjonalt Nevropsykiatrisk Intervju (M.I.N.I) og SCID-II. M.I.N.I (Sheehan et al., 1998; norsk versjon av Leiknes et al., 2007) er et strukturert intervju for utredning av psykiske lidelser i henhold til diagnosesystemet DSM-IV, og inkluderer tilnærmede ICD-10 koder. SCID-II er et klinisk strukturert intervju som kartlegger personlighetsproblematikk med utgangspunkt i diagnosemanualen DSM-IV (First et al., 1997). Inklusjonskriterier for STEPPS-behandling er diagnosen emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller sentrale trekk ved lidelsen uten å tilfredsstillende alle kriteriene for diagnosen. Pågående rusproblematikk, aktiv psykose eller alvorlig primær spiseforstyrrelse er definert som eksklusjonskriterier.

Før deltakelse i STEPPS gjennomførte deltakerne to avklaringssamtaler med en gruppeleder for å avklare motivasjon og forpliktelse til behandlingen. Viktigheten av å møte opp til timene og å fullføre hjemmeoppgaver ble fremhevet og deltakerne fikk informasjon

om behandlingstilbudet. Personer som ønsket å delta i forskningsprosjektet mottok informasjon om rammene for forskningsprosjektet, fylte ut informert samtykkeskjema og ble informert om muligheten for å trekke tilbake samtykke. Dersom deltakelse i forskning ikke var ønsket, ble det fremdeles gitt et tilbud om STEPPS-behandling uten at det ble innhentet forskningsrelatert informasjon. Etter avklaringssamtalene ble deltakere tildelt en behandlingsgruppe ut ifra ledig kapasitet. Data ble samlet inn over en tidsperiode fra sommeren 2018 til våren 2022. Totalt ble ti gruppebehandlinger fullført under datainnsamlingsperioden. Gruppestørrelsene varierte fra syv til ti deltakere. Hver STEPPS-gruppe ledes av to til tre gruppeledere. Gruppelederne ved Nidaros DPS består av et team med psykologer, psykiatere, sykepleiere og vernepleiere med videreutdanning i psykiatri eller psykisk helse.

Selvrapporteringskjema som anvendes under behandlingsforløpet ble fylt ut elektronisk via Checkware. Deltakerne logger inn på Checkware ved bruk av elektronisk ID, og fyller ut tilgjengelige skjema.

Forskningsprosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK 2018/1079). Behandlingen ble gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen (World Medical Association, 2013), og gjeldende lover og regelverk i Norge.

2.3 Beskrivelse av STEPPS-behandling

STEPPS er en strukturert og manualbasert behandlingsform som strekker seg over 20 uker (se tabell 1 for oversikt over innholdet i timene). En full beskrivelse av behandlingen finnes i STEPPS-manualen (Blum et al., 2017). Ved Nidaros DPS tilbys STEPPS i to varianter: en poliklinisk gruppe og en behandlingsgruppe. Den polikliniske varianten har gruppesamling én gang i uken hvor timene tar utgangspunkt i STEPPS-manualen, og deltakerne kan i tillegg følge opp annen pågående behandling. STEPPS-behandlingsgruppe har en tilsvarende gruppesamling som tar utgangspunkt i STEPPS-manualen, og har i tillegg én ekstra gruppesamling hvor de fordypet seg i viktige tema. Deltakerne i behandlingsgruppen får tilbud om individuelle samtaler ukentlig av gruppelederne, og dermed kan individualterapien samsvare med behandlingsforløpet i STEPPS. Denne oppgaven tar utgangspunkt i data fra behandlingsgruppen på STEPPS ved Nidaros DPS. I deler av perioden hvor data ble samlet inn, ble noen tilpasninger i tilbudet gjort som følge av koronapandemien, men hvordan dette har påvirket behandlingen er utenfor denne oppgavens omfang. Gruppetimene er lukket slik at deltakerne følger samme gruppe gjennom hele forløpet. Det

stilles klare rammer og forventninger til deltakerne fra gruppelederne, som å møte presis og å gi beskjed ved fravær. Et viktig verktøy i behandlingen er pasientenes arbeidsbok, som gir oversikt over temaene for hver time og inkluderer oppgaver som arbeides med både hjemme og i gruppetimene (Black et al., 2004). STEPPS tar utgangspunkt i tre hovedkomponenter som bygger på hverandre: psykoedukasjon, emosjonsregulerende strategier og ferdighetstrening (Black et al., 2004).

Tabell 1

Oversikt over og beskrivelse av innholdet i gruppesamlinger til STEPPS (Blum et al., 2017)

Time	Beskrivelse
Time 1	Introduksjon av deltakere, gruppeledere og grupperegler. Psykoedukasjon og etablering av mål. Identifisering av forsterkningsteam
Time 2	Introduksjon og utfylling av kartleggingsskjema. Deltakere fyller ut kortversjon av YSQ og BEST
Time 3	Avspenningsøvelser og påbegynne arbeid med emosjonell distansering
Time 4-5	Ferdigheter for emosjonshåndtering og kommunikasjon av tanker og følelser. Introduksjon av emosjonell intensitetskontinuum
Time 6-8	Identifisering av kognitive filter, skjema og tankefeller. Bevisstgjøring og utfordring av disse
Time 9- 10	Fokusendring for reduksjon av emosjonell intensitet
Time 11-12	Ferdigheter for problemløsning
Time 13	Identifisere problematiske atferdsmønstre og innføring i atferdshåndtering
Time 14	Sette mål relatert til time 13
Time 15	Sunt kosthold, spiseatferd og søvnhygiene
Time 16	Fysisk helse og bevegelse, fritidsaktiviteter
Time 17	Ferdigheter for å unngå skadelig og selvdestruktiv atferd
Time 18-19	Arbeid med relasjonshåndtering
Time 20	Oppsummering. Gjennomgår behandlingsprosessen og ferdigheter som er lært. Avslutning

2.3.1 Psykoedukasjon

Psykoedukasjon er den første komponenten i STEPPS (Blum et al., 2002). Formålet med denne komponenten er at deltakerne skal etablere en forståelse av vanskene sine, hvor de får kunnskap og informasjon om emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse og

emosjonsregulering. Et viktig mål er å erstatte uhensiktsmessige antagelser om lidelsen og redusere stigma rundt pasientgruppen (Blum et al., 2008). Diagnosen blir reformulert til en «emosjonsreguleringsforstyrrelse», noe som skal bidra til aksept og forståelse av vanskene. Deltakerne lærer å gjenkjenne symptomer på lidelsen og egne sårbarheter. Videre arbeides det med å identifisere hvilke tanker, kognitive skjema, følelser og atferd som er forbundet med diagnosen og hva som gjelder for den enkelte (Black et al. 2004). Det formidles håp, hvor deltakerne lærer at tanker kan endres og emosjoner kan håndteres (Blum et al., 2002).

2.3.2 Emosjonsregulerende strategier

Fokuset i den emosjonsregulerende komponenten er å etablere hensiktsmessige strategier for å håndtere og regulere emosjonelle, kognitive og atferdsmessige aspekter ved lidelsen (Blum et al., 2002). STEPPS arbeider med fem hovedstrategier når det gjelder emosjonsregulering: avstand, kommunikasjon, utfordring, distraksjon og håndtering av problemer (Black et al., 2004). Avstand innebærer å legge merke til og anerkjenne en emosjonell tilstand, og tilhørende tanker, følelser og handlinger. Deretter skal personen ta fysisk eller mental avstand fra dem. Videre går kommunikasjon ut på å sette ord på emosjonene man kjenner på og utvide emosjonsspråket sitt. Utfordring er en strategi hvor deltakerne blir bevisste på egne tankefeller og negative tanker som dukker opp i ulike situasjoner. Deretter skal de kunne utfordre og finne alternativer til disse. Distraksjon legger vekt på å finne alternative aktiviteter man kan benytte seg av for å aktivt flytte fokus bort fra emosjonelt intense situasjoner. En siste strategi er håndtering av problemer, som omhandler å rette fokus mot mulige responser på emosjonelle situasjoner og vurdere konsekvensene av disse.

Behandlingsgruppen introduseres for et emosjonelt intensitetskontinuum fra nivå én til nivå fem (Black et al., 2004). STEPPS benytter seg av en metafor, der en kasserolle står på en kokeplate (Blum et al., 2008). Når intensitetsskalaen er på det laveste, er platen avskrudd og vannet koker ikke. Man er da rolig og klarer lett å ta rasjonelle avgjørelser. I takt med økende emosjoner og dårligere regulering, blir vannet i kasserollen stadig varmere. Når vannet begynner å dampe og etter hvert koke, er dette assosiert med høyere nivå av emosjonell intensitet. Ved det høyeste intensitetsnivået koker vannet over. Da kan man oppleve manglende kontroll over emosjonelle tilstander og man handler på impuls. Formålet med verktøyet er at deltakerne skal gjenkjenne tidlige tegn på emosjonell intensitet, emosjonelle reaksjoner og etablere strategier som er hensiktsmessig ved ulike emosjonelle nivå. STEPPS skal gi deltakerne nyttige erfaringer med å uttrykke egne emosjonelle reaksjoner og behov, samt en opplevelse av å bli hørt når de gjør det. Deltakerne blir oppfordret til å registrere

tanker, følelser og atferd gjennom programmet, og kartlegge intensitet og hyppighet av emosjonelle episoder.

2.3.3 Ferdighetstrening

Ferdighetstrening er den tredje komponenten i STEPPS (Black et al., 2004). Deltakerne arbeider med målsetting, hvor de lærer å identifisere og sette seg spesifikke mål. I tillegg ønsker man å skape bevissthet rundt hvilke utfordringer som kan oppstå i møte med ulike mål, samt hvilke ressurser den enkelte har for å oppnå dem. Søvnhygiene og søvnteknikker, sunn spiseatferd, samt fokus på fysisk helse og innføring av regelmessig fysisk aktivitet, blir sentrale tema i denne komponenten. Denne delen av STEPPS har videre et element hvor det jobbes med interpersonlige relasjoner. Gruppen arbeider med grensesetting, problemløsning og relasjonelle ferdigheter, hvor sunne og usunne relasjoner identifiseres.

2.3.4 Systemkomponenten

STEPPS inneholder en systemkomponent, hvor hver deltaker oppnevner et forsterkningsteam bestående av støttepersoner i omgangskretsen sin, slik som familie, venner eller helsepersonell (Black et al., 2004). I løpet av behandlingsforløpet arrangeres det et møte hvor forsterkningsteamet får undervisning om STEPPS-programmet, emosjonsreguleringsvansker, samt et innblikk i arbeidsmetoder som blir benyttet. De får informasjon om typiske reaksjonsmønstre og hvordan det er hensiktsmessig å reagere på dem. Formålet er at deltakerne skal lære nye strategier for å håndtere uregulerte emosjoner og maladaptiv atferd, og at systemet rundt kan støtte og forsterke ferdigheter som blir lært (Black et al., 2004). Deltakerne oppfordres til å dele med forsterkningsteamet hva de har arbeidet med og lært gjennom behandlingsforløpet.

2.4 Måleinstrumenter

2.4.1 Borderline Evaluation of Severity over Time

Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST; Pfohl et al., 2009) ble benyttet som måleinstrument for å kartlegge deltakernes symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. BEST ble utviklet av grunnleggerne av STEPPS, og er benyttet som måleinstrument i andre effektivitetsstudier på STEPPS (Black et al., 2008; Blum et al., 2002; Blum et al., 2008; Harvey et al., 2010). Måleinstrumentet er vist å være et reliabelt og valid mål på alvorlighetsgrad av symptomer og for å kartlegge symptomendring over tid (Pfohl et al., 2009). Totalskåren på BEST er vist å være sensitiv for klinisk endring (Blum et al., 2008).

Skjemaet inkluderer 15 utsagn fordelt på tre subskalaer. Åtte utsagn er inkludert i subskala A, som måler tanker og følelser, og kartlegger humørsvingninger, tomhetsfølelse,

ustabile relasjoner, identitetsforstyrrelser, sinne og suicidalitet. Subskala B måler negativ atferd, og består av fire utsagn som kartlegger impulsivitet og forekomst av uhensiktsmessige mestringsstrategier som selvskading. Høyere skåre på subskala A og subskala B indikerer høyere symptomnivå. Subskala C måler positiv atferd, og består av tre utsagn som undersøker etterlevelse av terapi og bruk av hensiktsmessige mestringsstrategier. Denne subskalaen er snudd, hvor høyere skåre indikerer lavere symptomnivå. Utsagnene ved BEST rangeres på en skala fra 1 til 5, ut ifra hvor gjeldende utsagnet er for pasienten. Totalskåre på BEST regnes ut ved å legge skårene fra subskala A og subskala B sammen, samtidig som man trekker fra skåren fra subskala C (Pfohl et al., 2009). Totalskåren kan rangere fra 12 til 72 poeng, hvor høyere skåre indikerer høyere symptomnivå. Blum og kolleger (2002) har definert behandlingsrespons som en nedgang på 25 % eller mer på BEST totalskåre fra før til etter behandling.

2.4.2 Work and Social Adjustment Scale

Work and Social Adjustment Scale (W-SAS; Mundt et al., 2002; norsk: Arbeid og Sosial Tilpasning-skalaen), ble benyttet som måleinstrument for å kartlegge deltakernes psykososiale fungering. Måleinstrumentet er et selvrapporteringsskjema bestående av fem utsagn som dekker ulike domener innenfor psykososial fungering. De fem utsagnene omhandler fungering på arbeidsplassen, fungering i hjemmet, fungering i sosiale fritidsaktiviteter, fungering i private fritidsaktiviteter og fungering i sosiale relasjoner. Deltakerne vurderer selv hvor aktuelle utsagnene er på en skala fra 0 til 8. Totalskåre på W-SAS kan variere fra 0 til 40, hvor høy skåre er forbundet med dårligere psykososial fungering. En totalskåre på over 20 indikerer moderat til alvorlig psykopatologi (Mundt et al., 2002). Skårer mellom 10 og 20 er forbundet med signifikant svekkelse i funksjonsnivå, men relatert til mindre alvorlig klinisk symptomatologi. En totalskåre under 10 regnes som under klinisk verdi. Måleinstrumentet har vist seg å være et enkelt, reliabelt og valid mål på psykososial fungering (Mundt et al., 2002), og er anerkjent som et nyttig instrument i kartleggingen av daglig fungering for personer med personlighetsforstyrrelser (Pedersen et al., 2017).

2.5 Statistisk analyse

Forberedelser av data og statistiske analyser ble gjennomført ved bruk av IBM SPSS Statistics data, versjon 28.0.1.0. Totalt 80 deltakere påbegynte behandling og samtykket til deltakelse i forskningsprosjektet. Én person ble fjernet fra analysen grunnet manglende besvarelse på spørreskjema, og det samlede utvalget ble dermed 79. For å vurdere om datamaterialet var normalfordelt gjennomførte vi visuell inspeksjon av histogram og P-P-

plots, samt utregning av z-skårene for skewness og kurtosis. Field (2013) anbefaler at z-skårer for skewness- og kurtosis over 1.96 vurderes som signifikante (0.05), og dermed ikke normalfordelte. Ingen z-skårer for verken skewness eller kurtosis overskrev 1.96. Histogram ble undersøkt og mulige uteliggere i datasettet ble kartlagt. Ingen uteliggere ble identifisert og ingen observasjoner ble ekskludert. Resultatene indikerer et normalfordelt utvalg med verdier som ikke overskrider anbefalte grenseverdier, og som rettferdiggjør bruk av parametriske statistiske tester (Field, 2013).

Det ble benyttet Pearsons kji-kvadrat-test og uavhengige *t*-tester for å undersøke mulige gruppeforskjeller mellom deltakerne som fullførte og ikke fullførte behandling. Samvariasjon mellom variablene ble målt med Pearsons korrelasjonsanalyser. Korrelasjonsstyrke ble klassifisert ut ifra Evans (1996). Korrelasjon på mindre enn .20 defineres som svært svak, .21-.39 regnes som svak, .40-.59 er moderat, .60-.79 er sterk og over .08 anses som veldig sterk.

For oppgavens første forskningsspørsmål, om STEPPS-behandling fører til nedgang i symptomnivå, ble det gjennomført parede *t*-tester av deltakernes før- og etter-skårer. Det ble gjennomført parede sammenligninger for deltakerne som fullførte behandlingsforløpet, og i oppgaven defineres dette som fullfører-analyse (FA; engelsk: completer analysis). Det var 49 deltakere som hadde etter-skåre på BEST og som ble definert som fullførende. Det ble kjørt fire parede *t*-tester, én for BEST totalskåre og tre for måleskjemaets subskalaer. Hensikten var å kartlegge den totale symptomendringen, samt undersøke endringer i og forskjeller mellom de ulike domene som subskalaene kartlegger. Cohens d' ble kalkulert for de individuelle *t*-testene som mål på effekt, på tvers av forskningsspørsmålene. En effektstørrelse på 0.2 anses som liten, 0.5 anses som moderat og 0.8 anses som stor (Cohen, 1988).

Grunnet en frafallsrate på 38 % gjennomførte vi også en intensjon-om-behandling-analyse (engelsk: Intention to treat; ITT) hvor siste tilgjengelige observasjon (engelsk: last observation carried forward) ble benyttet som metode for å håndtere manglende data i datasettet. Formålet med analysen var å undersøke endring i symptomnivå for hele utvalget, og avdekke hvorvidt inkludering av personer som droppet ut av behandling påvirket den studerte effekten. Gjennom en ITT-analyse kan man inkludere alle deltakerne i oppgaven, uavhengig av om de har en etter-skåre. Siste tilgjengelige observasjon er en metode som ofte anvendes i forskning på psykoterapi (Saha & Jones, 2007), og innebærer å bruke siste observerte verdi ved et senere tidspunkt der verdien mangler. For de deltakerne som ikke fullførte behandlingen, ble siste måling før drop-out videreført som etter-skåre. Dette var mulig ettersom BEST ble målt ukentlig. Derimot ble W-SAS målt kun før og etter

behandling, og det var derfor ikke mulig å foreta en ITT-analyse for psykososial fungering. Parede *t*-tester sammenlignet symptomnivå før og etter behandling, for BEST-totalskåre og de tre subskalaene.

I det andre forskningsspørsmålet undersøkte vi hvorvidt det var forskjell i symptomnivå mellom deltakerne som fullførte og ikke fullførte STEPPS. Deltakere som manglet måling ved endt behandling (time 20), ble definert som å ikke fullføre behandling. Totalt 30 deltakere manglet etter-skåre på BEST, og frafallsraten ble dermed 38 %. Det ble gjennomført uavhengige *t*-tester som sammenlignet siste målte BEST-skåre, og endringsskåren på totalskåre og subskalaskåre på BEST, mellom de som fullførte og ikke fullførte behandling. Endringsskåre ble definert som forskjellen mellom symptomnivå målt før behandling og ved deltakerens siste måling. Ettersom W-SAS kun måles før og etter behandling, var det ikke mulig å sammenligne endring i psykososial fungering mellom personer som fullførte og ikke fullførte behandling. For å undersøke om de som ikke fullførte opplevde symptomendring, ble det gjennomført en parede *t*-test av BEST-totalskåre.

For det tredje forskningsspørsmålet, ble det gjennomført parede *t*-tester for å undersøke endring i psykososial fungering som følge av deltakelse i STEPPS. Parede *t*-tester ble utført på W-SAS totalskåre, samt de fem domene som spørreskjemaet kartlegger. Grunnet manglende data var utvalget for W-SAS 76 deltakere ved oppstart. Totalt 45 deltakere hadde besvart W-SAS både før og etter fullført STEPPS-behandling (59 % av de med førskåre på W-SAS).

For å undersøke det fjerde forskningsspørsmålet, om hvorvidt endring i symptomnivå predikerer endring i psykososial fungering, ble det gjennomført en trinnvis regresjonsmodell. Endring i psykososial fungering, målt som gruppens gjennomsnittlige forskjell i psykososial fungering før og etter behandling (endringsskåre W-SAS), ble benyttet som avhengig variabel. Regresjonsmodellen kontrollerte for kjønn og alder. Endring i symptomnivå, definert som gjennomsnittlig endringsskåre på BEST, var den uavhengige variabelen av interesse. Ved bruk av endringsskåren som avhengig variabel i ikke-kontrollerte studier anbefales det at man ikke inkluderer utgangsverdi som uavhengig variabel, siden endringsskåre justerer for utgangsverdien uten at man behøver å inkludere utgangsverdien som prediktor (Glymor et al., 2005; Lydersen & Skovlund, 2021). Dette er gunstig for å redusere antall variabler ved et lite utvalg. Justert forklart varians ble benyttet for å undersøke forklaringsevnen til regresjonsmodellen og for å ta høyde for ulike prediktorer (Field, 2013).

3. Resultater

3.1 Beskrivelse av utvalget

Det totale utvalget besto av 79 deltakere ved oppstart, hvor 68 var kvinner (86 %) og 11 var menn (14 %). Alderen varierte fra 19 år til 55 år, med en gjennomsnittlig alder på 28.78 år ($SD = 8.35$). Før behandling var deltakernes gjennomsnittlige BEST-skåre på 42.58 ($SD = 8.43$), med en variasjon fra 25 til 61. I forkant av behandling hadde BEST subskala A en gjennomsnittlig skåre på 26.41 ($SD = 5.57$), subskala B hadde et gjennomsnitt på 9.92 ($SD = 2.99$) og subskala C et gjennomsnitt på 8.75 ($SD = 2.12$). Utvalgets gjennomsnittlige skåre på W-SAS før behandling var 24.13 ($SD = 7.29$), hvor skårene varierte fra 7 til 40.

Det ble gjennomført en frafallsanalyse for å kartlegge mulige forskjeller ved oppstart mellom deltakere som fullførte og de som droppet ut av behandlingen. Analysene viste ingen signifikant forskjell i antall kvinner og menn ($\chi^2(2, N = 79) = 3.57, p = .059$), alder ($p = .732$), oppstartsverdi for symptomnivå ($p = .346$) eller oppstartsverdi for psykososial fungering ($p = .269$). Det var ikke signifikant forskjell i oppstartsverdi mellom de som fullførte og ikke fullførte for subskala A (tanker og følelser) ($p = .836$) og subskala B (negativ atferd) ($p = .285$). De som ikke fullførte behandlingen hadde derimot signifikant mindre positiv atferd ved oppstart målt med subskala C, enn de som fullførte behandlingen ($p = .004$). Ikke fullførende mottok i snitt ti behandlingstimer ($M = 10.37, SD = 5.44, Mdn = 12.00$). Det var betydelig variasjon innenfor denne gruppen, hvor antall behandlingstimer som ble registrert varierte fra 2 til 19 timer.

Tabell 2 viser en oversikt over samvariasjon mellom symptomnivå, psykososial fungering og demografiske variabler. Den sterkeste signifikante korrelasjonen ble funnet mellom psykososial fungering før og etter STEPPS-behandling, målt med W-SAS; svekket funksjonsnivå før behandling var korrelert med svekket funksjonsnivå etter behandling. For ITT-utvalget ble det funnet en svak positiv korrelasjon mellom symptomnivå målt før og etter STEPPS; høyt symptomnivå før behandling var svakt korrelert med høyt symptomnivå etter behandling. Det ble derimot ikke funnet signifikant korrelasjon mellom symptomnivå før og etter behandling for utvalget som fullførte hele behandlingsforløpet. Ved endt behandling var det en sterk positiv korrelasjon mellom psykososial fungering og symptomnivå, både for ITT-utvalget og for de som fullførte behandlingsforløpet; lavere symptomnivå er forbundet med bedre psykososial fungering. Videre viste korrelasjonsanalysene at ved oppstart av behandling var psykososial fungering svakt korrelert med symptomnivå. Det var en moderat positiv korrelasjon mellom alder og kjønn, hvor høyere alder var korrelert med å være mann.

Tabell 2*Samvariasjon mellom symptomnivå, psykososial fungering og demografiske variabler*

Variabler	2.	3.	4.	5.	6.	7.	<i>M</i>	<i>SD</i>
1 BEST før-skåre	.02	.31**	.34**	.01	-.03	-.09	42.58	8.43
2 BEST-FA etter-skåre	-	^a	.26	.60***	-.16	-.13	28.22	9.81
3 BEST-ITT etter-skåre		-	.22	.60***	-.06	-.02	31.53	11.35
4 W-SAS før-skåre			-	.61***	.01	.08	24.13	7.29
5 W-SAS etter-skåre				-	.01	.06	18.00	8.32
6 Alder					-	.41***	28.78	8.35
7 Kjønn						-	0.14	0.35

Notat. ** $p < .01$, *** $p < .001$. BEST = Borderline Evaluation of Severity over Time; BEST-FA = BEST - Fullfører-analyse; BEST-ITT = BEST - Intensjon-om-behandling; W-SAS = Work and Social Adjustment Scale. ^a På grunn av pairwise deletion er BEST-FA og BEST-ITT identisk etter behandling.

3.2. Forskningsspørsmål 1: Endring i symptomnivå

3.2.1 Endring i symptomnivå for fullførende deltakere

Parede *t*-tester for utvalget som fullførte behandlingsforløpet er presentert i tabell 3, og inkluderer før- og etter-skårer på symptomnivå. Som det fremgår i tabell 3 var det en signifikant nedgang i symptomnivå fra før til etter behandling, med en gjennomsnittlig nedgang i BEST-skåre på 13.62. Den største endringen ble funnet på Subskala A, som er et mål på tanker og følelser, og hadde 33 % reduksjon og en stor effektstørrelse ($d = 1.08$). Videre viste Subskala B, som måler negativ atferd, en reduksjon på 29 % og en stor effektstørrelse ($d = 0.83$). Subskala C, et mål på positiv atferd, viste en økning på 22 % og en moderat effektstørrelse ($d = -0.65$). 29 av de 49 deltakerne som fullførte behandlingsprogrammet hadde en nedgang på 25 % eller mer i totalskåren på BEST, og defineres dermed som responderende på behandling. 15 deltakere hadde en nedgang i symptomnivå opp til 24 %, og 5 deltakere opplevde ingen bedring eller symptomforverring.

Tabell 3

Sammendrag av parede t-tester for symptomnivå for fullførende deltakere

Variabel	n	Før-skåre		Etter-skåre		t	p	d
		M	SD	M	SD			
BEST-FA	49	41.84	7.62	28.22	9.81	7.75	<.001	1.11
Subskala A (tanker og følelser)	49	26.51	5.39	17.78	6.88	7.57	<.001	1.08
Subskala B (negativ atferd)	49	9.63	2.85	6.82	2.33	5.83	<.001	0.83
Subskala C (positiv atferd)	49	9.31	1.85	11.37	2.75	-4.55	<.001	-0.65

Notat. BEST-FA = Borderline Evaluation of Severity over Time - Fullfører-analyse

3.2.2 Endring i symptomnivå for Intensjon-om-behandling-utvalget

Det ble gjennomført parede *t*-tester av symptomnivå for ITT-utvalget, og oversikt over resultatene er presentert i tabell 4. ITT-analysen viste en signifikant nedgang i symptomnivå fra før til etter behandling, med en gjennomsnittlig nedgang i BEST-skåre på 11.15. Den største endringen ble funnet på Subskala A, med en reduksjon på 26 % og en stor effektstørrelse ($d = 0.93$). Videre hadde subskala B en reduksjon på 25 % og en stor effektstørrelse ($d = 0.81$). Subskala C viste en økning på 23 % og en moderat effektstørrelse ($d = -0.56$).

Tabell 4

Sammendrag av parede t-tester for symptomnivå for Intensjon-om-behandlingsutvalget (ITT-utvalget)

Variabel	n	Før-skåre		Etter-skåre		t	p	d
		M	SD	M	SD			
BEST-ITT	79	42.58	8.43	31.53	11.35	8.29	<.001	0.93
Subskala A (tanker og følelser)	79	26.41	5.57	19.80	7.76	7.23	<.001	0.81
Subskala B (negativ atferd)	79	9.92	2.99	7.34	2.78	6.86	<.001	0.77
Subskala C (positiv atferd)	79	8.75	2.12	10.62	2.92	-4.98	<.001	-0.56

Notat. BEST-ITT = Borderline Evaluation of Severity over Time - Intensjon-om-behandling

3.3 Forskningsspørsmål 2: Sammenligning av symptomnivå for fullførende og ikke-fullførende deltakere

Tabell 5

Sammendrag av uavhengige t-tester for symptomnivå for fullførende og ikke-fullførende deltakere

Variabel	Fullførte behandling (<i>n</i> = 49)		Fullførte ikke behandling (<i>n</i> = 30)		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
BEST før-skåre	41.84	7.62	43.83	9.57	-0.95	.346
BEST etter-skåre	28.22	9.81	36.93	11.78	-3.39	.001
ΔBEST total	13.61	12.30	6.87	9.90	2.68	.009
ΔSubskala A (tanker og følelser)	8.73	8.08	3.13	7.03	3.25	.002
ΔSubskala B (negativ atferd)	2.82	3.38	2.20	3.32	0.80	.429
ΔSubskala C (positiv atferd)	2.06	3.17	1.57	3.64	0.62	.541

Notat. BEST = Borderline Evaluation of Severity over Time; Δ = Endringskåre

Tabell 5 viser oversikt over resultatene fra uavhengige *t*-tester, som ble brukt for å kartlegge mulige forskjeller i symptomnivå mellom deltakerne som fullførte og deltakerne som droppet ut av behandlingen. Deltakerne som fullførte hele behandlingsforløpet hadde signifikant større endring i totalskåre på BEST enn de som droppet ut. Det var kun subskala A som viste signifikant forskjell i endring mellom gruppene, hvor de som fullførte opplevde størst endring. I likhet med de som fullførte hele behandlingsforløpet, viste en parett *t*-test at deltakerne som ikke fullførte også hadde signifikant nedgang i symptomnivå fra første ($M = 43.83$, $SD = 9.57$) til siste måling ($M = 36.93$, $SD = 11.78$), $t(29) = 3.83$, $p = .001$).

3.4 Forskningsspørsmål 3: Endring i psykososial fungering

Det ble gjennomført parede *t*-tester for å undersøke endring i psykososial fungering for det fullførende utvalget. Resultatene er presentert i tabell 6. Det var en signifikant bedring i deltakernes psykososiale fungering fra før til etter behandling, med en gjennomsnittlig endring på 6.89. Den største endringen innad i W-SAS-målet var på fungering i sosiale fritidsaktiviteter, etterfulgt av fungering i sosiale relasjoner, med henholdsvis stor ($d = 0.90$)

og moderat til stor ($d = 0.77$) effektstørrelse. Fungering i hjemmet, på arbeidsplassen og i private fritidsaktiviteter viste også signifikante endringer, men med moderate effektstørrelser.

Tabell 6

Sammenheng av parede t-tester for psykososial fungering for fullførende deltakere

Variabel	Før-skåre		Etter-skåre		<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
W-SAS totalskåre	24.89	7.59	18.00	8.32	6.57	<.001	0.98
Fungering på arbeidsplassen	5.89	1.68	4.93	1.88	3.14	.003	0.47
Fungering i hjemmet	4.38	2.04	3.31	2.29	3.68	<.001	0.55
Fungering i sosiale fritidsaktiviteter	5.16	1.87	3.42	2.27	6.05	<.001	0.90
Fungering i private fritidsaktiviteter	4.60	2.34	3.38	2.41	3.39	.001	0.51
Fungering i sosiale relasjoner	4.87	1.83	3.16	2.47	5.19	<.001	0.77

Notat. n = 45. W-SAS = Work and Social Adjustment Scale

3.5 Forsknings spørsmål 4: Endring i symptomnivå som prediktor for endring i psykososial fungering

Regresjonsstatistikk for en trinnvis multipel regresjonsanalyse er presentert i tabell 7. Formålet med analysen var å undersøke om endring i symptomnivå (endringsskåre BEST) predikerer endring i psykososial fungering (endringsskåre W-SAS). Modell 1, med alder og kjønn som prediktorvariabler, var ikke signifikant. Modell 2 som i tillegg inkluderte endringsskåren for BEST, forklarte totalt 34 % av variansen i endringsskåren for W-SAS. Kontrollert for de andre prediktorene var endringsskåren for BEST den eneste signifikante prediktoren ($\beta = .61$), og antyder at større nedgang i symptomnivå predikerer økt bedring i psykososial fungering. Uavhengige feil ble undersøkt med Durbin-Watson (1.59) og multikollinearitet ble sjekket med variance inflation factor (VIF), som viste liten korrelasjon mellom prediktorene og indikerte at multikollinearitet ikke var et problem.

Tabell 7*Multipel regresjonsanalyse for å predikere endringsskåre på W-SAS*

Variabler	<i>b</i>	SE <i>b</i>	β	<i>t</i>	R^2_{adj}	ΔR^2_{adj}
Modell 1					.00	
Alder	-0.05	0.13	-.06	-.40		
Kjønn	5.32	3.93	.22	1.35		
Modell 2					.34***	.34***
Alder	-0.13	0.11	-.16	-1.20		
Kjønn	2.73	3.23	.11	-.85		
Δ BEST-FA	0.35***	0.07	.61***	4.79		

Notat. $n = 45$, *** $p < .001$. W-SAS = Work and Social Adjustment Scale; Δ BEST-FA = Endringsskåre i Borderline Evaluation of Severity over Time - Fullfører-analyse. *b* = ustandardisert regresjonskoeffisient; β = standardisert regresjonskoeffisient

4. Diskusjon

4.1 Hovedfunn

Denne oppgaven har som formål å undersøke effektiviteten av STEPPS-behandling implementert i norsk psykisk helsevern for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller betydelige trekk av lidelsen. Spesifikt har vi undersøkt endring i symptomnivå, forskjell i symptomnivå mellom de som fullførte og ikke fullførte behandling, endring i psykososial fungering, og om endring i symptomnivå predikerer endring i psykososial fungering.

Oppgavens primære forskningsspørsmål var å undersøke om STEPPS fører til reduksjon i symptomnivå. Resultatene viste en signifikant reduksjon i symptomnivå, både for fullførerutvalget (FA) og Intensjon-om-behandlingsutvalget (ITT). Ved endt behandling rapporterte deltakerne færre symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, bedre ferdigheter til å regulere emosjoner og impulser, samt bedre evne til å tolerere frustrasjon. Våre resultater viser at STEPPS kan føre til bedring på flere områder for pasienter med symptomer på emosjonell personlighetsforstyrrelse, deriblant i kognitive, affektive, impulsive og relasjonelle domener. STEPPS retter seg spesifikt mot emosjonell dysregulering, og tar sikte på å hjelpe pasienter med å forstå tanker og følelser assosiert med lidelsen, samt etablere

nye og bedre mestringsstrategier (Blum et al. 2017). Reduksjonen i symptomnivå kan reflektere hvordan STEPPS-behandling kan bidra til emosjonsregulerende ferdigheter som er nyttig for å håndtere intense og svingende følelser, uhensiktsmessige tankemønstre og uhensiktsmessig atferd (Blum et al., 2017).

Våre resultater som indikerer symptomreduksjon er i tråd med tidligere forskning som har demonstrert at deltakelse i STEPPS fører til signifikant reduksjon av symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, målt med spørreskjemaet BEST (Black et al., 2013; Black et al., 2018a; Black et al., 2018b; Blum et al., 2002; Blum et al., 2008; González-González et al., 2021; Harvey et al., 2010). Forskjellen i symptomnivå før og etter behandling viste en stor effektstørrelse ($d = 1.11$ for FA-utvalget, $d = 0.93$ for ITT-utvalget). Dette er i tråd med funn fra andre studier, hvor effektstørrelsen har ligget mellom $d = 0.73$ og $d = 1.35$ (Ekiz et al., 2022). Totalskåren på BEST er vist å være sensitiv til klinisk endring hos personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Blum et al., 2008). I FA-utvalget viste 59 % av pasientene behandlingsrespons, med over 25 % nedgang i symptomer. Dette til sammenligning med Blum et al. (2002), hvor 44 % av deltakerne ble definert som responderende på behandling basert på samme kriterier.

Bedring i symptomnivå ble dokumentert på hver av de tre subskalaene i BEST, og indikerer at deltakerne opplever bedring på flere aspekter av symptombildet. Den største endringen ble funnet på subskala A, som måler tanker og følelser som typisk forekommer ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Resultatet antyder at pasientene opplever mindre humørsvingninger, tomhetsfølelse, sinne og følelse av suicidalitet, samt mindre ustabilitet i tanker og følelser om seg selv og andre. Disse endringene kan reflektere STEPPS-programmets vektlegging av å identifisere og forstå tanker, følelser og atferd forbundet med lidelsen. Evnen til å kunne gjenkjenne og differensiere hva slags emosjoner man opplever er en viktig del av emosjonsregulering (Capenter & Trull, 2013).

Resultatene viste videre signifikant bedring i subskala B som måler negativ atferd. Dette indikerer at deltakerne i mindre grad bruker uhensiktsmessige mestringsstrategier, deriblant selvskadende, suicidal, impulsiv og ekstrem atferd. Atferd forbundet med denne subskalaen omfatter sinneutbrudd som kan vanskeliggjøre relasjoner, handlinger som kan føre til skade på seg selv og andre, samt belastning av helsetjenestene (Wagner et al, 2022). Resultatene kan indikere at deltakerne er i bedre stand til å gjenkjenne emosjonelle reaksjoner og håndtere emosjonell intensitet uten å utvise negativ atferd. Samtidig kan nedgangen i uhensiktsmessige tanker og følelser indikere at man i større grad klarer å regulere seg, og

dermed ikke kommer i situasjoner hvor negative tanker og følelser håndteres med uhensiktsmessig atferd som selvskading og trussel om suicid.

Endring i subskala C som måler positiv atferd, antyder at deltakerne benytter seg av flere positive mestringsstrategier og evner bedre å følge opp behandlingsplaner etter fullført STEPPS-behandling. I STEPPS introduseres deltakerne for spesifikke strategier for å bedre håndtere emosjoner, tanker og atferd, herunder å ta avstand fra og utfordre tanker, samt strategier for atferdhåndtering, slik som avslapning og selvomsorg (Blum et al., 2002). Effektstørrelsen ved denne subskalaen var likevel noe mindre enn ved subskala A og B, noe som kan indikere at det er vanskeligere å etablere ny positiv atferd, enn å håndtere og regulere uhensiktsmessige tanker, følelser og atferd.

Oppsummert viser vår oppgave at endring i tanke- og følelsesaspektet ved symptomnivået er større enn endring i negative og positive strategier. At den største endringstendensen ligger i tanker og følelser ble også funnet i en randomisert, kontrollert studie av Blum og kolleger (2008). I Blum og kollegers studie (2008) var derimot subskalaen for tanker og følelser den eneste subskalaen som var signifikant når STEPPS-behandlingen ble sammenlignet med standard behandling. Våre resultater, som viste signifikante endringer på alle subskalaene, kan påvirkes av mangelen på en kontrollgruppe, og deler av den observerte endringen kan dermed skyldes andre behandlingsfaktorer, fremfor spesifikk innvirkning fra STEPPS-behandlingen (White & Ernst, 2001). Effektstørrelsene vi fikk skiller seg fra resultatene i en ukontrollert studie av Blum og kolleger (2002). De fant større endring i subskalaen som måler negativ atferd, enn ved subskalaene som måler positiv atferd, og tanker og følelser. En mulig relevant forskjell er at vår oppgave tok utgangspunkt i STEPPS behandlingsgrupper som ble gjennomført som et selvstendig behandlingstilbud, mens Blum og kollegers (2002) studie ble gjennomført som det originale tilleggsprogrammet, der STEPPS gis som supplement til ordinær poliklinisk oppfølging.

Til tross for at resultatene indikerer betydelig symptomreduksjon som følge av behandling med STEPPS, kan deltakere fremdeles ha plagsomme symptomer ved endt behandling. BEST-spørreskjemaet inneholder ikke cut-off punkter for alvorlighetsgrad av symptomer eller for klassifisering av symptomremisjon (Pfohl et al., 2009). Det vil videre være variasjon i grad av symptomreduksjon mellom de enkelte deltakerne, hvor noen deltakere vil være i behov for videre oppfølging.

Analysene gjort på ITT-utvalget, som inkluderte alle deltakerne ved oppstart, viste hovedsakelig de samme tendensene som FA-utvalget; det var en signifikant nedgang i symptomnivå, både for totalskåren og for subskalaene i BEST. Derimot var den totale

symptomnedgangen, samt endringen i de tre subskalaene, mindre ved ITT-analysen enn ved FA-analysen. Dette er forventet siden ikke-fullførende deltakere i de fleste tilfeller vil ha høyere symptomnivå ved avsluttet behandling enn de som fullfører hele behandlingsforløpet (Zieve et al., 2019).

Resultatene fra ITT-analysen er relevant for oppgavens andre forskningsspørsmål, som omhandlet i hvilken grad det er forskjell i symptomnivå mellom de som fullførte og ikke fullførte STEPPS-behandlingen. Resultatene viste at deltakerne som fullførte hadde signifikant større endring i symptomnivå og lavere symptomskåre ved endt behandling, sammenlignet med de som ikke fullførte behandlingen. Et interessant funn var at de som ikke fullførte behandling likevel hadde signifikant symptomreduksjon, men mindre enn de som fullførte. Funnene våre er i samsvar med en tidligere studie som fant at betydelig reduksjon av symptomnivå var assosiert med deltakelse på 15 eller flere STEPPS-timer (Black et al., 2009). På subskalanivå viste derimot resultatene våre kun betydelig forskjell i endring mellom de som fullførte og ikke fullførte behandling på subskala A som måler tanker og følelser. En mulig forklaring på større symptomreduksjon for fullførende deltakere er at man oppnår større effekt av behandlingen ved å delta på flest mulige timer, særlig når det gjelder bedre forståelse og regulering av tanker og følelser.

STEPPS-behandlingen har elementer som bygger på hverandre i et fast oppsett, hvor hver behandlingstime har et spesifikt tema (Black et al., 2004). Deltakere som faller fra underveis vil dermed ikke nyttiggjøre seg av fokusområder som forekommer senere i behandlingsforløpet, slik som elementer fra den siste komponenten ferdighetstrening, hvor målsetting, relasjonelle ferdigheter, kosthold og fysisk aktivitet er i fokus. Samtidig antyder resultatene at deltakelse i noen STEPPS-timer, selv om man ikke fullfører hele forløpet, også fører til symptomreduksjon. Dette samsvarer med resultatene til Black og kolleger (2009).

Antall personer som faller fra behandling kan indikere i hvilken grad behandlingen er akseptert og virkningsfull for målgruppen (Wnuk et al., 2013). Frafall i psykoterapi er knyttet til uønskede og dårligere pasientutfall (Sharf et al., 2009), og er for personer med personlighetsforstyrrelser assosiert med større funksjonsnedsettelser, flere sykehusinnleggelse, samt tap av ressurser og kostnader for helsesektoren (Iliakis et al., 2021). Frafall er en kjent utfordring i behandling av personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Iliakis et al., 2021; Yeoman et al., 1994), noe som også gjenspeiler seg i frafallraten i vår oppgave (38 %). Et systematisk review som gjennomgikk lignende studier på STEPPS, viste til gjennomsnittlig 42 % frafall (Ekiz et al., 2022). Enkeltstudier på STEPPS har dokumentert frafall på 33 % (Hill et al., 2016), 36 % (Harvey et al., 2010) og 47

% (Alesiani et al., 2014). Til sammenligning viste en metaanalyse over effektstudier av dialektisk atferdsterapi gjennomsnittlig 28 % frafall (Dixon & Linardon, 2019). Et systematisk review og metaanalyse fant at frafallsraten for pasientgruppen på tvers av psykoterapimetoder lå på 25 %, for behandling med varighet under 12 måneder (Barnicot et al., 2011). Samlet sett indikeres det en høyere frafallsrate ved STEPPS-behandling enn ved andre behandlingsformer for pasientgruppen (Ekiz et al., 2022). En mulig konsekvens av at STEPPS søker mot å være en mer tilgjengelig behandlingsform (Blum et al., 2002), er at pasienter som ikke er tilstrekkelig motivert eller mottakelig for behandling blir inkludert, noe som kan medføre høyere frafallsrate (Ekiz et al., 2022).

Det ble ikke avdekket noen spesifikke særtrekk hos deltakerne som falt fra behandling når det gjelder alder, kjønn og totalskåre i psykososial fungering og symptomnivå ved oppstart. Dette samsvarer med andre studier som dokumenterte at alder og kjønn ikke predikerer frafall (Black et al., 2018a). Derimot viste resultatene våre signifikante forskjeller mellom fullførende og ikke fullførende for BEST subskala C ved oppstart, som måler positiv atferd og evne til etterlevelse av behandling. Resultatene kan indikere at deltakerne som fullfører behandling hadde større evne til å følge opp gruppetimer, hjemmeoppgaver og velge hensiktsmessig atferd ved oppstart. Muligens kan dette gjøre dem i bedre stand til å følge opp behandlingsforløpet. Dette er imidlertid vanskelig å undersøke ettersom etterlevelse av behandlingsmanualen og gjennomføring av hjemmeoppgaver ikke ble registrert gjennom behandlingsforløpet. Det er ikke undersøkt andre spesifikke faktorer som kan være relatert til frafall, og dette er utenfor oppgavens omfang.

Det var stor variasjon i antall behandlingstimer som de ikke-fullførende mottok, og i snitt mottok denne gruppen 10 behandlingstimer. Frafallsraten i denne oppgaven påvirkes av at deltakerne måtte fullføre 20 behandlingstimer for å bli definert som fullførende, og dermed ble personer som fullførte 19 behandlingstimer definert som ikke fullførende. Som en konsekvens får man et konservativt mål på hvem som fullførte og ikke, ettersom variasjonen i behandlingstimer for ikke fullførende var mellom 2 og 19 timer, og man kan forvente at antall timer påvirker utbytte av behandling (Black et al., 2009). I forskning på behandlingseffektivitet kan det være vanskelig å avgjøre grenseverdien for hva som regnes som fullført behandling, spesielt i et klinisk forløp. I vår oppgave ble ikke skårer for hver time fulgt opp, og det var dermed uklart om deltakerne som ble definert som fullførende deltok på alle timene. Andre studier på STEPPS har også beskrevet at fullførende deltakere ikke har deltatt på alle gruppetimene (Ekiz et al., 2022). Eksempelvis mottok fullførende deltakere i snitt 12.9 behandlingstimer i studien til Blum og kolleger (2008).

Resultatene for det tredje forskningsspørsmålet viste at STEPPS-deltakelse medfører signifikant bedring i psykososial fungering på gruppenivå. Før påbegynt behandling hadde deltakerne i oppgaven en høy gjennomsnittlig W-SAS skåre på 24.89. Skårer over 20 anses som alvorlig svekket evne til daglig fungering (Mundt et al., 2002). I etterkant av fullført behandling viste deltakerne signifikant bedring, med en W-SAS skåre på 18.00. Reduksjon i skåre fra før til etter behandling kan indikere at deltakerne opplever en helhetlig forbedring i sin psykososiale fungering som kan gi utslag på flere domener. Funnene våre er i samsvar med andre studier som har dokumentert bedring i deltakeres generelle og sosiale fungering som følge av STEPPS-behandling (Blum et al., 2002, Blum et al., 2008, Harvey et al., 2010). Andre studier har likevel benyttet ulikt måleskjema for å kartlegge funksjonsnivå, og direkte sammenligning blir dermed vanskelig.

Bedring i psykososial fungering ble vist på hver av de fem domene som W-SAS kartlegger. Den største endringen ble funnet i domenet for sosiale aktiviteter. Resultatene antyder at deltakerne opplever bedre evne til å samhandle og gjennomføre aktiviteter med andre, som kan inkludere å dra på besøk og delta på sosiale sammenkomster. Domenet for evne til å etablere og bevare relasjoner viste videre en betydelig forbedring etter STEPPS-behandlingen. Endring på dette domenet kan representere bedre sosiale relasjoner og er av betydning ettersom vedvarende vansker i nære relasjoner regnes som et kjernesymptom ved emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Gunderson, 2007). Evne til emosjonsregulering og arbeid med interpersonlige ferdigheter er sentralt for å kunne fungere i sosiale relasjoner, og er viktige fokus i STEPPS. I møte med andre kan man stadig bli utsatt for situasjoner som kan vekke sterke følelser. Svarer man på slike situasjoner med ekstreme, upassende og uregulerte emosjoner kan dette gå utover forholdet til andre. Gjennom å trene på emosjonsregulering, grensesetting og problemløsningsferdigheter, samt ha et større repertoar av hensiktsmessige reaksjoner, er man i bedre stand til å kunne tilpasse seg i møte med andre.

Resultatene våre tyder på at deltakerne også oppnår bedre fungering i domene som omhandler arbeidsevne, forhold i hjemmet og private fritidsaktiviteter, men at disse endringstendensene er mindre enn innenfor det sosiale aspektet ved psykososial fungering. Resultatene indikerer at deltakerne etter behandling fremdeles har redusert arbeidsevne og kan oppleve det som krevende å delta i arbeidslivet. Siden man fortsatt ser vansker tilknyttet arbeidsdomenet kan dette være et område hvor det trengs mer spesifikk intervensjon. Dette er av særlig relevans ettersom lidelsen er forbundet med arbeidsledighet, langvarig sykefravær og lavere fullført utdanning (Ansell et al., 2007; Hengartner et al., 2014, Grant et al., 2008). Resultatene våre samsvarer med forskning som har antydnet at hovedtyngden av den

vedvarende svekkelsen i psykososial fungering finner sted i yrkesmessig heller enn i sosial fungering (Skodol, 2018; Zanarini et al., 2010).

Til tross for signifikant bedring i den psykososiale fungeringen, er gruppens gjennomsnittlig W-SAS skåre likevel relativt høy ved endt behandling (18.00). Skårer mellom 10 og 20 er forbundet med betydelig svekket evne til daglig fungering, men knyttet til mindre alvorlig symptomatologi (Mundt et al., 2002). Dette antyder at til tross for bedring i både symptomnivå og psykososial fungering, kan skårer som viser nedsatt fungering indikere at pasientene fremdeles kan ha utfordringer på ulike områder innenfor psykososial fungering, hvor særlig fungering i arbeidslivet viser en forhøyet skåre ved behandlingsslutt. Dette støttes av en høy korrelasjon mellom psykososial fungering før og etter behandling, som tyder på at pasientene som hadde dårligst fungering før behandling også hadde dårligst fungering etter behandling. Våre resultater samsvarer med Zanarini og kollegers (2005a) funn, der pasienter med dårlig psykososial fungering ved oppstart hadde vanskelig for å oppnå funksjonsbedring.

STEPPS er et behandlingsprogram som strekker seg over 20 timer, hvor flertallet av timene retter seg mot forståelse av tanker, følelser og etablering av nye emosjonsregulerende strategier (Blum et al., 2002). Siden STEPPS er av kortere varighet sammenlignet med andre spesialiserte behandlingstilnærminger, kan det være vanskelig å forbedre psykososial fungering til under klinisk nivå, som tilsvarer en W-SAS-skåre på 10 eller lavere. Muligens er mer intensiv og langvarig behandling nødvendig for å oppnå større effekt på psykososial fungering over tid. Det er økende forventninger om effektiv og kort behandlingstid, men det er viktig å huske at mange lidelser er komplekse og krever tid for å oppnå bedring (Ekeberg, 2014). Samtidig er det mulig at hele behandlingseffekten på psykososial fungering ikke er synlig rett etter endt behandling, da utviklingen av sunne relasjoner, interpersonlige ferdigheter og hensiktsmessig atferdsmønstre tar tid å utvikle og etablere seg i dagliglivet. Likevel er den observerte bedringen i psykososial fungering et interessant funn ettersom behandlingstilbudet er relativt kortvarig, og nedsatt psykososial fungering betraktes som et vedvarende trekk hos pasientgruppen til tross for bedring i symptomnivå (Skodol et al., 2005).

Fremdeles svekket psykososial fungering ved endt behandling tydeliggjør viktigheten av at STEPPS arbeider målrettet med systemet rundt pasienten, hvor viktige støttespillere inkluderes og støtter opp under tillærte ferdigheter i dagliglivet (Blum et al., 2002). Videre kan mange pasienter fortsatt ha behov for mer oppfølging etter STEPPS, og da er det hensiktsmessig at de kan søkes til STAIRWAYS.

I tråd med det fjerde forskningsspørsmålet undersøkte vi i hvilken grad endring i symptomnivå var relatert til endring i psykososial fungering etter STEPPS-behandling.

Resultatene viste at endring i symptomnivå predikerer endring i psykososial fungering, hvor større symptomreduksjon medfører større bedring i psykososial fungering. Dette er i samsvar med en studie som viste at symptomatisk remisjon predikerte bedring av den psykososiale fungeringen, både sosialt og yrkesmessig (Zanarini et al., 2005a). Andre studier har videre funnet at symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse predikerer senere yrkesmessig og sosial fungering, primært via symptomer på forstyrret identitet, kronisk tomhetsfølelse, impulsivitet, maladaptiv emosjonsregulering, affektiv ustabilitet og selvskading (Bagge et al., 2004; Miller et al., 2018). Funnene våre er videre i tråd med resultatene fra en metaanalyse som viste at pasienter som mottar diagnosespesifikk psykoterapi med fokus på symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse kan oppleve bedring i den psykososiale fungeringen (Zahediabghari et al., 2020).

Resultatene understreker betydningen av behandling som retter seg spesifikt mot symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, ettersom dette også kan gi utslag på evne til daglig fungering. Vansker med selvregulering, emosjonshåndtering og impulsivitet, vil trolig medføre vansker i sosiale relasjoner og fungering i skole eller arbeid (Ekiz et al., 2022). Ved å få en forståelse av vanskene sine og etablere nye strategier for å håndtere dem, kan det tenkes at pasienter håndterer de intense følelsene med mindre bruk av uhensiktsmessige strategier. På den måten kan man forbedre relasjonelle evner og bli i bedre stand til å håndtere dagligdagse utfordringer (Wright et al., 2016). Samtidig indikerer resultatene, som viser mindre endring i daglig fungering sammenlignet med symptomreduksjon, at flere av deltakerne i vårt utvalg vil kunne profittere på videre oppfølging gjennom STAIRWAYS.

Det oppnås typisk mindre endring i psykososial fungering enn i symptomnivå ved behandling av pasientgruppen (Skodol, 2018; Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2005a). Noen studier har undersøkt nærmere hvilke aspekter ved symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som endrer seg, og det er foreslått et skille mellom akutte og temperamentmessige symptomer, med ulik behandlingsrespons (Zanarini et al., 2003; Zanarini et al., 2005b; Zanarini et al., 2007). Mens akutte symptomer, som selvskading og impulsivitet, endrer seg relativt raskt i behandling, er mer vedvarende symptomer, som intenst sinne og frykt for avvisning, vanskeligere å endre og mer assosiert med pågående svekket psykososial fungering (Zanarini et al., 2007). I vår oppgave forklarte endring i symptomnivå en betydelig varians av endring i psykososial fungering. Samtidig var mye av variansen ikke forklart, og andre faktorer som vi ikke har kontrollert for, forventes dermed å ha betydelig innvirkning på endring i psykososial fungering. Siden denne oppgaven ikke har undersøkt

spesifikke symptomers prediksjonsverdi, kan vi ikke si hvilke aspekter av symptomer som har påvirket den psykososiale fungeringen hos deltakerne. Samtidig er det sannsynlig at forholdet mellom symptomer og psykososial fungering er bidireksjonalt, da svekket fungering også kan forverre symptomene assosiert med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse (Wright et al., 2016). Til sammen tyder dette på et komplekst forhold mellom symptomer og psykososial fungering, og det er mulig at for å kunne adressere både de akutte og vedvarende symptomene av personlighetsforstyrrelsen er det behov for mer omfattende og langvarig behandling enn det som tilbys innenfor rammene til STEPPS.

Gitt den gjennomgående og negative innvirkningen redusert funksjonsnivå har på individer og på samfunnet som helhet, er det av betydning at man forsøker å forbedre både symptomtrykk og psykososial fungering. Faktorer som uførhet, vansker med ansettelse og å beholde arbeid, samt utfordringer med interpersonlige relasjoner, er problematisk for enkeltmennesket og vil ha betydelige samfunnsøkonomiske kostnader (van Asselt et al., 2007). Med dette som bakgrunn kan man argumentere for at pasientgruppen bør motta behandling som fokuserer både på psykososial fungering og på emosjonsregulerende vansker, siden sistnevnte kan gi utslag i forbedret psykososial fungering (Zahediabghari et al., 2020). I den forbindelse kan man argumentere for at den aktive systemrettede delen av STEPPS er sentral for å sikre at pasientgruppen får behandling som fokuserer på både symptomer og daglig fungering.

4.2 Klinisk relevans

STEPPS anvendes som behandlingsmetode i Helse Midt-Norge og i Helse Nord-Trøndelag, men forskning på hvorvidt behandlingen fungerer i et norsk utvalg har ikke blitt gjennomført tidligere. Siden den eksisterende kunnskapen om STEPPS bygger på utenlandske studier, hvor helsevesenet kan være organisert på ulik måte, er oppgaven vår av betydning som den første til å evaluere hvorvidt STEPPS-behandling fungerer i norske forhold. Videre er det av betydning at det dannes et nasjonalt og selvstendig evidensgrunnlag av behandlingsmetoden, noe som understrekes av kravet om evidensbasert behandling i henhold til prinsipperklæringen lansert av Norsk Psykologforening (Norsk Psykologforening, 2007).

Til tross for at denne oppgaven har begrenset generaliserbarhet på grunn av manglende kontrollgruppe, lavt antall deltakere og en relativt høy frafallsrate, er det nyttig å drøfte mulige kliniske implikasjoner. De viktigste kliniske implikasjonene er de lovende resultatene som viser redusert symptomnivå og bedre psykososial fungering etter STEPPS-behandling. Selv om psykososial fungering fortsatt er noe svekket ved endt behandling, er det et klinisk

relevant funn når man betrakter at behandlingsperioden har en varighet på ca. seks måneder. Funnene våre viser at nedgang i symptomer predikerer bedre psykososial fungering. Dette funnet er viktig for klinisk praksis fordi det tilsier at STEPPS-behandlingen, som hovedsakelig fokuserer på symptomendring, også kan medføre bedring på andre områder, som daglig fungering. Våre funn antyder fortsatt svekket psykososial fungering ved endt behandling, og i praksis kan dette være en indikasjon om behov for videre oppfølging i psykisk helsevern. I den forbindelse er tilbudet med STAIRWAYS et relevant alternativ.

Opgaven har undersøkt de ulike subskalaene på BEST-skjemaet, som kartlegger både symptomer, hensiktsmessige og uhensiktsmessige mestringsstrategier, og W-SAS-skjemaet, som kartlegger ulike funksjonsområder. På denne måten kan oppgaven gi en indikasjon på hvor den største endringstendensen ligger. Dette er klinisk relevant da funnene antyder at STEPPS-behandlingen er assosiert med større symptomendring i domenet tanker og følelser og negative mestringsstrategier, enn etablering av nye positive mestringsstrategier. Det antydes videre større bedring i sosiale relasjoner og fungering i sosiale fritidsaktiviteter, enn fungering i arbeidslivet, i hjemmet og ved private gjøremål, noe som indikerer at man i behandling bør fokusere både på relasjonelle vansker, og samtidig jobbe med økt fungering i arbeid og egenaktiviteter.

Det er av klinisk relevans at deltakerne som fullfører hele STEPPS-behandlingen opplever størst bedring, spesielt når det gjelder endring i tanker og følelser. På bakgrunn av dette, og når man betrakter høyt frafall assosiert med behandling av pasientgruppen, er det hensiktsmessig å ha fokus på at pasienter motiveres til å fullføre hele behandlingsforløpet. Samtidig understrekes nytteverdien av å diskutere med pasientene om de kan forplikte seg til å gjennomføre behandlingen på det nåværende tidspunktet.

Emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en prevalent pasientgruppe i psykisk helsevern, og er hyppig representert både i døgnavdelinger og poliklinikker (Ellison et al., 2018). Som en konsekvens opptar de mye av helsesektorens ressurser (Bode et al., 2017; Wagner et al., 2022). Langvarig døgninnleggelse er ikke anbefalt for pasientgruppen (Mehlum & Jensen, 2006; NICE, 2009; Paris, 2004), og det er derfor av klinisk relevans at deltakerne i vår oppgave har oppnådd lovende resultater gjennom poliklinisk oppfølging. Et viktig poeng er at behandlingen viser seg effektiv når man også inkluderer personer med betydelige trekk av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse uten å tilfredsstille diagnosekriteriene. Resultatene kan dermed argumenteres for å kunne generaliseres til ordinære kliniske utvalg slik at en bredere populasjon kan nyttiggjøre seg av behandlingstilbudet.

Våre funn på effektiviteten av STEPPS-behandling i et norsk utvalg stiller seg i rekken av behandlingsformer som viser positive behandlingsutfall hos pasientgruppen. Dette er av betydning da det eksisterer stigma og pessimisme både for pasientgruppen og om deres behandlingspotensial (Ring & Lawn 2019; Sheehan et al., 2016). Pasientgruppen er i behov for kunnskapsbasert behandling, og vår oppgave gir lovende resultater som støtter at STEPPS kan være et alternativ til mer etablerte og ressurskrevende behandlingsformer (Choi-Kain et al., 2017). Det er flere fordeler med STEPPS-behandling i klinisk praksis (Black et al. 2004). Blant annet er behandlingen strukturert og manualbasert, og man kan argumentere for at den er lett å implementere og gjennomføre, og dermed mer tilgjengelig. Ettersom STEPPS ble utviklet for å være en mindre ressurskrevende behandling for helsetjenesten (Blum et al., 2002), kan flere yrkesgrupper være gruppeledere, så fremt de har relevant helseutdanning. Det kan være lang ventetid for behandling i spesialisthelsetjenesten, og det er et økende behov for effektiv behandling hvor man kan benytte kunnskap fra flere faggrupper, fremfor kun fagpersoner med omfattende og langvarig opplæring i psykoterapi (Hill, 2016). De lovende funnene kan i klinisk praksis føre til at pasientgruppen får et større utvalg av spesialiserte og evidensbaserte terapimetoder. Forskjeller i tjenestetilbud som påvirkes av geografiske omstendigheter, praktiske begrensninger og individuelle forskjeller påvirker hvilken behandling som er aktuelt for det enkelte individ. I de siste årene har det vært ulike uttalelser om at pasientgruppen har behov for et godt tjenestetilbud i Norge, med noe ulike syn på hvordan dette bør gjøres, eksempelvis Karterud (2018a, 2018b) og Selvik og kolleger (2018). Vi anser det som hensiktsmessig om våre funn tolkes som et bidrag til et bredt tilbud av god og kunnskapsrik behandling for pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse.

4.3 Styrker og begrensninger

En styrke ved oppgaven er at den er naturalistisk, og representerer et realistisk klinisk utvalg i norsk psykisk helsevern, noe som gir høy økologisk validitet. Alle pasienter som har deltatt i STEPPS-behandlingsgruppe i det aktuelle tidsrommet har fått tilbud om å delta i denne oppgaven. Videre er det blitt benyttet spørreskjema med gode psykometriske egenskaper som er validert for pasientgruppen (Mundt et al., 2002; Pedersen et al., 2017; Pfohl et al., 2009).

Opgaven har samtidig noen begrensninger, og resultatene må tolkes i lys av disse. For det første er oppgaven en ukontrollert effektivitetsstudie, noe som gjør det vanskelig å avgi en definitiv årsak til den observerte endringen og tilskrive effektiviteten til STEPPS-behandlingen alene (Fritz & Cleland, 2003; Harvey et al., 2010). Videre kan ikke

behandlingsutfallet av STEPPS sammenlignes med standard behandling eller andre behandlingstilbud for pasientgruppen (Hill, 2016). Mangelen på en kontrollgruppe gjør at man ikke kan kontrollere for potensielle faktorer som påvirker behandlingsutfall. Slike faktorer kan være sosial støtte, formidling av håp og terapeutisk allianse (Black et al., 2013), samt annen behandling, tilleggstjenester og spontan remisjon (Harvey et al., 2010). En mulig begrensning er at vi kan ha oppnådd større effektstørrelser som følge av et ukontrollert design, da den tendensen er blitt avdekket i noen studier, selv om det er noe motstridende funn (Barton, 2000). Ukontrollerte studier har blitt hevdet å være mer klinisk representative, og man kan unngå at pasienter opplever misnøye med betingelsen de blir tildelt i randomiserte kontrollerte studier. Man kan derfor argumentere for at randomiserte kontrollerte studier og ukontrollerte studier har komplementære roller (Barton, 2000; White & Ernst, 2001), og til tross for begrensningene ved vårt studiedesign kan oppgaven anses som nyttig i et første forsøk på å avdekke effektivitet av STEPPS-behandling i et norsk utvalg, og oppmuntre til videre forskning gjennomført med en kontrollgruppe.

En andre begrensning relateres til en høy frafallsrate på 38 %, noe som kan svekke generaliserbarheten av funnene. Frafall i psykoterapi blant pasienter med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse er en kjent behandlingsutfordring (Iliakis et al. 2021; Yeoman et al., 1994). Som følge av at deltakelse i prosjektet er frivillig og ble gjennomført med et ordinært klinisk utvalg, kan utfordringer med å innhente data fra pasientene forekomme. Denne oppgaven har ikke tilgang på årsaken til manglende besvarelse, noe som kan tilskrives flere årsaker.

En tredje begrensning knyttes til mulige svakheter ved bruk av siste tilgjengelige observasjon (engelsk: last observation carried forward) som metode i ITT-analysen for å håndtere manglende data. Utfordringer ligger i at man antar at deltakerens skåre er konstant og ikke endrer seg etter den siste tilgjengelige målingen, noe som feilaktig kan påvirke effektstørrelsen (Little et al., 2012). Metoden har fått kritikk for å være for konservativ og lite optimistisk med tanke på behandlingsutfallet, og dermed gi økt risiko for type-2 feil (Gupta, 2011). Videre har ITT-analysen en begrensning i form av å kunne gi et feilaktig bilde av hvor mange som fullfører behandling og behandlingseffekten. Siden årsaken til manglende data kan være uvisst, kan likevel det å beholde alle deltakerne i studien gjenspeile klinisk praksis og bevare utvalgsstørrelsen, noe som øker den statistiske styrken (Gupta, 2011).

Opgaven har et relativt lite utvalg og begrenset generaliserbarhet, noe som utgjør den fjerde begrensningen. Et fåtall av menn deltok i studien (14 %), noe som reduserer generaliserbarheten av funnene til denne gruppen, da det er i underkant av hva som regnes

som representativ kjønnsfordeling for denne pasientgruppen i kliniske settinger (25 % menn) (Korzekwa et al., 2008). Imidlertid har andre studier på STEPPS hatt samme tendens, hvor majoriteten av utvalget (78-100 %) har bestått av kvinner (Ekiz et al., 2022). Studien styrkes derimot av å inkludere personer som har betydelige trekk av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, uten å tilfredsstillere alle kriteriene for diagnosen. Funnene kan dermed generaliseres til ordinære polikliniske pasientpopulasjoner, hvor pasienter kan ha betydelig trekk som medfører vansker i hverdagen, uten at de har tilstrekkelige symptomer til å oppfylle kriteriene for en diagnose på personlighetsforstyrrelse. Hvorvidt de observerte endringene holder seg utover de 20 ukene er uklart, og det er derfor behov for studier med lengre oppfølgingsperiode for å undersøke langtidseffekten av STEPPS-behandlingen.

En femte begrensning knyttes til analysemetode. Denne oppgaven sammenligner utvalgets gjennomsnittlige skårer før og etter behandling. Ved å rapportere gjennomsnittlige skårer kan man overse individuelle forskjeller, både de som nyttiggjør seg mer av behandling, ikke opplever endring eller opplever klinisk forverring (NICE, 2009). På en annen side får man viktige indikasjoner på den helhetlige effekten av behandlingen (NICE, 2009). Andre analysemetoder, som linear mixed models, kan være hensiktsmessig for å undersøke hvordan en person sin skåre endrer seg over tid relativt til seg selv. Flere parede *t*-tester ble gjennomført etter hverandre, noe som kan øke sannsynligheten for tilfeldige feil og type 1-feil, og kan medføre overdrevent positive resultater (Field, 2013).

En sjettede begrensning gjelder bruk av selvrapporderingsdata. Deltakere kan overrapportere eller underrapportere symptomtrykk, og besvarelse kan variere basert på emosjonelle svingninger (Rosenthal et al., 2007). Grunnet gjentakende målinger med BEST-spørreskjema, kan nye besvarelser være farget av tidligere besvarelser (Hill et al., 2016). Samtidig er bruk av selvrapporderingsdata nyttig for å gi innblikk i deltakernes subjektive opplevelse av endring.

4.4 Veien videre

Denne oppgaven viser lovende resultater som gir støtte for at STEPPS kan implementeres som behandlingsform i norsk psykisk helsevern. Til tross for høy økologisk validitet har oppgaven lav metodologisk kvalitet, og videre forskning trengs for å bygge på de aktuelle funnene. Det blir sentralt å utføre en randomisert kontrollert studie i norsk psykisk helsevern for å kontrollere for andre faktorer som kan påvirke studert effekt, og sammenligne STEPPS med ordinær poliklinisk behandling eller andre behandlingsformer som er tilgjengelig for pasientgruppen. Videre bør fremtidige studier suppleres med objektive

registerdata, som bruk av helsetilbud, antall innleggelses og annen behandling. Flere kliniske variabler bør inkluderes, som selvdestruktiv atferd, depresjonssymptomer og livskvalitet.

Til tross for at oppgaven vår viser lovende funn for implementering av STEPPS, kan vi ikke konstatere hvorvidt effektene vedvarer etter endt behandling. Tidligere studier har dokumentert at effekten opprettholdes, men oppfølgingsperioden har vært begrenset til 6 eller 12 måneder (Blum et al., 2008, Bos et al., 2010). Det vil derfor være nødvendig at fremtidig forskning evaluerer langtidseffekten av STEPPS i et norsk utvalg, samt hvordan man kan opprettholde og bygge videre på ferdighetene, eksempelvis gjennom forskning på STAIRWAYS. Siden deltakerne hadde ulik endring i symptomnivå og psykososial fungering, og det kan ta tid å se endring i funksjonsnivå, blir det relevant å gjennomføre en oppfølgingsstudie med deltakerne fra STEPPS.

Både den aktuelle oppgaven og lignende studier på STEPPS begrenses av et høyt frafall (Ekiz et al., 2022). Selv om det eksisterer noe kunnskap om hvilke faktorer som spiller inn på frafallsrate (Alesiani et al., 2014, Black et al., 2009), vil det være hensiktsmessig at fremtidig forskning har fokus på hvordan man kan ivareta personer som er i risiko for eller faller fra behandling. På den måten kan man tilpasse klinisk praksis for å oppnå større etterlevelse av behandling. Kvalitativ forskning kan med fordel gjennomføres for å studere både deltakerne og gruppelederne sine opplevelser av og erfaringer med behandlingen. Fremtidige studier kan dra nytte av å undersøke STEPPS-behandling for andre utvalg, eksempelvis for yngre og eldre pasienter eller andre pasientgrupper der vansker med emosjonsregulering er sentralt i lidelsen.

5. Konklusjon

Denne oppgaven har undersøkt effektiviteten av STEPPS-behandling implementert i norsk psykisk helsevern. Resultatene tyder på at STEPPS-behandling fører til reduksjon i symptomer på emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, hvor deltakerne som fullfører hele behandlingsforløpet opplever størst symptomreduksjon. Deltakerne i vår oppgave viste bedring i psykososial fungering, spesielt på det sosiale domenet. Samtidig indikerer resultatene fortsatt svekket psykososial fungering ved endt behandling, noe som tilsier at mange pasienter har behov for ytterligere oppfølging. Endring i symptomnivå som følge av behandlingen var en signifikant prediktor for endring i psykososial fungering, noe som fremhever viktigheten av symptomrettet behandling ettersom dette kan medføre bedre evne til daglig fungering. Begrensninger ved forskningsdesign og høy frafallsrate gjør at man må være forsiktig med å trekke konklusjoner, og fremtidige studier blir nødvendig for å videre

forske på effekten av STEPPS i norske utvalg. Til tross for begrensninger viser denne oppgaven lovende resultater for STEPPS som behandlingsform for personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse eller betydelige trekk av lidelsen, og er av klinisk relevans som den første oppgaven til å vurdere nytteverdien av STEPPS-behandling implementert i norsk psykisk helsevern.

Referanser

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Alesiani, R., Boccalon, S., Giarolli, L., Blum, N., & Fossati, A. (2014). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): 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>

Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy comparison group. *Comprehensive psychiatry*, 48(4), 329-336. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.001>

Bagge, C., Nickell, A., Stepp, S., Durrett, C., Jackson, K., & Trull, T. J. (2004). Borderline personality disorder features predict negative outcomes 2 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 113(2), 279–288. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.113.2.279>

Bailey, R. C. & Grenyer, B. F. S. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(5). 248-258. <http://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182a75c2c>

Barnicot, K., Katsakou, C. Marougka, S. & Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 327-338. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American journal of psychiatry*, 165(5), 631–638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>

Bateman, A, & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>

Barton S. (2000). Which clinical rvational study. *BMJ*, 321(7256), 255–256. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7256.255>

Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 158(2), 295–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>

Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., Shea, M. T., Sanislow, C. A., Zanarini, M. C., Yen, S., McGlashan, T. H., & Gunderson, J. G. (2006). Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric services*, 57(2), 254-257. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.254>

Black, D. W., Allen, J., John, D., Pfohl, B., McVormick, B. & Blum, N. (2009). Predictors of respons to Systems training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01340.x>

Black, D. W., Blum, N., & Allen, J. (2017). Research Evidence Supportive of Steps. I D. W. Black, og N. S. Blum (Red.) *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorders. Implementing STEPPS around the globe*. Oxford University Press

Black, D. W., Blum, N., & Allen, J. (2018a). Does response to the STEPPS program differ by sex, age, or race in offenders with borderline personality disorder?. *Comprehensive psychiatry*, 87, 134-137. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.10.005>

Black, D. W., Blum, N., & Allen, J. (2018b). STEPPS treatment programme for borderline personality disorder: Which scale items improve? An item-level analysis. *Personality and Mental Health*, 12(4), 345–354. <https://doi.org/10.1002/pmh.1431>

Black, D. W., Blum, N., Eichinger, L., McCormick, B., Allen, J., & Sieleni, B. (2008). STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in women offenders with borderline personality disorder in prison--a pilot study. *CNS spectrums*, 13(10), 881–886. <https://doi.org/10.1017/s1092852900016989>

Black, D. W., Blum, N., McCormick, B., & Allen, J. (2013). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS) group treatment for offenders with borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(2), 124-129. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e31827f643>

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & St John, D. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(3), 193-210. <https://doi.org/10.1023/B:JOCP.0000036630.25741.83>

Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., 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>

Blum, N., St. John., D., Pfohl, B., & Black, D. W. (2017). Overview of STEPPS - History and Implementation. I D. W. Black, og N. S. Blum (Red.) *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorders. Implementing STEPPS around the globe*. Oxford University Press

Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, *165*(4), 468–478.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>

Boccalon, S., Alesiana, R., Giarolli, K., Franchini, L., Colombo, C., Blum, N. & Fossati, A. (2012). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS): Theoretical model, clinical application and priliminary efficacy data in a sample of inpatients with personality disorders in comorbidity with mood disorders. *Journal of Psychopathology*, *18*, 335-343

Bode, K., Vogel, R., Walker, J., & Kröger, C. (2017). Health care costs of borderline personality disorder and matched controls with major depressive disorder: a comparative study based on anonymized claims data. *The European Journal of Health Economics*, *18*(9), 1125–1135. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0858-2>

Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J.(2010). A randomized controlled trial of a Dutch version of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* *198*(4): 299–304. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d619cf>

Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J. (2011). Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality problems in a ‘real-world’ sample: moderation by diagnosis or severity?. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *80*(3), 173-181. <https://doi.org/10.1159/000321793>

Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, *15*(1), 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>

Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, *4*(1), 21-30. <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>

Clifton, A., Pilkonis, P. A., & McCarty, C. (2007). Social networks in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 21(4), 434–441. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.434>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2. utg.). Lawrence Erlbaum Associates.

Coid, J., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., Farrell, M., Singleton, N., & Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: health service use and social functioning among a national household population. *Psychological medicine*, 39(10), 1721–1731. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004911>

Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric services*, 54(8), 1149–1154. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.54.8.1149>

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 74(4), 319–328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>

Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20, 450–465. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.5.450>

De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C., Monici, A., Politi, V. & Maggini, C. (2012). Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 422–429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.016>

Dixon, L. J. & Linardon, J. (2019). A systematic review and meta-analysis of dropout rates from dialectical behaviour therapy in randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 181–196. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1620324>

Ekeberg, Ø. (2014). Personlighetsforstyrrelser i klinisk praksis. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 134. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.1399>

Ekiz, E., Van Alphen, S. P., Ouwens, M. A., Van de Paar, J., & Videler, A. C. (2022). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder: A systematic review. *Personality and Mental Health*, 1–20.

<https://doi.org/10.1002/pmh.1558>

Ekiz, E., Videler, A. C., Ouwens, M. A., & van Alphen, S. P. J. (2023). Systems training for emotional predictability and problem solving in older adults with personality disorders: a pilot study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 51(1), 105–109.

<https://doi.org/10.1017/S1352465822000443>

Ellison, W. D. (2020). Psychotherapy for borderline personality disorder: Does the type of treatment make a difference?. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 7(3), 416–428. <http://doi.org/10.1007/s40501-020-00224-w>

Ellison, W. D., Rosenstein, L., Chelminski, I., Dalrymple, K., & Zimmerman, M. (2016). The clinical significance of single features of borderline personality disorder: Anger, affective instability, impulsivity, and chronic emptiness in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 261–270. <https://doi.org/10.1521/pepi.2015.29.193>

Ellison, W. D., Rosentstein, L. K., Morgan, T. A. & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 41(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>

Evans, J. D. (1996). Straightforward statistics for the behavioral sciences. Thomson Brooks/Cole Publishing Co.

Field, A. (2013). Discovering statistics using IBM SPSS statistics. SAGE Publications Ltd

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. American Psychiatric Association.

First, M., B., Williams, J., Benjamin, L. & Spitzer, R. (2015). *User's Guide for the SCID-5-PD Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders*. American Psychiatric Association.

Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(12), 1660–1665. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n1211>

Freije, J., Dietz, B. & Appelo, M. (2002). Behandling van de borderline persoonlijkheidsstoornis met de VERS: de Vaardigheidstraining emotionele regulatiestoornis. *Directive Therapies*, 4, 367-378. <https://doi.org/10.1007/BF03060291>

Fritz, J. M., & Cleland, J. (2003). Effectiveness versus efficacy: more than a debate over language. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 33(4), 163-165. <https://doi.org/10.2519/jospt.2003.33.4.163>

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>

Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 11(3), 157-163. <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>

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. S., Artal-Simón, J., & Ayesa-Arriola, R. (2021). STEPPS for borderline personality disorder: A pragmatic trial and naturalistic comparison with noncompleters. *Journal of Personality Disorders*, 35(6), 841–856. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_512

Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Sedlackova, Z. & Hruby, R. (2016). Quality of life in borderline patients comorbid with anxiety spectrum disorders - a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1421-1433. <https://doi.org/10.2147/PPA.S108777>

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. F., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P. & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(4), 533-545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>

Guillén Botella, V., García-Palacios, A., Bolo Miñana, S., Baños, R., Botella, C., & Marco, J. H. (2021). Exploring the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Versus Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in a Sample of Patients

With Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 35, 21–38.

https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_477

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>

Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>.

Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>

Glymor, M. M., Weuve, J., Berkman, L. F., Kawachi, I. & Robins, J. M. (2005). When is baseline adjustment useful in analyses of change? Example with education and cognitive change. *American Journal of Epidemiology*, 163(3), 267-278.

<https://doi.org/10.1093/aje/kwi187>

Gupta, S. K. (2011). Intention-to-treat concept: A review. *Perspectives in Clinical Research*. 2(3), 109-112. <http://doi.org/10.4103/2229-3485.83221>

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(4), 225–232. <https://doi.org/10.1007/s10879-010-9150-4>

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Guilford press.

Hengartner, M. P., Müller, M., Rodgers, S., Rössler, W. & Ajdacic-Gross, V. (2014). Occupational functioning and work impairment in association with personality disorder trait-scores. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 327-335.

<http://doi.org/10.1007/s00127-013-0739-2>

Hill, J., Pilkonis, P., Morse, J., Feske, U., Reynolds, S., Hope, H., Charest, c. & Broyden, N. (2008). Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 38(1), 135-146.

<http://doi.org/10.1017/S0033291707001626>

Hill, N., Geoghean, M. & Shawe-Taylor, M. (2016). Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the multidisciplinary treatment of borderline personality disorder: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(6-7), 347-356. <https://doi.org/10.1111/jpm.12315>

Howard, J., De Jesu S-Romero, R., Peipert, A., Riley, T., Rutter, L. A., & Lorenzo-Luaces, L. (2021). The significance of anxiety symptoms in predicting psychosocial functioning across borderline personality traits. *PloS one*, 16(1), e0245099. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0245099>

Hooley, J. M., Fox, K. R., & Boccagno, C. (2020). Nonsuicidal self-injury: diagnostic challenges and current perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 16, 101-112. <https://doi.org/10.2147/NDT.S198806>

Iliakis, E. A., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2021). Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(3), 193–206. <https://doi.org/10.1037/per0000453>

Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 289– 298. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>

Jørgensen, C. R. (2010). Invited Essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 344-364. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.344>

Kaiser, D., Jacob, G. A., Domes, G., & Arntz, A. (2016). Attentional Bias for Emotional Stimuli in Borderline Personality Disorder: A Meta-Analysis. *Psychopathology*, 49(6), 383–396. <https://doi.org/10.1159/000448624>

Karterud, S. (2018a). Konkurransen om god behandling er viktig, også i psykiatrien. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://bit.ly/3PBVMJy>

Karterud, S. (2018b). Personer med emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse diskrimineres. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0100>

Kaufman, E. A., & Meddaoui, B. (2021). Identity pathology and borderline personality disorder: an empirical overview. *Current opinion in psychology*, 37, 82–88. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.015>

Kleindienst, N., Bohus, M., Ludäscher, P., Limberger, M. F., Kuenkele, K., Ebner-Priemer, U. W., Chapman, A. L., Reicherzer, M., Stieglitz, R. D., & Schmahl, C. (2008). Motives for nonsuicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *The*

Journal of nervous and mental disease, 196(3), 230–236.

<https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181663026>

Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological medicine*, 41(9), 1981-1986.

Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J. M., Serby, M., Schopick, F., & Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 784-788. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.784>

Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Webb, S. P. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive psychiatry*, 49(4), 380–386.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.007>

Leichsenring, F., Leibling, E., Kruse, J., New, A. S. & Lewke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*. 377(9759), 74-84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)

Leiknes, K.A., Malt, U., Malt, E.A., & Leganger, S. (2007). *Mini Internasjonalt Neuropsykiatrisk Intervju, 5.0.0. Norsk Versjon*. Psykosomatisk avdeling, Rikshospitalet.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality disorders*, 8(4), 349–356.

<https://doi.org/10.1037/per0000208>

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., & et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behaviour therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>

Little, R. J., D'Agostino, R., Cohen, M. L., Dickersin, K., Emerson, S. S., Farrar, J. T., Frangakis, C., Hogan, J. W., Molenberghs, G., Murphy, S. A., Neaton, J. D., Rotnitzky, A., Scharfstein, D., Shih, W. J., Siegel, J. P., & Stern, H. (2012). The prevention and treatment of missing data in clinical trials. *The New England journal of medicine*, 367(14), 1355–1360.

<https://doi.org/10.1056/NEJMSr1203730>

Llorens Ruiz, I., Lopez Seco, F., Masana Marín, A., San Martín Águila, E., Martínez Pinar, D., Martín Alonso, S., Vilella, E., & Gutierrez-Zotes, A. (2020). Emotional regulation for adolescents: A group-based treatment pilot study through the STEPPS programme. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(6), 734–738.

<https://doi.org/10.1017/s1352465820000454>

Lydersen, S., & Skovlund, E. (2021). Ikke juster for utgangsverdien i observasjonelle studier. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 17. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.21.0657>

Mehlum, L., & Jensen, A. I. (2006). Suicidal atferd ved ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for den Norske laegeforening*, 126(22), 2946–2949.

Miller, C. E., Lewis, K. L., Huxley, E., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2018). A 1-year follow-up study of capacity to love and work: What components of borderline personality disorder most impair interpersonal and vocational functioning? *Personality and mental health*, 12(4), 334–344. <https://doi.org/10.1002/pmh.1432>

Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K. & Greist, J. M. (2002). The work and social adjustment scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-646. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.5.461>

Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykiatri, Oslo universitetssykehus (2021, 09 august). *Utredning og behandling av personlighetsforstyrrelser bør prioriteres*. <https://bit.ly/3hFcpv7>

Nasjonalt kompetansesenter for personlighetspsykiatri, Oslo universitetssykehus (2022, 25 november). *Hva er personlighetsforstyrrelse?*. <https://bit.ly/3WoO9wc>

National Institute for Clinical Guidance (2009). *Borderline Personality Disorder: Treatment and Management*. British Psychological Society. <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=folder&o=40839>

Nielsen, I. J. M., Karan, E., Frankenbrugg, F. R., Fitzmaurice, G. M. & Zanarini, M. C. (2016). Description and prediction of the income status of borderline patients over 10 years of prospective follow-up. *Personality and Mental Health*, 10(4), 285-292. <https://doi.org/10.1002/pmh.1331>

Norsk Psykologforening (2007). Prinsippklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 9, 1127-1128.

NOU 1998: 21 (1998). *Alternativ medisin*. Sosial- og helsedepartementet. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1998/nou-1998-21/13/4/1.html?id=350874

Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and

meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(10), 949–961.

<https://doi.org/10.1177/0004867418791257>

Paris J. (2004). Half in love with easeful death: the meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, 12(1), 42–48.

<https://doi.org/10.1080/10673220490279161>

Pedersen, G., Kvarstein, E. H., & Wilberg, T. (2017). The work and social adjustment scale: Psychometric properties and validity among males and females, and outpatients with and without personality disorders. *Personality and Mental Health*, 11(4), 215–228.

<https://doi.org/10.1002/pmh.1382>

Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., St. John, D., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity over Time: A new scale to measure severity and change in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 281–193. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.281>

Richetin, J., Preti, E., Costantini, G., & De Panfilis, C. (2017). The centrality of affective instability and identity in Borderline Personality Disorder: Evidence from network analysis. *PloS one*, 12(10), e0186695. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0186695>

Ring, D. & Lawn, S. (2019). Stigma perpetuation at the interface of mental health care: a review to compare patient and clinician perspectives of stigma and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*. 1–21.

<https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581337>

Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: a review of the research literature. *Clinical psychology review*, 28(1), 75–91.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.001>

Ryder, T. M. (2021). Testkvalitetsprosjektet - del 2: Tester med behov for kvalitetstiltak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 58, 92–105.

Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(4), 444–454.

Saha, C. & Jones, M. P. (2009). Bias in the last observation carried forward method under informative dropout. *Elsevier*, 139(2), 246–255.

<https://doi.org/10.1016/j.jspi.2008.04.017>

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in clinical neuroscience*, 8(5), 16–20.

Scala, J. W., Levy, K. N., Johnson, B. N., Kivity, Y., Ellison, W. D., Pincus, A. L., Wilson, S. J., & Newman, M. G. (2018). The role of negative affect and self-concept clarity in predicting self-injurious urges in borderline personality disorder using ecological momentary assessment. *Journal of Personality Disorders, 32*, 36-57.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.supp.36>

Schilling, L., Moritz, S., Schneider, B., Bierbrodt, J., & Nagel, M. (2015). Attributional "Tunnel Vision" in Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 29*(6), 839. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.181>

Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K. & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? *Current psychiatry reports, 15*(2), 339. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0339-y>

Selvik, S. G., Havnen, A., & Aasum, J. E. (2018). Behandling av emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. <https://bit.ly/3HLf3dC>

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., et al. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22-33.

Sheehan, L., Nieweglowski, K., & Corrigan, P. (2016). *The Stigma of Personality Disorders*. *Current psychiatry reports, 18*(1), 11. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0654-1>

Skodol, A. E. (2018). Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Current Opinion in Psychology, 21*, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.006>

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., Grilo, C. M., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Morey, L. C., Sanislow, C. A., & Oldham, J. M. (2002a). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *The American journal of psychiatry, 159*(2), 276–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Thomas, A. Widiger, W., Livesly, J. & Siever, L. J. (2002b) The borderline Diagnosis I: Psychopathology, comorbidity and personality structure. *Biological Psychiatry, 51*(12), 936-950. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0)

Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., Stout, R. L., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Zanarini, M. C. & McGlashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant or

obsessive-compulsive personality disorders over two years. *Psychological Medicine*, 35, 443-452. <https://doi.org/10.1017/S003329170400354X>

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. <https://bit.ly/3FTaDPI>

Staebler, K., Helbing, E., Rosenbach, C., & Renneberg, B. (2011). Rejection sensitivity and borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(4), 275–283. <https://doi.org/10.1002/cpp.705>

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. *J Nerv Ment Dis*. 197(7), 484-491. <http://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181aad2e7>

Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2012(8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>

Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

Thompson, K. N., Jackson, H., Cavelti, M., Betts, J., McCutcheon, L., Jovev, M., & Chanen, A. M. (2019). The Clinical Significance of Subthreshold Borderline Personality Disorder Features in Outpatient Youth. *Journal of personality disorders*, 33(1), 71–81. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_330

Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of personality disorders*, 28(5), 734. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*, 58(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>

van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., & Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost of illness in BPD-patients. *European psychiatry : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 22(6), 354–361. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.04.001>

Verdens Helseorganisasjon (1992). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders, Clinical Description and Diagnostic Guidelines. World Health Organization.

Zahediabghari, S., Boursiquot, P. & Links, B. (2020) Impact of psychotherapy on psychosocial functioning in borderline personality disorder patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 1-8.

<https://doi.org/10.3390/ijerph17124610>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trickha, A., Levin A. & Reynolds, V. (1998) Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155(2), 1733-1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Bradford, R. & Silk, K. R. (2005a). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders*, 19(1), 19-19.

<https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.19.62178>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004a). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *The American journal of psychiatry*, 161(11), 2108–2114.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.11.2108>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005b). The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of personality disorders*, 19(5), 505–523.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 163(5), 827–832. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 160(2), 274–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004b). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for 6 years. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(1), 28–36.

<https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0105>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *The American journal of psychiatry*, *167*(6), 663–667.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Vujanovic, A. A., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2004c). Axis II comorbidity of borderline personality disorder: description of 6-year course and prediction to time-to-remission. *Acta psychiatrica Scandinavica*, *110*(6), 416–420.

<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00362.x>

Zanarini, M. C., Jacoby, R. J., Frankenburg, F. R., Reich, B. & Fitzmaurice, G. (2009). The 10-year course of social security disability income reported by patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects. *Journal of Personality Disorders*, *23*(4), 346-356.

<https://doi.org/10.1521/pepi.2009.23.4.346>

Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008). The frequency of personality disorders in psychiatric patients. *The Psychiatric clinics of North America*, *31*(3), 405–420.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.015>

Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Martinez, J. (2012). Does the presence of one feature of borderline personality disorder have clinical significance? Implications for dimensional ratings of personality disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, *73*(1), 8–12.

<https://doi.org/10.4088/JCP.10m06784>

Wagner, T., Assmann, N., Köhne, S., Schaich, A., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Arntz, A., Schweiger, U., & Fassbinder, E. (2022). The societal cost of treatment-seeking patients with borderline personality disorder in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *272*(4), 741-752.

<https://doi.org/10.1007/s00406-021-01332-1>

White, A., & Ernst, E. (2001). The case for uncontrolled clinical trials: a starting point for the evidence base for CAM. *Complementary therapies in medicine*, *9*(2), 111–116.

<https://doi.org/10.1054/ctim.2001.0441>

Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*, *157*(4), 528-541.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>

Winograd, G., Cohen, P. & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *49*(9), 933-941.

<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x>

Wnuk, S., McMMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J. & Gurimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline

personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 716-726.

http://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_106

World Medical Association (2013). Ethical principles for medical research involving human subjects, *JAMA* 310, 2191–2194

Wright, A. G. C., Zalewski, M., Hallquit, M. N., Hipwell, A. E. & Depp, S. D. (2016). Developmental trajectories of borderline personality disorder symptoms and psychosocial functioning in adolescence. *Journal of Personality Disorders*, 30(3), 351-372.

https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_200

Yeoman, F. E., Gutfreund, J., Selzer, M. A., Clarkin, J. F., Hull, J. W. & Smith, T. E. (1994). Factors related to drop-outs by borderline patients. *The Journal of Psychotherapy and Research*, 3(1), 16-24.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. Guilford Press

Zieve, G. G., Persons, J. B., & Yu, L. A. D. (2019). The Relationship Between Dropout and Outcome in Naturalistic Cognitive Behavior Therapy. *Behavior therapy*, 50(1), 189–199. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.004>

Appendix

Vedlegg 1: Borderline Evaluation of Severity Over Time

BEST © Borderline Evaluation of Severity over Time

Navn:

Dato:

ID#

Sett en sirkel rundt den tidsperioden du har blitt spurt om å gradere:

Siste 7 dager:

Siste 30 dager:

andre:

For de første 12 punktene betyr den høyeste tallverdien (5) at punktene førte til ekstremt vonde følelser, alvorlige problemer i relasjoner, og/eller forhindret deg fra å få ting gjort.

Den laveste tallverdien (1) betyr at de førte til få eller ingen problemer.

Grader punktene 13-15 (positiv atferd) i henhold til hyppighet.

Sett en ring rundt det nummeret som indikerer hvor mye punktet på hver rad har forårsaket lidelse/fortvilelse, problemer med forhold, eller vanskeligheter med å få ting gjort:

A Tanker og følelser

	Ingen/lett	Mildt	Moderat	Alvorlig	Ekstremt
1 Bekymring for at noen som er viktige i livet ditt er lei av deg eller planlegger å forlate deg	1	2	3	4	5
2 Større endringer i ditt syn på andre, som å veksle fra å tro at en person er en trofast venn/partner, til å tro at vedkommende er upålitelig og vil såre deg	1	2	3	4	5
3 Ekstreme endringer i hvordan du ser på deg selv, veksle fra å føle deg trygg på hvem du er, til å føle deg ond, eller at du ikke en gang eksiterer	1	2	3	4	5
4 Alvorlige humørsvingninger flere ganger om dagen. Mindre hendelser forårsaker store endringer i humør	1	2	3	4	5
5 Føler deg paranoid eller som om du mister kontakten Med virkeligheten	1	2	3	4	5
6 Føler sinne	1	2	3	4	5
7 Tomhetsfølelse	1	2	3	4	5
8 Føler deg suicidal	1	2	3	4	5
Total A:					

B Atferd (negativ)

	Ingen/lett	Mildt	Moderat	Alvorlig	Ekstremt
9 Går til ekstreme lengder for å hindre at noen forlater deg	1	2	3	4	5
10 Skade deg selv med hensikt, eller gjøre et selvmordsforsøk	1	2	3	4	5
11 Problemer med impulsiv adferd (sett bort fra selvmordsforsøk og selvskading). Eksempler er for høyt pengeforbruk, risikabel seksuell adferd, substansmisbruk, uforsiktig kjøring, overspising eller annet (sett ring rundt de som gjelder)	1	2	3	4	5
12 Temperamentsutbrudd eller problemer med sinne som fører til relasjonsproblemer, fysisk slåssing eller ødelegging av ting.	1	2	3	4	5
Total B:					

Sett ring rundt tallet som indikerer hvor ofte du brukte Følgende positiv adferd:

C Adferd (positiv)

	Nesten alltid	For det meste	Halve tiden	Noen ganger	Nesten aldri
13 Velger å bruke en positiv aktivitet i sammenheng der du føler trang til å gjøre noe destruktivt eller selvødeleggende	5	4	3	2	1
14 Legger merke til på forhånd at noe kan føre til emosjonelle vanskeligheter, og iverksetter rimelige tiltak for å unngå Eller forebygge problemet	5	4	3	2	1
15 Gjennomfører behandlingsplaner du har engasjert deg i (f.eks. samtalerapi, hjemmeleker, møte til avtaler, medikamenter etc.)	5	4	3	2	1
Total C:					

Skåre for hver del (A, B & C) skrives i boksene bak deltitlene ovenfor.

Totalskåre regnes slik: 15 + A + B – C:

Vedlegg 2: Work and Social Adjustment Scale/Arbeid Og Sosial Tilpasningskala

Arbeid- og sosial tilpasning – WSAS

En person sine problemer kan påvirke evnen til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter.								
Vennligst les hver setning under og ranger i hvor stor grad problemene dine forstyrrer evnen til å utføre aktiviteten.								
Hvis du er pensjonist eller uten arbeid av andre grunner enn problemene dine, kryss her								<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ikke i det hele tatt		Litt		Helt klart		Mye		Alvorlig
1. På grunn av [problemene mine] er arbeids-/studieevnen min negativt påvirket								<input type="checkbox"/>
2. På grunn av [problemene mine] er evnen til husarbeid negativt påvirket (vaske, rydde, handle, lage mat, betale regninger)								<input type="checkbox"/>
3. På grunn av [problemene mine] er sosiale fritidsaktiviteter negativt påvirket (f eks være sosial, fest, restaurant, besøk, date, selskap)								<input type="checkbox"/>
4. På grunn av [problemene mine] er egne fritidsaktiviteter negativt påvirket (i eget selskap, f eks lese, hagearbeid, håndarbeid, gå tur)								<input type="checkbox"/>
5. På grunn av [problemene mine] har jeg vansker med å opprettholde og forme sosiale relasjoner, inkludert de jeg bor sammen								<input type="checkbox"/>

Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeskjema for STEPPS-deltakelse



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I PROSJEKTET «STEPPS FOR EMOSJONELL USTABILITET»

BAKGRUNN OG HENSIKT

Ved Nidaros DPS og Sykehuset Namsos ønsker vi å evaluere behandlingseffekten av STEPPS (Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving). Behandlingen er et gruppebasert tilbud for personer med emosjonell ustabilitet.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Deltagelse i behandlingen innebærer at man møter til gruppesamlinger over en periode på 20 uker. Gruppene ledes av to terapeuter og består av totalt åtte pasienter. STEPPS omfatter ferdighetstrening i regulering av emosjoner og sterke følelser. En viktig del av behandlingen er å aktivisere støttenettverket ditt, og vi vil derfor be deg om å foreslå en støtteperson som kan bistå deg gjennom behandlingen.

Vi ønsker å evaluere endringer i symptomer, funksjonsnivå, livskvalitet og brukertilfredshet. Deltagelse i prosjektet innebærer derfor å fylle ut relevante spørreskjema før, under, umiddelbart etter behandlingen og seks måneder etter behandling. Utfylling skjer elektronisk via en sikker nettløsning. I tillegg vil vi innhente informasjon fra din pasientjournal (registerdata) om bruk av helsetjenester i psykisk helsevern, bl.a. antall og varighet på eventuelle innleggelse.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Å delta i prosjektet har ingen kjent risiko. Vi forventer at du forplikter deg til å delta på hele tilbudet, og møte til alle planlagte samlinger. Du må regne med å sette av noe tid til hjemmearbeid mellom samlingene og til utfylling av spørreskjema.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dette vil ikke få konsekvenser for din videre behandling. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Audun Havnen på telefon 99 45 59 23.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Alle opplysninger vi får om deg vil være taushetsbelagte. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av prosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert ved bearbeiding av datamateriale og slettet senest fem år etter prosjektslutt. Ved publisering av resultatene fra prosjektet vil det ikke være mulig å spore opplysninger om deg. Deltakere kan ved forespørsel be om kopi av vitenskapelige artikler og sluttrapport av prosjektet.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (2018/1079/REK sør-øst).

«STEPS FOR EMOSJONELL USTABILITET»

Deltakers kopi

Jeg er villig til å delta

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med blokkbokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET
«STEPS FOR EMOSJONELL USTABILITET»

Prosjektleders kopi

Jeg er villig til å delta i

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med blokkbokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

Vedlegg 4: REK-godkjenning



Saksb			Vår	
REK sør-øst	Tor Even Marthinsen	22845521	27.06.2018	2018/1079/REK sør-øst
			Deres dato:	C
			07.05.2018	Deres referanse:

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Audun Havnen
Nidaros DPS

2018/1079 STEPPS gruppebehandling for emosjonell ustabilitet

Forskningsansvarlig: St. Olavs Hospital HF

Prosjektleder: Audun Havnen

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 07.06.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.

Prosjektomtale

Pasienter med emosjonell ustabilitet har behov for spesialisert behandling. Ved Nidaros DPS og Sykehuset Namsos er gruppebehandlingen STEPPS implementert. Dette er gruppebehandling med ferdighetstrening i emosjonshåndtering. Behandlingen varer i 20 uker og følger en protokoll som er dokumentert virksom i internasjonale studier. Hensikten med denne studien er å evaluere gjennomførbarheten (feasibility) av STEPPS når behandlingen implementeres i norsk psykisk helsevern. Videre vil studien kunne besvare om STEPPS fører til økt funksjonsnivå, økt livskvalitet, bedret emosjonsregulering og redusert symptomnivå, samt redusert bruk av innleggelser i psykisk helsevern.

Vurdering

Komiteen har ingen merknader til prosjektet.

Vedtak

Prosjektet godkjennes, jf. helseforskningslovens §§ 9 og 33.

Tillatelsen er gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden og protokollen, og de bestemmelser som følger av helseforskningsloven med forskrifter.

Tillatelsen gjelder til 31.12.2023. Av dokumentasjonshensyn skal prosjektopplysningene likevel bevares inntil 31.12.2028. Opplysningene skal lagres atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Komiteens avgjørelse var enstemmig.

Komiteens vedtak kan påklages til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag, jf. Forvaltningslovens § 28 flg. Eventuell klage sendes til REK Sør-Øst. Klagefristen er tre uker fra mottak av dette brevet.

Med vennlig hilsen

Britt Ingjerd Nesheim professor dr. med.
leder REK sør-øst C

Tor Even Marthinsen
seniorrådgiver

Kopi til: Odd.Gunnar.Ellingsen@stolav.no

Vedlegg 5: Arbeidsfordeling

Arbeidsfordelingen i hovedoppgaven ble gjort med ønske om produktive arbeidsøkter, for å effektivt utnytte ferdighetene våre og sikre et sluttprodukt basert på samarbeid. Hvordan dette har sett ut har vært avhengig av hvilken fase vi har vært i oppgaveskrivingen.

Innledningsvis hadde vi en mer tydelig arbeidsfordeling, der vi tok ansvar for litteratursøk og skriving av ulike utkast til innledningen, før vi ga tilbakemeldinger og reviderte hverandres arbeid. Dette tillot oss å dele arbeidsmengden og sikre sammenheng i teksten. Sortering av datasettet, dataanalysene og skriving av resultatdelen gjennomførte vi sammen, hvor vi opplevde det svært nyttig å være to. I diskusjonsdelen tok vi ansvar for utkast til to forskningsspørsmål hver, før vi jobbet tett i ferdigstillingsprosessen. Gjennom hele prosessen har vi opplevd det hensiktsmessig med balanse mellom å ha egne, spesifikke oppgaver, og det å samle oss og ha arbeidsøkter med felles fokus. Samlet sett fant vi ut at å dele arbeidet på denne måten gjorde at vi kunne utnytte våre styrker og fullføre oppgaven effektivt sammen.

